

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Klien

Nama Tn. M, nomor rekam medik 236916, umur 55 tahun, sudah menikah, pekerjaan petani, agama islam, pendidikan terakhir SD, alamat Madukoro Lampung utara, masuk rumah sakit 14 April 2019, dengan diagnosa medis *Post Operasi Hemoroid*.

2. Sumber Informasi

Nama Ny. M, umur 51 tahun, hubungan dengan klien adalah istri, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Madukoro Lampung Utara.

3. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang ke instalasi gawat darurat (IGD) RSUD MAYJEND HM RYACUDU pada tanggal 14 April 2019 pada pukul 22.00 WIB dengan keluhan nyeri pada anus sejak setengah bulan yang lalu. 3 hari yang lalu saat buang air besar mengeluarkan darah. Tidak bisa duduk dan klien batuk berdahak. Hasil pemeriksaan fisik didapat tekanan darah (TD) : 130/80 mmHg, denyut nadi (N): 89 x /menit, suhu: 36,7°C, pernafasan: 24x /menit. Kemudian klien di pindahkan ke ruang Bedah pada pukul 22.30 WIB.

4. Riwayat kesehatan saat pengkajian

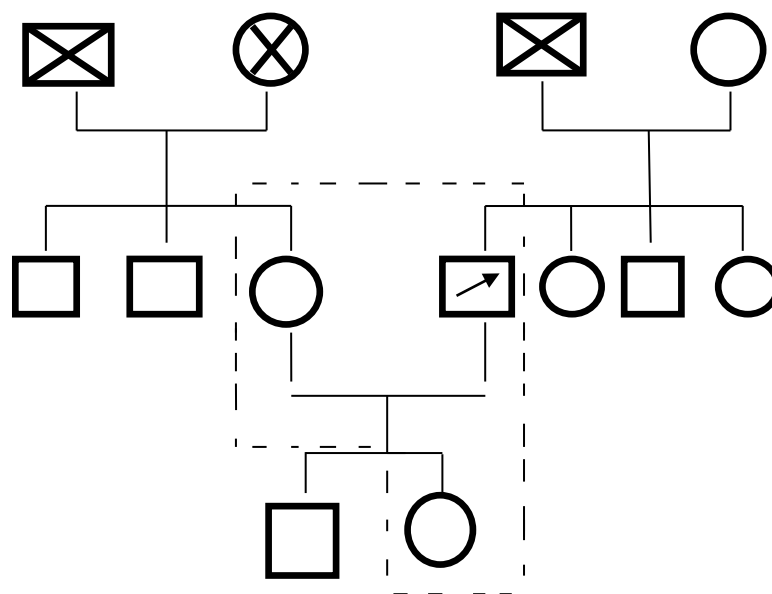
Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15 April 2019 pada pukul 14.00 WIB klien mengeluh nyeri pada luka operasi, yang memperberat nyeri adalah pada saat klien duduk dan yang memperingan nyeri pada saat klien berbaring. Lokasi nyeri pada anus klien dan tidak ada penyebaran saat nyeri terjadi, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 7 (0-10), nyeri datang tidak menentu. lidah terasa pahit, klien mengatakan tidak nyaman, klien tampak meringis dan gelisah, CRT < 3 detik.

5. Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan tidak ada alergi obat dan makanan, klien tidak pernah mengalami kecelakaan. Klien pernah dirawat di Rumah Sakit Handayani karena penyakit Diabetes mellitus

6. Riwayat kesehatan keluarga

Gambar 3.1
Genogram Keluarga Tn.M



Ket:



= Laki-laki

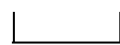


= Pasien

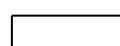


= Perempuan

----- = Tinggal Serumah



= Garis Pernikahan



= Garis Keturunan

7. Pola kebiasaan sehari – hari

a. Pola nutrisi dan cairan

Sebelum sakit, asupan makan klien oral ,frekuensi makan 3x sehari dengan porsi sedang dan nafsu makannya baik. tidak ada diit, tidak ada alergi makanan. klien mengatakan kurang mengkonsumsi makanan berserat, Asupan cairan klien oral, jenis air putih, frekuensi kurang lebih 8 gelas per hari.

