

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

Ruang : R. Syaraf

No. MR/CM : 24.24.57

Pukul : 09.00 WIB

Tanggal Pengkajian : 02 Oktober 2019

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

- a. Nama (Inisial Klien) : Tn. A
- b. Usia : 21 Tahun
- c. Status Perkawinan : Belum Menikah
- d. Pekerjaan : Petani
- e. Agama : Islam
- f. Pendidikan : SMA
- g. Suku : Jawa
- h. Bahasa Yang Digunakan : Bahasa Indonesia
- i. Alamat Rumah : Abung Jaya, Lampung Utara
- j. Sumber Biaya : Umum
- k. Tanggal Masuk RS : 01 Oktober 2019
- l. Diagnosa Medis : Cedera Kepala Ringan (CKR)

2. Sumber Informasi (Penanggung Jawab)

- a. Nama : Tn. S
- b. Umur : 56 Tahun
- c. Hubungan Dengan Klien : Ayah Kandung
- d. Pendidikan : SD
- e. Pekerjaan : Petani

f. Alamat : Abung Jaya, Lampung Utara

3. Riwayat Kesehatan

a. Data Medik

Klien dikirim dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) ke Ruang Syaraf dengan diagnosa medis saat masuk Cedera Kepala Ringan, saat pengkajian diagnosa medis klien yaitu Cedera Kepala Ringan.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang pada hari Selasa tanggal 01 Oktober 2019, pukul 11.45 WIB diantar oleh keluarganya ke IGD RSUD Mayjend HM Ryacudu, Kotabumi Lampung Utara dengan keadaan kesadaran menurun $\pm$ 10 menit setelah kecelakaan motor dengan motor pada pukul 11.30 WIB. Terdapat luka robek kepala bagian kanan. Saat pemeriksaan fisik didapatkan hasil tekanan darah (TD): 130/80 mmHg, Nadi (N): 64x/menit, Pernapasan (RR): 20x/menit, Suhu (T): 36°C. klien kemudian dipindahkan dari IGD ke Ruang Syaraf.

c. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian, klien mengatakan nyeri pada kepala, nyeri bertambah ketika klien bangun dari tempat tidur, nyeri berkurang saat klien beristirahat, nyeri seperti berputar-putar, nyeri menyebar keseluruh kepala hingga tengkuk, skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul, wajah klien tampak menahan nyeri.

Keluhan penyerta: klien mengatakan sulit tidur, tidur tidak nyenyak, klien tidur $\pm$ 4 jam/ hari, klien tampak menguap dan mengatuk.

d. Pengkajian Tanda-tanda Vital

Berdasarkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan pada klien diperoleh data tekanan darah (TD): 130/90 mmHg, Nadi (N): 78x/menit, Pernapasan (RR): 21x/menit, Suhu (T): 36,6°C lokasi pemeriksaan di aksila.

e. Pengkajian Penampilan Umum

Berdasarkan hasil pemeriksaan penampilan umum klien data yang didapat GCS E₄M₆V₅ : respon membuka mata spontan (E₄), respon verbal orientasi baik dan sesuai (V₅), respon motorik mengikuti perintah atau aba-aba (M₆), tidak ada sianosis, akral hangat, turgor kulit elastis, tidak cemas, tidak ada riwayat penyakit hipertensi, terdapat edema pada mata sebelah kanan.

f. Pengkajian Respirasi

Saat dilakukan pengkajian respirasi pada klien data yang didapatkan, klien mengatakan tidak sesak, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada batuk dan secret, jalan napas tampak bersih, klien tidak menggunakan alat bantu napas, irama pernapasan teratur dengan frekuensi napas klien 21x/menit.

g. Pengkajian Sirkulasi

Saat dilakukan pengkajian sirkulasi pada klien data yang didapatkan, klien tampak lemah, frekuensi nadi 78x/menit, *Capillary Refill Time* (CRT) kurang dari 3 detik, tidak ada distensi vena jugularis.

h. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Saat dilakukan pengkajian nutrisi dan cairan pada klien data yang didapatkan, klien mengatakan kurang nafsu makan, makan tiga kali sehari dengan bubur dari rumah sakit, kira-kira ½ dari porsi yang dihabiskan, klien minum 5-6 gelas dalam sehari, dan

diberikan cairan infus RL 500 CC 20 tetes/menit. Membran mukosa tampak lembab, tidak mengalami obesitas, tidak ada sariawan, serta klien tidak memiliki intoleransi terhadap makanan tertentu.

i. Pengkajian Keamanan

Saat pengkajian keamanan pada klien data yang didapatkan, tingkat kesadaran: Composmentis E₄M₆V₅ : 15. Respon membuka mata spontan (E₄), respon verbal orientasi baik dan sesuai (V₅), respon motorik mengikuti perintah atau aba-aba (M₆). Terdapat luka pada daerah kepala bagian kanan. Klien mengatakan sakit kepala, tampak lemah, tampak meringis dan kurang tidur. Klien tidak mengalami penurunan kemampuan motorik dan koordinasi otot, dengan kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555

j. Pengkajian Sistem Persyarafan

Saat pengkajian sistem persyarafan data yang didapatkan pada klien tidak ada gangguan sistem persyarafan, pada pemeriksaan saraf kranial didapatkan pada klien tidak mengalami perubahan fungsi penciuman, tidak mengalami perubahan fungsi pendengaran.

k. Pengkajian Fungsi Tubuh

1) Pengkajian sistem gastrointestinal

Saat dilakukan pengkajian sistem gastrointestinal data yang didapatkan, klien mengatakan tidak mual dan tidak muntah.

2) Pengkajian sistem perkemihan

Saat dilakukan pengkajian sistem perkemihan data yang didapatkan, klien tidak mengalami masalah buang air kecil dan buang air besar.

l. Pengkajian Aktifitas, Istirahat, dan Pergerakan

Saat pengkajian aktifitas, istirahat, dan pergerakan data yang didapatkan, klien dalam beraktifitas masih dibantu oleh keluarganya dari kemampuan perawatan diri mandi, toileting, berpakaian dan berpindah, namun dalam makan dan minum klien melakukannya secara mandiri, klien mengeluh tidak mampu beristirahat, tidak mampu rileks, klien mengeluh tidak bisa tidur, klien tidur 4 jam perhari, 3 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari.

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Mandi			✓		
Makan dan minum	✓				
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Berpindah			✓		

Keterangan:

0 : Mandiri

1 : Menggunakan alat bantu

2 : Dibantu orang lain

3 : Dibantu dengan alat dan orang lain

4 : Sangat tergantung atau tidak dapat melakukan apapun

m. Pengkajian Rasa Nyaman, Kulit, dan Integritas Kulit

1) Pengkajian rasa nyaman

Saat dilakukan pengkajian rasa nyaman data yang didapatkan klien mengatakan nyeri kepala yang dirasakan sejak satu hari yang lalu.

2) Pengkajian kulit dan integritas jaringan

Saat dilakukan pengkajian kulit dan integritas jaringan data yang didapatkan, klien tidak mengalami perubahan kulit, elastisitas, gangguan sensasi, perubahan turgor kulit, perubahan pigmentasi. Edema di bagian mata kanan, luka pada kepala area temporal kanan, terdapat luka jahit dengan jumlah heating 5, luka dengan panjang sekitar 3-4 cm, luka ditutup dengan perban, luka hari ke 1 dan tidak ada perdarahan di luka.

n. Pengkajian Psikologis

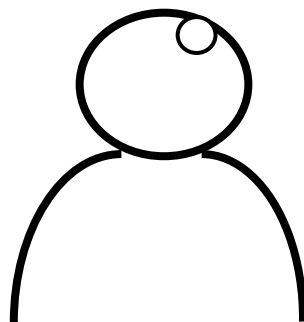
Saat dilakukan pengkajian psikologis data yang didapatkan, klien mengatakan untuk ke kamar mandi dan berpakaian klien dibantu oleh keluarganya, sedangkan untuk makan, dan duduk klien mampu melakukannya sendiri.

o. Pengkajian Prosedur

Pada tanggal 2 Oktober 2019 klien mendapatkan *Therapi Intra Vena* (IV) dengan cairan elektrolit Ringer Laktat (RL) 500 CC/8jam/20 tpm dan perawatan luka.

