

## BAB III

### LAPORAN STUDI KASUS

#### A. Pengkajian

##### 1. Pengkajian dasar

###### Identifikasi

Kamar/ruang	: Kamar 6.3 Ruang Kebidanan
Tanggal pengkajian	: Senin, 29 April 2019
Pukul	: 07.00 WIB
Tanggal masuk rumah sakit	: Minggu, 28 April 2019
Jam masuk rumah sakit	: 14.00 WIB
No. rekam medik	: 28.43.38
Nama inisial klien	: Ny. L
Umur	: 25 tahun
Alamat	: Negara Batin, Sungkai Utara
Jenis kelamin	: Perempuan
Status pernikahan	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Sumber biaya	: BPJS

##### 2. Pengkajian *Post-Operasi Sectio Caesarea*

###### a. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien datang ke RSD. Mayjend. HM. Ryacudu pada jam 14.00 WIB, tanggal 28 April 2019. Pasien masuk ke Ruangan Ponek dengan keluhan nyeri, nyeri bertambah ketika bergerak dan nyeri berkurang ketika istirahat. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk. Nyeri terasa di perut bagian bawah diluka operasi skala nyeri 6, klien mengatakan nyeri hilang timbul, klien mengatakan tidak nyaman, klien

tampak gelisah, klien tampak merintih, klien mengatakan sering sulit tidur saat nyeri timbul, klien mengatakan sering terjaga, klien mengatakan istirahat tidak cukup, klien tidur 5 jam sehari, klien tampak berantakan, klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri. TD 120/80 mmHg, nadi 80 x/ menit, pernafasan 20 x/ menit, suhu 36,9 °C.

b. Keluhan utama saat pengkajian

Nyeri pada luka post operasi *sectio caesarea*

3. Pengkajian Keperawatan

a. Penampilan umum

Dari hasil pengkajian tingkat kesadaran klien Composmentis dengan nilai GCS E4V5M6 tidak ada sianosis pada klien, akral teraba hangat, turgor kulit elastis, klien tampak lemah, klien tampak gelisah, klien mengatakan tidak memiliki riwayat hipertensi, tidak ada riwayat diabetes mellitus, tidak ada riwayat hipertiroid, pasien tidak merokok, tidak memiliki, riwayat pembedahan sebelumnya, tidak ada edema.

Pengkajian tanda vital:

TD : 120/80 mmHg,

Nadi : 80 x/ m,

RR : 20 x/ m,

Suhu : 36,9°C

b. Pengkajian respirasi

Dari hasil pengkajian didapatkan hasil bahwa pasien tidak mengalami dipsnae, bradipnoe, ataupun takipnea. Tidak ada suara nafas tambahan seperti *wheezing* atau ronchi, pasien bernafas tidak menggunakan otot bantu pernafasan dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan. Tidak ada sputum berlebih yang dapat mengganggu system pernafasan pasien.

c. Pengkajian sirkulasi

Dari hasil pengkajian yang dilakukan didapatkan hasil bahwa pasien tidak mengalami bradikardi maupun takikardi. Nadi teraba lemah, tidak ada tanda-tanda distensi vena jugularis, pasien tampak lelah, tidak ada jantung berdebar-debar, tidak ada perdarahan, tidak ada penurunan jumlah urine, tidak ada peningkatan berat badan, pengisian kapiler <3 detik.

d. Pengkajian nutrisi dan cairan

Dari hasil pengkajian pasien mengatakan bahwa ia puasa dari sebelum operasi sampai setelah operasi. Saat jam 6.30 pasien hanya minum 3 sendok air, infus terpasang RL 500 20 tetes/menit, pasien tidak mengalami gangguan menelan dan sariawan.

e. Pengkajian eliminasi

Dari hasil pengkajian pasien mengatakan sulit BAB karena nyeri, klien dipasang kateter urin dan mengeluarkan urin sebanyak 2000 ml.

f. Pengkajian istirahat dan tidur

Dari hasil pengkajian yang dilakukan terhadap pasien didapatkan hasil bahwa pasien terlihat lesu, pasien mengeluh nyeri saat bergerak, skala nyeri 6, pasien cemas saat bergerak, mengeluh sulit tidur karena nyeri dan fisik tampak lemah.