Saat sakit, asupan klien melalui oral dan parenteral, frekuensi makan 3 kali sehari, nafsu makan berkurang, klien makan dengan porsi sedikit, makanan tambahan buah-buahan. Asupan cairan oral dan parenteral, jenis air putih dan cairan RL 20 tpm

b. Pola Eliminasi

Sebelum sakit, klien mengatakan BAK lancar dengan bau khas urine dan warna kuning . klien mengatakan tidak ada keluhan., BAB saat sakit kurang lancar, 2 hari sekali, feses berwarna kuning kecoklatan. Konsistensi feses keras. Anus klien terasa perih dan sesekali mengeluarkan darah. Klien tidak menggunakan obat pencahar.

Saat sakit, klien BAK melalui selang kateter. Urine kuning pekat. bau khas urine. Saat sakit, klien belum pernah BAB dan klien merasa takut untuk BAB.

c. Pola *personal hygiene*

Sebelum sakit, klien mandi 2 kali sehari. Dilakukan mandiri, menggosok gigi 2 kali sehari dan mencuci rambut 2 kali sehari dengan sampo.

Saat sakit, klien mengatakan mandi 2 kali sehari namun di bantu oleh keluarganya klien tidak menggosok gigi dan mulut klien tampak kotor, klien tidak keramas dengan sampo hanya menggunakan kain basah

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit, klien tidur selama 7-8 jam. Siang 2 jam dan malam 5-6 jam. Klien tidak menggunakan obat tidur , kegiatan sebelum tidur klien biasanya menonton TV.

Saat sakit, klien tidur 4-5 jam sehari. Siang 1 jam dan malam 3-4 jam, klien mengatakan sulit tidur dan gelisah. klien tampak mengantuk. Klien mengatakan sering terbangun karena nyeri pada luka operasi (anus).

e. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum sakit, klien bekerja sebagai petani, klien mengatakan tidak ada keterbatasan dalam beraktivitas.

Saat sakit, klien mengatakan lemah dan aktivitas klien dibantu oleh keluarganya

f. Pola persepsi dan manajemen

Klien tidak mengetahui tentang penyakitnya, tindakan keluarga membawa klien berobat ke RS, klien tidak merokok dan minum - minuman keras. Klien tidak ada ketergantungan obat.

8. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Kesadaran klien Composmentis, Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 86x/menit, pernafasan 24x/menit, suhu 37,5°C, tinggi badan klien 160 cm, berat badan klien 56 kg.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata klien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea klien jernih, sclera klien jernih, pupil tampak bulat, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

c. Sistem Pendengaran

Posisi telinga klien simetris, tidak ada radang, tidak ada kelainan pada pendengaran, klien tidak memakai alat bantu pendengaran.

d. Sistem Wicara

Saat diajak bicara klien kooperatif dan tidak mengalami kesulitan dalam berbicara

e. Sistem pernafasan

Jalan nafas klien normal tidak ada hambatan, klien tidak mengalami sesak nafas, saat batuk dada klien terasa sakit. frekuensi 24x/menit, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada otot bantu pernafasan dan tidak memakai alat bantu pernafasan.

f. Sistem Kardiovaskuler

Denyut nadi 86 x /menit, tidak ada peningkatan vena jugularis, warna kulit pucat. temeperatur kulih hangat, bunyi jantung normal,tidak ada kelainan bunyi jantung, klien mengeluh nyeri perut klien batuk.

g. Sistem neurologi

GCS (E4 V5 M6), kekuatan otot normal

$$\begin{array}{r|l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

h. Sistem pencernaan

Keadaan mulut klien kotor, membran mukosa kering, mulutnya terasa pahit, tidak ada gangguan menelan dan tidak muntah, bising usus 3 kali / menit, tidak terdapat asites. Pemeriksaan pada luka operasi klien tampak kemerahan pada sekitar anus klien.