Gambar bentuk luka klien:

O : Luka klien



p. Pengobatan yang diberikan pada klien adalah:

Tabel 3.1
Pemberian obat Tn. A di Ruang Syaraf
RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 02-03 Oktober 2019

Rabu, 02 Oktober 2019	Kamis, 03 Oktober 2019
Injeksi: 1) Ranitidine 2x1 amp/12 jam/IV 2) Ondancetron 3x1 amp/8 jam/IV 3) Ketorolac 3x1 amp/8 jam/IV 4) Citicolin 3x500mg/8 jam/IV 5) Mecobalamin 3x500mg/8 jam/IV 6) Cefotaxime 2x1gr/12 jam/IV 7) ATS 1 amp/24 jam/IV 8) Infus RL+NG 1 amp/8 jam/20 tpm/IV	Injeksi: 1) Ranitidine 2x1 amp/12 jam/IV 2) Ondancetron 3x1 amp/8 jam/IV 3) Ketorolac 3x1 amp/8 jam/IV 4) Citicolin 3x500mg/8 jam/IV 5) Mecobalamin 3x500mg/8 jam/IV 6) Cefotaxime 2x1gr/12 jam/IV 7) ATS 1 amp/24 jam/IV 8) Infus RL+NG 1 amp/8 jam/20 tpm/IV

q. Hasil Laboratorium

1. Pemeriksaan Diagnostik:

CT SCAN: hasil dari CT SCAN adalah tidak ada perdarahan dan sumbatan pada otak.

2. Pemeriksaan Laboratorium:

Tabel 3.2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn. A di Ruang Syaraf
RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 01 Oktober 2019

No	Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	Hemoglobin	15,1 g/dl	12,0-16,0 g/dL

2.	Eritrosit	$5,19 \times 10^6 / \mu\text{L}$	4.00-5.50 μL
3.	Leukosit	$0,34 \times 10^3 / \mu\text{L}$	4.00-10.00 μL
4.	GDS	105 mg/dL	100-200 mg/dL

r. Analisa Data

Analisa data keperawatan yang bermasalah pada pengkajian Tn. A dengan kasus Cedera Kepala Ringan dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman di Ruang Syaraf RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara adalah sebagai berikut:

Tabel 3.3

Analisa Data pada Tn. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ruang Syaraf RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 02-04 Oktober 2019

No	Data (DS&DO)	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	Data Subjektif (DS): - Klien mengatakan nyeri kepala - Klien mengatakan nyeri seperti berputar - Klien mengatakan nyeri menyebar keseluruh kepala - Klien mengatakan skala nyeri 5(0-10) - Klien mengatakan nyeri hilang timbul - Klien mengatakan nyeri bertambah saat bangun tidur Data Objektif (DO): - Klien tampak memejamkan mata saat bergerak - Klien tampak	Nyeri Akut	Agan Pencedera Fisiologis (Post Traumatik)

	meringis 3. TD: 130/90 mmHg 4. N: 78x/menit 5. RR: 21x/menit 6. T: 36,6°C		
2.	Data Subjektif (DS): 1. Klien mengatakan adanya luka pada kepala bagian kanan 2. Klien mengatakan perban belum di ganti Data Objektif (DO): 1. Terdapat luka jahit di kepala bagian kanan 2. Kondisi luka tertutup perban 3. Luka dengan panjang sekitar 3-4 cm	Gangguan Integritas Kulit	Faktor Mekanis (Luka Robek)
3.	Data Subjektif (DS): 1. Klien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri 2. Klien mengatakan semalam tidur tidak nyenyak 3. Klien tidur $\pm$ 4 jam/hari Data Objektif (DO): 1. Klien tampak mengantuk 2. Klien tampak menguap 3. Klien tampak lemah	Gangguan Pola Tidur	Nyeri
4.	Data Subjektif (DS): 1. Klien mengatakan kurang nafsu makan 2. Klien mengatakan makan tiga kali sehari dengan	Risiko defisit nutrisi	faktor psikologis (kurang nafsu makan)

	bubur hanya ½ porsi yang dihabiskan Data Objektif (DO): 1. Klien tampak tidak nafsu makan 2. Klien tampak hanya mengaduk-aduk makanan nya 3. Tampak ½ porsi makanan klien yang tersisa tidak dimakan		
--	---	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan (SDKI) yang dapat ditegakkan berdasarkan data hasil pengkajian terhadap Tn. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ruang Syaraf RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post traumatik).
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (luka robek).
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri.
4. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (kurang nafsu makan).