g. Pengkajian neurosensori

Dari pengkajian yang dilakukan terhadap pasien didapatkan hasil pasien tidak mengalami cedera medulla spinalis, tidak ada sakit kepala, pasien mampu menelan makanan dengan baik, pasien tidak batuk sebelum dan sesudah makan ataupun minum, dan tidak mengalami muntah darah (hematemesis)

h. Pengkajian nyeri dan keamanan

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh merasa tidak nyaman karena nyeri, nyeri seperti ditusuk tusuk, mengeluh nyeri di bagian luka operasi, skala nyeri 6 (1-10), pasien tampak merintih menahan sakit, tidak ada keluhan gatal, tidak ada diaforesis dan tampak gelisah.

i. Pengkajian psikologis

Pada saat pengkajian pasien tampak gelisah, dan sedikit tegang, tidak merasa bingung, dapat berkonsentrasi dengan baik, kontak mata pasien baik, pasien tidak menangis, tidak marah, dan suara tidak bergetar saat berbicara.

j. Pengkajian tumbuh kembang

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pasien mengatakan tidak ada masalah pertumbuhan fisik dan nutrisi, dan tidak ada gangguan pada tumbuh kembang pasien.

k. Pengkajian kebersihan diri

Pada saat pengkajian klien mengatakan tidak mampu untuk mandi secara mandiri, tidak mampu untuk mengenakan pakaian secara mandiri, tidak mampu pergi ke toilet, rambut klien terlihat berantakan, Dan klien mengatakan bahwa dirinya membersihkan diri di bantu oleh keluarganya.

l. Pengkajian keamanan dan protaksi

Dari hasil pengkajian yang dilakukan terhadap pasien didapatkan hasil bahwa pasien dengan kondisi pasca operasi, ada luka sayatan sepanjang 10 cm, ada kemerahan pada kulit di area luka operasi, kulit terasa hangat, pasien tidak menggigil, pasien juga dilakukan pemasangan tindakan invasif yaitu pemasangan infus intravena dan pemasangan kateter.

## m. Pengobatan

Pengobatan yang diberikan pada pasien:

Tanggal 29 April 2019

Cefotaxime : 2x1 gr / 12 jam (iv)

Ketorolac : 3x30 gr/ 8 jam (iv)

Asam traneksamat : 3x50 mg/ 8 jam (iv)

Metrodinazole : 2x500 mg/12 jam (iv)

Infus RL : 20 TPM (iv)

## n. Hasil laboratorium

Berdasarkan data yang diperoleh pada tanggal 29 April 2019 hasil laboratorium didapatkan hasil sebagai berikut:

**Tabel 3.1**  
**Hasil Pemeriksaan Laboratorium**

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal Perempuan
28 Mei 2019	Golongan darah Rhesus Hemoglobin Protein	A + 10,8 g/dl 29 mg/dl negatif	11,0-16,0

## B. Analisa Data

**Tabel 3.2**

**Analisa Data Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Kasus *Sectio Caesarea* Terhadap Ny.L Di Ruang Kebidanan RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara**

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	DS : 1. Klien mengeluh tidak nyaman 2. Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri di perutnya DO : 1. Klien tampak gelisah 2. Klien tampak merintih	Gangguan Rasa Nyaman	Gejala penyakit
2	DS : 1. Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri yang dialami 2. Klien mengeluh tidak puas tidur 3. Klien mengatakan istirahat tidak cukup DO : 1. Klien tampak sering menguap 2. Klien tidur 5 jam perhari	Gangguan Pola Tidur	Hambatan lingkungan
3	DS : 1. Klien tidak mampu mandi secara mandiri 2. Klien tidak mampu berpakaian secara mandiri 3. Klien tidak mampu makan secara mandiri 4. Klien tidak mampu ke toilet (BAB/BAK) secara mandiri DO : 1. Klien tampak tidak bersih 2. Klien lemah	Defisit Perawatan Diri	Kondisi

### C. Diagnosa Keperawatan

**Tabel 3.3**

**Diagnosa Keperawatan Pasien dengan Gangguan Rasa Nyaman pada Kasus *Sectio Caesarea* Terhadap Ny.L di Ruang Kebidanan RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara**