i. Sistem imunologi

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

j. Sistem endokrin

Nafas tidak bau keton, tidak terdapat pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat tremor, GDS : 200 mg/dl

k. Sistem urogenital

Tidak ada distensi kandung kemih, klien terpasang kateter selama satu hari

l. Sistem integument

Warna rambut klien hitam, tidak ada ketombe, kuku klien tidak ada sianosis, warna kulit sawo matang, tidak ada tanda – tanda radang pada kulit.

m. Sistem musculoskeletal

Tidak ada sakit pada tulang atau sendi, tidak ada fraktur, tidak ada kontraktur, tonus otot kuat.

9. Hasil laboratorium

Tabel 3.1
Hasil pemeriksaan laboratorium Tn.M di Ruang Bedah
RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 14 April 2019

No Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1. 14/4/2019	<i>SGOT / AST</i>	76 u/l	5 – 40 u/l
	<i>SPGT/ ALT</i>	136u/l	5- 41 u/l
	<i>Ureum</i>	21 mg/dl	0,6- 20 mg/dL
	<i>Kreatinin</i>	0,5 mg/dL	0,5 – 1,1 mg/dL
2. 14/4/2019	<i>Glukosa sewaktu</i>	200 mg/dL	70-100 mg/Dl

10. Terapi medis

Tabel 3.2

Jadwal pengobatan Tn.M di Ruang Bedah

RSD.Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Tanggal 15 April 2019	Tanggal 16 April 2020	Tanggal 17 April 2020
1	2	3
<i>Ringer Laktat</i> 20 tpm <i>Vicillin</i> 1,5 gr/ 8 jam <i>Ambroxol</i> syr 2x 10 ml <i>Antasida</i> 3x1 <i>Paracetamol</i> 3x1 tablet 500 mg <i>Ketorolak</i> 3x1 ampul <i>Metformin</i> 3x1 tablet <i>Tifofusin</i> 20 tpm	<i>Ringer Laktat</i> 20 tpm <i>Vicillin</i> 1,5 gr/ 8 jam <i>Ambroxol</i> syr 2x 10 ml <i>Antasida</i> 3x1 <i>Paracetamol</i> 3x1 tablet 500 mg <i>Ketorolak</i> 3x1 ampul <i>Metformin</i> 3x1 tablet <i>Tifofusin</i> 20 tpm	<i>Ringer Laktat</i> 20 tpm <i>Vicillin</i> 1,5 gr/ 8 jam <i>Ambroxol</i> syr 2x 10 ml <i>Antasida</i> 3x1 <i>Paracetamol</i> 3x1 tablet 500 mg <i>Ketorolak</i> 3x1 ampul <i>Tifofusin</i> 20 tpm

11. Data fokus

Tabel 3.3

Data senjang pada Tn. M di Ruang Bedah
RSD. Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1. klien mengatakana nyeri pada luka operasi 2. klien mengatakan sulit tidur 3. klien mengatakan nyeri perut saat batuk 4. klien mengatakan batuknya berdahak 5. klien mengatakan tidak nafsu makan 6. klien mengatakan hanya tidur 4-5 jam 7. klien mengatakan susah BAB 7. klien mengatakan takut saat akan BAB 8. klien mengeluh tidak nyaman 9. klien mengatakan mulutnya terasa pahit 10. klien mengatakan aktivitasnya dibantu keluarga	1. Tampak luka operasi pada anus klien 2. klien tampak meringis 3. klien tampak gelisah 4. klien tidak menghabiskan makanan 5. klien kurang mengkonsumsi makanan serat 6. klien tampak batuk 7. klien tampak mengantuk 8. mulut klien tampak kotor 9. klien tampak berkeringat 10. klien tampak lemah 11. skala nyeri 7 (0-10) 12. TD : 130/90 mmHg Nadi : 86 x/menit Pernafasan : 24 x/menit Suhu : 37,5°C 13. Hasil Laboratorium : SGOT /AST 76 SGPT / ALT 136 Ureum 21 Kreatinin 0,5 Glukosa Sewaktu 200 mg/dl