Diagnosa Prioritas:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post traumatik).
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (luka robek).
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan terhadap tiga diagnosa utama yang penulis tegakkan berdasarkan prioritas diagnosa yang ada yaitu:

Tabel 3.4
Rencana Keperawatan pada Tn. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ruang Syaraf
RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 02-04 Oktober 2019

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post traumatik). DS: 1. Klien mengatakan nyeri kepala 2. Klien mengatakan nyeri seperti berputar 3. Klien mengatakan nyeri menyebar keseluruh kepala 4. Klien mengatakan skala nyeri 5(0-10) 5. Klien mengatakan nyeri hilang timbul	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri menghilang dengan kriteria hasil: 1. Tidak mengeluh nyeri 2. Tidak meringis 3. Tidak gelisah 4. Frekuensi nafas dan denyut nadi normal 5. Tekanan darah normal Kontrol Nyeri (L.08063) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri menghilang	Manajemen Nyeri (L.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi skala nyeri 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Fasilitasi istirahat dan tidur 6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik) 7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 8. Monitor tanda-tanda vital

	6. Klien mengatakan nyeri bertambah saat bangun tidur DO: 1. Klien tampak memejamkan mata saat bergerak 2. Klien tampak meringis 3. TD: 130/90 mmHg 4. N: 78x/menit 5. RR: 21x/menit 6. T: 36,6°C	dengan kriteria hasil: 1. Melaporkan nyeri yang terkontrol 2. Mampu mengenali penyebab nyeri 3. Mampu menggunakan teknik non-farmakologis	9. Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis (luka robek). DS: 1. Klien mengatakan adanya luka pada kepala bagian kanan 2. Klien mengatakan perban belum di ganti DO: 1. Terdapat luka jahit di kepala bagian kanan 2. Kondisi luka tertutup	Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil: 1. Perfusi jaringan baik 2. Tidak ada perdarahan 3. Kemerahan 4. Jaringan parut 5. Suhu kulit normal	Perawatan integritas kulit (I.11353) 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan mobilitas, perubahan status nutrisi, suhu lingkungan) 2. Monitor suhu kulit 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan minum air yang cukup 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 6. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur

	perban 3. Luka dengan panjang sekitar 3-4 cm		Perawatan Luka (I.14564) 1. Monitor karakteristik luka (mis. warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri. DS: 1. Klien mengatakan sulit untuk tidur karena nyeri 2. Klien mengatakan semalam tidur tidak nyenyak Klien tidur $\pm$ 4 jam/hari DO: 1. Klien tampak mengantuk 2. Klien tampak menguap 3. Klien tampak lemah	Pola Tidur (L.05045) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidur klien membaik dengan kriteria hasil: 1. Tidak mengeluh sulit tidur 2. Tidak mengeluh sering terjaga 3. Tidak mengeluh istirahat tidak cukup/tidak puas tidur 4. Pola tidur tidak berubah	Dukungan Tidur (I.05174) 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Modifikasi lingkungan (mis. suhu, pencahayaan, dan kebisingan) 3. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Identifikasi faktor pengganggu tidur 6. Ajarkan relaksasi non farmakologi

D. Implementasi dan Evaluasi

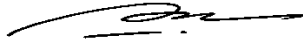
Tabel 3.5
Implementasi dan Evaluasi pada Tn. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ruang Syaraf
RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 02-04 Oktober 2019