<b>Tanggal</b>	<b>No. Diagnosa</b>	<b>Diagnosa</b>
1	2	3
29-04-2019 08:30 WIB	1	Gangguan Rasa Nyaman berhubungan dengan gejala penyakit DS : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh tidak nyaman</li> <li>2. Klien mengatakan sulit tidur karena perutnya terasa nyeri</li> </ol> DO : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak gelisah</li> <li>2. Klien tampak merintih</li> </ol>
29-04-2019 08:30 WIB	2	Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Hambatan Lingkungan DS : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri yang dialami</li> <li>2. Klien mengeluh tidak puas tidur</li> <li>3. Klien mengeluh sering terjaga</li> <li>4. Klien mengatakan istirahat tidak cukup</li> </ol> DO : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak sering menguap</li> <li>2. Klien tidur 5 jam perhari</li> </ol>
29-04-2019 08.30 WIB	3	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kondisi DS : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak mampu mandi secara mandiri</li> <li>2. Klien tidak mampu berpakaian secara mandiri</li> <li>3. Klien tidak mampu makan secara mandiri</li> <li>4. Klien tidak mampu ke toilet (BAB/BAK) secara mandiri</li> </ol> DO : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak tidak bersih</li> <li>2. Klien tampak lemah</li> </ol>

#### D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4

**Rencana Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman pada Kasus *Sectio Caesarea* Terhadap Ny.L di Ruang Kebidanan RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 29 April- 3 Mei 2019**

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
29 Mei 2019	<p>Gangguan rasa nyaman b.d dengan gejala penyakit</p> <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh tidak nyaman</li> <li>2. Klien mengatakan sulit tidur karena nyeri diperutnya</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak gelisah</li> <li>2. Klien tampak meringis</li> </ol>	<p><b>Status Kenyamanan</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan Status Kenyamanan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan ketidaknyamanan menurun</li> <li>2. Klien tidak tampak gelisah</li> <li>3. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>4. Tidak tampak merintih</li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>6. Kolaborasi dalam pemberian analgetik (inj. Ketorolac 1 amp/8 jam)</li> </ol>

1	2	3	4
29 Mei 2019	<p>Gangguan Pola Tidur b.d Hambatan Lingkungan</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh sulit tidur</li> <li>2. Klien mengeluh tidak puas tidur</li> <li>3. Klien mengeluh sering terjaga</li> <li>4. Klien mengatakan istirahat tidak cukup</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak sering menguap</li> <li>2. Pasien tidur 5 jam per hari</li> </ol>	<p><b>Pola Tidur</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>3. Keluhan terhadap istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Tidur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu)</li> <li>4. Tetapkan jadwal rutin tidur</li> <li>5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>6. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> </ol>
29 Mei 2019	<p>Defisit perawatan Diri b.d Kondisi</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak mampu mandi secara mandiri</li> <li>2. Klien tidak</li> </ol>	<p><b>Perawatan Diri</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan perawatan diri membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mandi</li> </ol>	<p><b>Dukungan perawatan diri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol>

1	2	3	4
	<p>mampu berpakaian secara mandiri</p> <p>3. Klien tidak mampu makan secara mandiri</p> <p>4. Klien tidak mampu ke toilet (BAB/BAK) secara mandiri</p> <p>DO :</p> <p>1. Klien tampak tidak bersih</p> <p>2. Klien tampak lemah</p>	<p>secara mandiri</p> <p>2. Klien mampu berpakaian secara mandiri</p> <p>3. Klien mampu makan secara mandiri</p> <p>4. Klien mampu ke toilet (BAB, BAK) secara mandiri</p>	

## E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.5

Catatan Perkembangan Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman pada Kasus *Sectio Caesarea* Terhadap Ny.L di Ruang Kebidanan RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 29 April- 3 Mei 2019

### Catatan perkembangan hari ke 1

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>Tanggal : 29 April 2019 Pukul : 08.40 WIB</p> <p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>6. Bekerjasama dalam pemberian analgetik (inj. 1 amp/8 jam)</li> </ol>	<p>Tanggal : 29 April 2019 Pukul : 09.10 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri diperut, seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul</li> <li>- Klien mengatakan tidak mampu rileks</li> <li>- Skala nyeri 6</li> <li>- Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, pernafasan 20 x/menit</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Klien tampak meringis</li> </ul> <p>A: Masalah belum teratasi</p>