12. Analisa Data

Tabel 3.4

Analisa Data pada Tn.M di Ruang Bedah
RSD.Mayjend.HM.Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	2	3	4
1	DO: 1. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi (di anus) 2. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk- tusuk 3. Klien mengatakan nyeri bertambah saat klien duduk 4. Klien mengatakan nyeri perut saat batuk DO: 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak gelisah 3. Skala nyeri 7 4. Klien tidak menghabiskan makanan yang diberikan 5. Nadi 86 x/ menit	Agan pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri akut
2	DS : 1. Klien mengatakan belum pernah BAB 2. Klien mengatakan takut saat akan buang air besar 3. Klien mengatakan fesesnya keras	Ketidakcukupan asupan serat	Konstipasi

	4. klien mengatakan kurang konsumsi makanan berserat DO: 1. Klien tampak lemah 2. Bising usus klien 3 x/ menit		
3	DS : 1.klien mengeluh tidak nyaman DO: 1. Tampak kemerahan pada luka post operasi (anus) 2. T: 37,5°C	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi
4	DS: 1. Klien mengeluh sulit tidur 2. klien mengatakan sering terbangun karena nyeri DO: 1.klien tampak mengantuk 2.klien tidur 4-5 jam perhari	Hambatan lingkungan	Gangguan Pola tidur
5	DS: 1. klien mengatakan lemah 2. klien mengatakan aktifitas dibantu keluarga DO: 1. Aktifitas klien tampak di bantu keluarganya	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d Klien mengeluh nyeri pada luka operasi (di anus), nyeri seperti di tusuk- tusuk,nyeri bertambah saat klien duduk. tampak meringis, tampak gelisah, Skala nyeri 7 Klien tidak menghabiskan makanan yang diberikan, Nadi 86 x/ menit.
2. Konstipasi b.d kurang asupan serat d.d Klien mengatakan belum pernah BAB, klien mengatakan takut saat akan buang air besar, klien mengatakan fesesnya keras, klien mengatakan kurang konsumsi serat, Klien tampak lemah, Bising usus klien 3 x/ menit.
3. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif d.d klien mengeluh tidak nyaman, tampak luka operasi klien kemerahan.
4. Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan d.d klien mengeluh sulit tidur, klien mengatakan sering terbangun karena nyeri, klien tampak mengantuk, klien tidur hanya 4-5 jam per hari
5. Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan d.d klien mengatakan lemah, klien mengatakan aktivitas dibantu keluarga, aktivitas klien tampak di bantu keluarganya.

Tiga diagnosa prioritas

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi) d.d Klien mengeluh nyeri pada luka operasi (di anus), nyeri seperti di tusuk- tusuk,nyeri bertambah saat klien duduk. tampak meringis, tampak gelisah, Skala nyeri 7 Klien tidak menghabiskan makanan yang diberikan, Nadi 86 x/ menit.
2. *Konstipasi* b.d kurang asupan serat d.d Klien mengatakan belum pernah BAB, klien mengatakan takut saat akan buang air besar, klien mengatakan fesesnya keras, klien mengatakan kurang konsumsi serat, Klien tampak lemah, Bising usus klien 3 x/ menit.
3. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif d.d klien mengeluh tidak nyaman, tampak luka operasi klien kemerahan.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

Rencana Keperawatan Terhadap Tn.M Dengan Diagnosa Medis *Post Operasi Hemoroid*
di Ruang Bedah RSD.Mayjend.HM.Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal (14-17 April 2019)

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	2	3	4
1	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (perosedur operasi)	Tingkat nyeri (L.O866) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam, masalah dapat teratasi dengan criteria hasil ; 1. Keluhan nyeri (5) 2. Meringis (5) 3. Gelisah (5) 4. Kesulitan tidur (5) 5. Nafsu makan (5)	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. identifikasi respon nyeri non verbal 4. identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. berikan tehnik non farmakologis untuk

			mengurangi nyeri (mis, terapi music, terapi pijat, kompres hangat) <i>Edukasi</i> 1. ajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri <i>Kolaborasi</i> 1. kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu Pemberian Analgesik (I.08243) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi riwayat alergi obat 2. Monitor efektifitas analgesic <i>Terapeutik :</i>
--	--	--	---