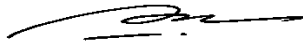
No	No. Dx	Hari, Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4	5
1.	I	Rabu, 02 Oktober 2019 Pukul 21.00- 08.00 WIB	Manajemen Nyeri (I.08238) Pukul 06.00 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Pukul 06.10 WIB 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Pukul 06.15 WIB 3. Memonitor tanda-tanda vital (mengukur tekanan darah, suhu, nadi, dan pernapasan) 4. Mengidentifikasi skala nyeri menggunakan metode VAS	Pukul 08.00 WIB S : 1. Klien mengatakan masih nyeri pada kepala 2. Klien mengatakan nyeri masih seperti berputar 3. Klien mengatakan nyeri hilang timbul 4. Klien mengatakan skala nyeri 4(0-10) O : 1. Klien tampak memejamkan mata saat nyeri 2. Klien tampak meringis saat

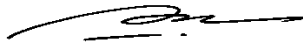
			Pukul 07.00 WIB 5. Memberikan therapy analgesik ketorolac 10 mg/8jam/IV	merasakan nyeri 3. Tanda-tanda vital TD: 120/90 mmHg N: 75x/menit RR: 20x/menit T: 36,5°C A: Masalah nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: 1. Ajarkan teknik non farmakologi 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Kolaborasi pemberian therapy analgetik Perawat  (Intan Ratna Mustika)
	II	Rabu, 02 Oktober 2019 Pukul 21.00-08.00 WIB	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Pukul 06.30 WIB 1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	Pukul 08.10 WIB S : 1. Klien mengatakan perban belum

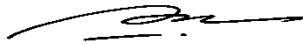
			(perubahan sirkulasi) 2. Memonitor suhu kulit Perawatan Luka (I.14564) Pukul 06.35 WIB 1. Memonitor karakteristik luka, warna, ukuran dan bau Pukul 06.45 WIB 2. Membersihkan luka dengan cairan NaCl 3. Memasang balutan pada luka Pukul 07.00 WIB 4. Menganjurkan klien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori, tinggi protein, misal ikan gabus, putih telur	diganti 2. Klien mengatakan akan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein O : 1. Terdapat kemerahan pada luka dan edema pada area mata kanan 2. Terdapat luka panjang 3-4 cm, jumlah healing 5 3. Tidak terdapat pus pada luka dan tidak berbau 4. T: 36,5°C A : Masalah gangguan integritas kulit belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor tanda-tanda infeksi 2. Bersihkan dan ganti balutan luka 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Perawat  (Intan Ratna Mustika)
--	--	--	--	---

	III	Rabu, 02 Oktober 2019 Pukul 21.00-08.00 WIB	Dukungan Tidur (I.05174)) Pukul 06.55 WIB 1. Mengidentifikasi pola aktifitas dan tidur Pukul 07.00 WIB 2. Menjelaskan pentingnya tidur cukup saat sakit Pukul 07.10 WIB 3. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur	Pukul 08.20 WIB S : 1. Klien mengatakan sulit untuk tidur dikarenakan masih nyeri 2. Klien mengatakan tidur hanya $\pm$ 5 jam/hari 3. Klien mengatakan saat tidur sering terbangun 4. Klien mengatakan mengetahui jika tidur dapat mengurangi nyeri O : 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak menguap 3. Klien tampak mengantuk A : Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Tetapkan jadwal tidur rutin 2. Modifikasi lingkungan (suhu, pencahayaan, kebisingan) 3. Ajarkan relaksasi non farmakologi

				Perawat  (Intan Ratna Mustika)
1	2	3	4	5
2.	I	Kamis, 03 Oktober 2019 Pukul 14.00- 21.00 WIB	Manajemen Nyeri (I.08238) Pukul 14.30 WIB 1. Mengajarkan klien teknik relaksasi napas dalam Pukul 14.45 WIB 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Pukul 17.10 WIB 3. Mengukur tanda-tanda vital (mengukur tekanan darah, suhu, nadi, dan pernapasan) Pukul 17.50 WIB 4. Memberikan therapy obat analgesik ketorolac 10 mg/8jam/IV	Pukul 18.50 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang 2. Klien mengatakan skala nyeri 3 (0-10) 3. Klien mengatakan rileks saat melakukan teknik relaksasi napas dalam 4. Klien mengatakan nyeri nya semakin terasa saat berpindah tempat dan berkurang saat istirahat O : 1. Klien tampak masih meringis 2. TD: 120/90 mmHg 3. N: 78x/menit 4. RR: 21x/menit 5. T: 36,8°C