1	2	3
		P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kualitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Identifikasi respon non verbal</li> <li>- Monitor tanda vital</li> <li>- Kolaborasi dalam pemberian analgetik</li> </ul>
2	Tanggal : 29 April 2019 Pukul : 08.45 WIB <b>Dukungan Tidur</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu)</li> <li>4. Menetapkan jadwal rutin tidur</li> <li>5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>6. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> </ol>	Tanggal : 29 April 2019 Pukul : 09.15 WIB S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri yang dialami</li> <li>- Klien mengeluh tidak puas tidur</li> <li>- Klien mengeluh sering terjaga</li> <li>- Klien mengatakan istirahat tidak cukup</li> </ul> O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sering menguap</li> <li>- Pasien tidur 5 jam per hari</li> </ul> A : Masalah Belum Teratasi P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>- Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu)</li> <li>- Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> </ul>

1	2	3
3	<p>Tanggal : 29 April 2019 Pukul : 08.50 WIB</p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol>	<p>Tanggal : 29 April 2019 Pukul : 09.20 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak mampu mandi secara mandiri</li> <li>- Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi secara mandiri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak mandi dibantu keluarga</li> <li>- Klien tampak berantakan</li> <li>- Klien tampak kelemahan</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kebersihan tubuh (rambut, mulut, kuku, kulit)</li> <li>- Sediakan lingkungan aman dan nyaman</li> <li>- Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan</li> </ul>

*Catatan perkembangan hari ke 2*

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>Tanggal : 30 April 2019 Pukul : 21.30 WIB</p> <p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kualitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Menganjurkan kompres hangat untuk mengurangi nyeri</li> <li>5. Memonitor tanda-tanda vital</li> <li>6. Kolaborasi dalam pemberian analgetik (inj. Ketorolac 1 amp/8 jam )</li> </ol>	<p>Tanggal : 30 April 2019 Pukul : 22.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri mulai berkurang</li> <li>- Skala nyeri 3</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien masih tampak meringis</li> <li>- Tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 84x/menit, pernafasan 19x/menit.</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kualitas nyeri</li> <li>- Identifikasi skala nyeri</li> <li>- Monitor tanda vital</li> <li>- Kolaborasi dalam pemberian analgetik</li> </ul>
2	<p>Tanggal : 30 April 2019 Pukul : 21.35 WIB</p> <p><b>Dukungan Tidur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu)</li> <li>3. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> </ol>	<p>Tanggal : 30 April 2019 Pukul : 22.05 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah tidak sulit tidur</li> <li>- Klien mengatakan istirahat cukup</li> <li>- Klien mengatakan tidur puas</li> <li>- Klien mengatakan sering terjaga</li> </ul>

1	2	3
		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak tampak menguap</li> <li>- Pasien tidur 7 jam per hari</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu)</li> </ul>
3	<p>Tanggal : 30 April 2019 Pukul : 21.40 WIB</p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol>	<p>Tanggal : 30 April 2019 Pukul : 22.10 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak mampu mandi secara mandiri</li> <li>- Klien mengatakan belum mampu ke kamar mandi secara mandiri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menyisir rambut</li> <li>- Klien tampak rapih dan bersih</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kebersihan tubuh (rambut, mulut, kuku, kulit)</li> <li>- Sediakan lingkungan aman dan nyaman</li> <li>- Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</li> </ul>

*Catatan perkembangan hari ke 3*

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
	<p>Tanggal : 1 Mei 2019 Pukul : 14.20 WIB</p> <p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kualitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Memonitor tanda vital</li> <li>4. Kolaborasi dalam pemberian analgetik (inj. Ketorolac 1 amp/8 jam )</li> </ol>	<p>Tanggal : 1 Mei 2019 Pukul : 14.50 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah tidak nyeri</li> <li>- Skala nyeri 1</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah 120/80 mmHg, Nadi 80 x/menit, pernafasan 20x/menit.</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi</p>
2	<p>Tanggal : 1 Mei 2019 Pukul : 14.25 WIB</p> <p><b>Dukungan Tidur</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memodifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu)</li> </ol>	<p>Tanggal : 1 Mei 2019 Pukul : 14.55 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak sering terjaga</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tidak tampak menguap</li> </ul> <p>Pasien tidur 8-9 jam per hari</p> <p>A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi</p>

1	2	3
3	<p>Tanggal : 1 Mei 2019 Pukul : 14.30 WIB</p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>2. Monitor tingkat kemandirian</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ol>	<p>Tanggal : 1 Mei 2019 Pukul : 15.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mampu melakukan perawatan diri</li> <li>- Klien mengatakan mampu ke kamar mandi sendiri</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak mampu ke kamar mandi sendiri</li> <li>- Klien tampak bersih dan rapi</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi</p>