			1. Dokumentasikan respon terhadap analgesic Edukasi : 1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian dosis dan analgesik, sesuai indikasi
2	Konstipasi b.d kurang asupan serat	Eliminasi fekal (L.04033) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, masalah dapat teratasi dengan criteria hasil; 1. keluhan defekasi lama dan sulit (5) 2. mencejan saat defekasi (5) 3. kram abdomen (5) 4. peristaltic usus (5) 5. konsistensi feses (5)	Manajemen eliminasi fekal (I.04151) Observasi 1. identifikasi masalah usus 2. monitor buang air besar(mis, warna, frekuensi, konsistensi) Teraupetik 1. berikan air hangat setelah makan

		6. frekuensi defekasi (5)	2. sediakan makanan tinggi serat <i>Edukasi</i> 1. anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi 2. anjurkan mengkonsumsi makan yang tinggi serat <i>Kolaborasi</i> 1. kolaborasi pemberian supositoria anal, jika perlu Manajemen Konstipasi (I.04155) <i>Observasi:</i> 1. identifikasi faktor risiko konstipasi
--	--	---------------------------	--

			<i>Teraupetik:</i> 1. Anjurkan diet tinggi serat <i>Edukasi:</i> 1. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi <i>Kolaborasi:</i> 1. konsultasi dengan tim medis tentang penurunan atau peningkatan frekuensi suara usus
3	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif	Tingkat infeksi (L.14137) setelah dilakukan asyhan keperawatan selama 3 x 24 jam, masalah dapat teratasi dengan criteria hasil ; 1. kebersihan tangan (5) 2. kebersihan badan (5)	Pencegahan infeksi (I.14539) <i>Observasi</i> 1. monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

		3. bebas dari tanda dan gejala infeksi (5) 4. keadaan luka (5)	<i>Teraupetik</i> 1. batasi jumlah pengunjung 2. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <i>Edukasi</i> 1. jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. anjurkan meningkat asupan nutrisi 4. anjurkan meningkatkan asupan cairan <i>Kolaborasi</i> 1. kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	--	--

			Perawatan Luka (I.06202) Observasi: 1. monitor tanda-tanda infeksi Teraupetik: 1. lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. pasang balutan sesuai jenis luka 4. pertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka Edukasi: 1. jelaskan tanda dan gejala luka infeksi 2. anjurkan konsumsi makanan tinggi serat Kolaborasi: 3. 1. kolaborasi pemberian antibiotic,
--	--	--	--

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6

Catatan perkembangan terhadap Tn.M dengan diagnose medis *Post Operasi Hemoroid*
di Ruang Bedah RSD.Mayjend. HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal / jam: 15 April 2019 / 15.00WIB	Tanggal / jam: 15 April 2019 / 20.00 WIB
	Manajemen Nyeri (I.08238) Pukul : 16.00 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Mengajarkan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri : tarik nafas dalam	S : 1. klien mengatakan masih terasa nyeri a. mengeluh nyeri dibagian anus b. nyeri seperti ditusuk-tusuk c. faktor yang memperberat nyeri saat klien duduk O : 1. klien tampak meringis a. skala nyeri 7

1	2	3
	Pukul: 18.00 WIB 5. kolaborasi pemberian analgesic (Ketorolak 1 amp) Pemberian Analgesik (I.08243) Pukul: 17.40 WIB 1. Mengidentifikasi riwayat alergi obat 2. Mendokumentasikan respon terhadap analgesik 3. Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat	2. klien masih gelisah 3. frekuensi nadi : 86x /menit A : Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri (I. 08238) Pemberian Analgesik (I.08243) Mela Yuliza