				A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Fasilitasi istirahat tidur 2. Ajarkan teknik non farmakologi yang lain yaitu terapi musik 3. Monitor tanda-tanda vital 4. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Perawat  (Intan Ratna Mustika)
	II	Kamis, 03 Oktober 2019 Pukul 14.00- 21.00 WIB	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Pukul 14.55 WIB 1. Menganjurkan klien untuk meningkatkan nutrisi 2. Menganjurkan minum air yang cukup Perawatan Luka (I.14564) Pukul 17.00 WIB 3. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan	Pukul 19.10 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri saat luka dibersihkan 2. Klien mengatakan makan putih telur yang di rebus 3. Klien mengatakan minum 5 gelas dalam sehari O :

		4. Membersihkan luka dengan NaCl dan memasang balutan luka Pukul 17.05 WIB 5. Memonitor tanda-tanda infeksi	1. Tidak ada tanda-tanda infeksi (pus) 2. Luka tampak mengering A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Bersihkan dan ganti balutan luka 2. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 3. Dokumentasikan kondisi luka Perawat  (Intan Ratna Mustika)
III	Kamis, 03 Oktober 2019 Pukul 14.00-21.00 WIB	Dukungan Tidur (I.05174) Pukul 15.00 WIB 1. Menetapkan jadwal tidur rutin Pukul 15.10 WIB 2. Memodifikasi lingkungan (suhu, kebisingan) Pukul 15.15 WIB	Pukul 19.30 WIB S : 1. Klien mengatakan semalam tidur nyenyak 2. Klien mengatakan merasa puas setelah bangun tidur 3. Klien mengatakan tidur $\pm$ 6 jam pada malam hari dan $\pm$ 1 jam pada siang

			3. Mengajarkan relaksasi non farmakologi (relaksasi napas dalam)	hari O : 1. Klien tampak lebih segar 2. Klien tampak lebih rileks 3. Klien mampu melakukan relaksasi napas dalam A : Masalah gangguan pola tidur teratasi P : Hentikan intervensi Perawat  (Intan Ratna Mustika)
1	2	3	4	5
3.	I	Jumat, 04 Oktober 2019 Pukul 07.00- 14.00 WIB	Manajemen Nyeri (I.08238) Pukul 08.30 WIB 1. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi musik) Pukul 11.30 WIB 2. Memfasilitasi istirahat dan tidur	Pukul 13.10 WIB S : 1. Klien mengatakan kepala nya sudah tidak nyeri 2. Klien mengatakan skala nyeri 0 (0-10) 3. Klien mengatakan dapat beristirahat

		3. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, kebisingan) Pukul 11. 45 WIB 4. Mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, suhu, nadi, dan pernapasan)	O : 1. Klien tampak rileks 2. Klien tampak tersenyum 3. Klien mendengarkan musik pop 4. TD: 120/90 mmHg 5. N: 82x/menit 6. RR: 20x/menit 7. T: 36,8°C A : Masalah nyeri akut teratasi P : Hentikan intervensi Perawat  (Intan Ratna Mustika)
II	Jumat, 04 Oktober 2019 Pukul 07.00- 14.00 WIB	Perawatan Luka (I.14564) Pukul 09.00 WIB 1. Membersihkan luka dengan NaCl dan mengganti balutan luka Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Pukul 11.45 WIB	Pukul 13.20 WIB S : 1. Klien mengatakan sudah tidak merasa nyeri saat luka dibersihkan 2. Klien mengatakan akan memperbanyak makan buah dan

			2. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 3. Menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem	sayur O : 1. Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti pus, perdarahan, demam 2. Luka tampak kering 3. Luka tertutup perban 4. Suhu tubuh normal 36,8°C A : Masalah gangguan integritas kulit teratasi P : Hentikan intervensi Perawat  (Intan Ratna Mustika)
--	--	--	--	---