1	2	3
1	Tanggal / jam: 15 April 2019 / 15.30WIB	Tanggal / jam: 15 April 2019 / 19.30WIB
	Manajemen eliminasi fekal (I.04151) 1. Mengidentifikasi bising usus 2. Memonitor buang air besar 3. Memberikan air hangat setelah makan 4. Menyediakan makanan tinggi serat : sayuran sawi dan buah pisang Manajemen Konstipasi (I.04155) 1. mengidentifikasi faktor risiko konstipasi 2. menganjurkan diet tinggi serat 3. menganjurkan peningkatan asupan cairan , jika tidak ada kontraindik	S: 1. Klien mengatakan susah BAB 2. Klien takut saat akan BAB 3. klien mengatakan fesesnya keras 4. klien mengatakan kurang mengkonsumsi makanan yang mengandung serat O: 1. Klien tampak lemah 2. Bising usus 3x/menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Manajemen eliminasi fekal (I.04151) Manajemen Konstipasi (I.04155)

1	2	3
	4. mengkonsultasikan dengan tim medis tentang penurunan atau peningkatan frekuensi suara usus	 Mela Yuliza
2	Tanggal / jam: 15 April 2019 / 16.15 WIB	Tanggal / jam: 15 April 2019 / 17.00 WIB
	Pencegahan infeksi (I.14539) 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Mengajukan batasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Perawatan Luka (I.06202) 1. melepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. membersihkan dengan cairan NaCl atau	S: 1. klien mengatakan tidak nyaman O: 1. Tampak luka post operasi pada anus klien sedikit kemerahan 2. Pengunjung tampak ramai 3. Suhu : 37,5°C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Pencegahan infeksi (I.14539)

1	2	3
	pembersih nontoksik, sesuai kebutu 3. memasang balutan sesuai jenis luka 4. mempertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka 5. menjelaskan tanda dan gejala luka infeksi 6. menganjurkan konsumsi makanan tinggi serat 7. kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	Perawatan Luka (I.06202)  Mela Yuliza

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal / jam: 16 April 2019 / 08.30WIB	Tanggal / jam: 16 April 2019 / 13.30 WIB
	Manajemen Nyeri (I.08238) Pukul : 09.00 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) 6. Pukul : 12.00 WIB 7. kolaborasi pemberian analgesik (ketorolak 1 amp)	S : 1. Klien mengatakan masih terasa nyeri a. Mengeluh nyeri di bagian luka operasi (anus) b. Nyeri seperti ditusuk- tusuk c. Yang memperberat nyeri saat klien ingin ke kamar mandi O : 1. Klien masih tampak meringis a. Skala 5 2. Klien tampak sedikit tenang 3. Frekuensi nadi 80 x /menit A : masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi

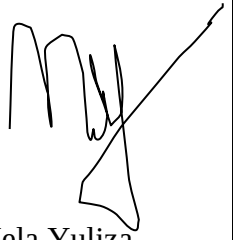
1	2	3
	Pemberian Analgesik (I.08243) Pukul : 11.40 WIB 1. Mengidentifikasi riwayat alergi obat 2. Mendokumentasikan respon terhadap analgesik 3. Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat	Manajemen Nyeri (I.08238) Pemberian Analgesik (I.08243)  Mela yuliza
2	Tanggal / jam: 17 April 2019 / 10.00WIB	Tanggal / jam: 17 April 2019 / 13.00WIB
	Manajemen eliminasi fekal (I.04151) Pukul : 10.10 WIB 1. Mengidentifikasi bising usus 2. Memonitor buang air besar Pukul : 11.30 WIB 3. Memberikan air hangat setelah makan	S : 1. Klien mengatakan sudah BAB sedikit 2. Klien mengatakan fesesnya masih keras 3. klien mengatakan sudah mengkonsumsi makanan yang mengandung serat O : 1. Klien masih tampak lemah 2. Bising usus : 6 x /menit

1	2	3
	4. Menyediakan makanan tinggi serat Manajemen Konstipasi (I.04155) 1. mengidentifikasi faktor risiko konstipasi 2. menganjurkan diet tinggi serat 3. menganjurkan peningkatan asupan cairan , jika tidak ada kontraindikasi 4. 4.mengkonsultasikan dengan tim medis tentang penurunan atau peningkatan frekuensi suara usus	3. klien tampak makan buah dan sayuran A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi Manajemen eliminasi fekal (I.04151) Manajemen Konstipasi (I.04155)  Mela Yuliza
3	Tanggal / jam: 17 April 2019 / 09.00WIB	Tanggal / jam: 17 April 2019 / 09.30WIB
	Pencegahan infeksi (I.14539) 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Menganjurkan batasi jumlah pengunjung	S: 1. Klien mengatakan masih tidak nyaman O: 1. tampak luka operasi klien membaik 2. pengunjung masih tampak ramai

1	2	3
	3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Perawatan Luka (I.06202) Pukul : 09.10 WIB 1. melepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. membersihkan dengan cairan NaCl atau 3. pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. memasang balutan sesuai jenis luka 5. mempertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka 6. menjelaskan tanda dan gejala luka infeksi 7. menganjurkan konsumsi makanan tinggi serat 8. kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	3. Suhu : 38,0° A: masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi Pencegahan infeksi (I.14539) Perawatan Luka (I.06202)  Mela Yuliza

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal / jam: 17 April 2019 / 08.00WIB	Tanggal / jam: 17 April 2019 / 13.30 WIB
	Manajemen Nyeri (I.08238) Pukul : 08.10 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi respons nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri 4. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) Pukul : 12.30 WIB 5. kolaborasi pemberian analgesic (Ketorolak 1 amp)	S : 1. klien mengatakan nyeri berkurang a. Nyeri di anus klien berkurang O : 1. klien tampak rileks a. skala nyeri 2 2. frekuensi Nadi 80 x/menit A : Masalah teratasi P: Hentikan Intervensi

1	2	3
	Pemberian Analgesik (I.08243) 1. Mengidentifikasi riwayat alergi obat 2. Mendokumentasikan respon terhadap analgesik 3. Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat	 Mela Yuliza
2	Tanggal / jam: 17 April 2019 / 10.00 WIB	Tanggal / jam: 17 April 2019 / 12.40 WIB
	Manajemen eliminasi fekal (I.04151) 1. Mengidentifikasi bising usus 2. Memonitor buang air besar Pukul : 12.30 3. Memberikan air hangat setelah makan Manajemen Konstipasi (I.04155) 1. mengidentifikasi faktor risiko konstipasi 2. menganjurkan diet tinggi serat	S : 1. klien mengatakan sudah BAB sedikit 2. klien mengatakan fesesnya sudah mulai lunak, berwarna kuning kecoklatan O: 1. bising usus klien normal 2. klien masih tampak makan buah –buahan (pisang, pir) A : Masalah Teratasi sebagian P: Hentikan Intervensi

1	2	3
	ada kontraindikasi 4.mengkonsultasikan dengan tim medis tentang penurunan atau peningkatan frekuensi suara usus	 Mela Yuliza
3	Tanggal / jam: 17 April 2019 / 09.00WIB	Tanggal / jam: 17 April 2019 / 14.00WIB
	Pencegahan infeksi (I.14539) 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Menganjurkan batasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan	S: 1. Klien mengatakan sudah nyaman O: 1. tampak luka operasi klien sudah membaik 2. pengunjung tampak sedikit dan tertib A: Masalah teratasi P: Hentikan Intervensi

1	2	3
	Perawatan Luka (I.06202) Pukul : 09.15 WIB 1. melepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. membersihkan dengan cairan NaCl atau 3. pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4. memasang balutan sesuai jenis luka 5. mempertahankan tehnik steril saat melakukan perawatan luka 6. menjelaskan tanda dan gejala luka infeksi 7. menganjurkan konsumsi makanan tinggi serat 8. kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	 Mela Yuliza