

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian data demografi

1. Identifikasi

Klien inisial Ny. S umur 49 tahun masuk RSD Mayjend HM Ryacudu dikirim oleh Instalasi Gawat Darurat (IGD) pada tanggal 30 September 2019 di Ruang Bedah dengan nomor rekam medis 24-23-11, status perkawinan klien menikah, klien berjenis kelamin perempuan, alamat rumah klien di Subik, agama klien Islam, pendidikan terakhir klien SD, pekerjaan klien petani, suku klien Jawa, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, sumber biaya BPJS pada saat pengkajian dilakukan tanggal 01 Oktober 2019 pukul 14:00 WIB dengan diagnosa medis Hemoroid Interna grade IV. Yang bertanggung jawab atas klien adalah Ny. Y umur 37 tahun, hubungan dengan klien sebagai keponakan, pekerjaan petani, pendidikan terakhir SD, alamat rumah di Pekurun Barat.

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Masuk Rumah Sakit

Klien datang ke IGD RSD Mayjend HM Ryacudu pada tanggal 30 September 2019 pukul 11.00 WIB, diantar oleh

keluarganya dengan keluhan terdapat benjolan di anus dan tidak dapat dimasukkan sejak 2 bulan yang lalu. Klien direncanakan operasi pada tanggal 01 Oktober 2019. Saat pemeriksaan di Ruang Bedah didapatkan hasil TD: 130/80 mmHg, Nadi: 75x/menit, RR: 22x/menit, Suhu tubuh 36,5°C.

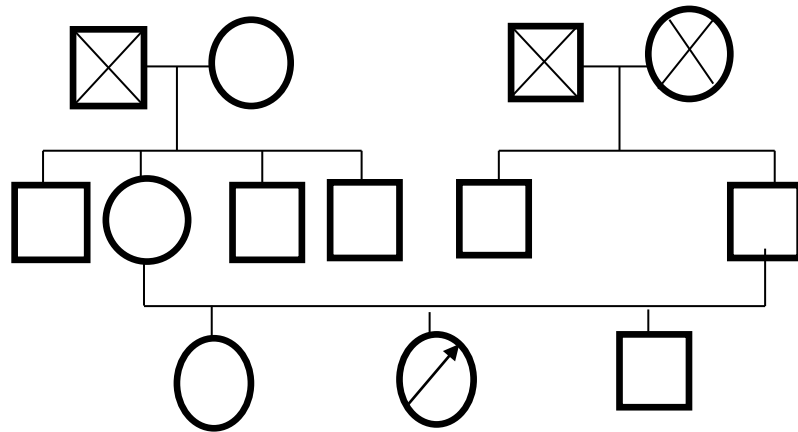
b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

Keluhan utama yang dirasakan klien mengatakan nyeri pada luka operasi di anus, nyeri timbul terus dirasakan setiap saat, nyeri terasa menyebar tak menentu di sepanjang tubuh seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri yaitu 7 (0-10). Keluhan penyerta klien mengeluh sulit tidur dan mengeluh mual saat makan.

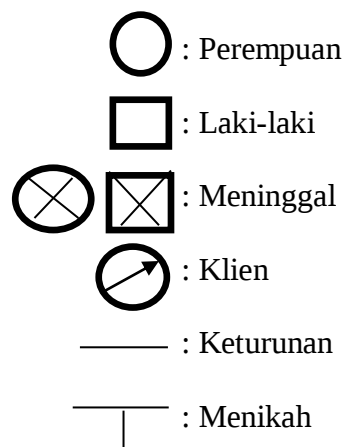
c. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi, tidak memiliki riwayat kecelakaan, klien sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit, klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kronis/berat. Klien mengatakan belum pernah melakukan pengobatan, klien mengatakan sebelumnya belum pernah melakukan operasi

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Bagan 3.1
Genogram

Keterangan :



3. Riwayat Psikososial-Spiritual

Klien mengatakan sumber stressnya berasal dari penyakit yang sedang di deritanya, dan kebiasaan menghadapi stress dengan beristirahat. Klien mengatakan merasa bersyukur karena selama sakit

masih banyak keluarga yang peduli pada dirinya. Klien tidak memiliki kepercayaan yang berpantang dengan pengobatan medis.

4. Lingkungan

Klien mengatakan lingkungan di sekitar rumahnya bersih dan tidak ada polusi baik dari pabrik maupun kendaraan, serta bebas dari bahaya. Klien mengatakan lingkungan pekerjaannya sebagai petani dan ibu rumah tangga dalam keadaan bersih, bebas polusi dan tidak mengancam jiwa.

5. Pola Kebiasaan Sehari-hari Sebelum dan Saat Sakit

a. Pola Nutrisi

Sebelum sakit klien mengatakan asupan makan baik, frekuensi makan 3x sehari, menghabiskan porsi makannya secara oral, nafsu makan baik dan tidak memiliki alergi makanan. Saat sakit klien mengatakan frekuensi makan 3x sehari, klien hanya menghabiskan 3-4 sendok dari porsi makan yang tersedia secara oral, klien mengeluh tidak nafsu makan karena mual.

b. Pola Cairan

Sebelum sakit klien mengatakan minum air putih secara oral dan menghabiskan 5-6 gelas perhari. Saat sakit asupan cairan klien minum air putih secara oral sebanyak 4-5 gelas, klien juga terpasang infus makro RL 20 tpm 1500cc/hari.

c. Pola Eliminasi

Sebelum sakit klien mengatakan buang air kecil sebanyak 4-5 kali sehari, warna urine kuning jernih, bau khas urine, tidak ada gangguan dalam buang air kecil. Saat sakit klien mengatakan buang air kecil sebanyak 3-4 kali sehari, warna urine kuning jernih, bau khas urine, klien dibantu keluarganya saat akan BAK.

Sebelum sakit klien mengatakan buang air besar sebanyak 1-2 kali sehari, dengan konsistensi keras, warna khas feses, bau khas feses. Saat sakit klien mengatakan merasa takut untuk buang air besar.

d. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit klien mengatakan mandi teratur 2 kali sehari pada waktu pagi dan sore hari, klien menggosok giginya 2 kali sehari dan mencuci rambutnya sebanyak 2 hari sekali. Saat sakit klien mengatakan sejak dirawat belum mandi, klien hanya mengelap badannya 2 kali sehari, klien belum menggosok giginya, klien juga belum mencuci rambutnya.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit klien mengatakan lama tidurnya 10 jam perhari. 2 jam tidur siang dan 8 jam tidur malam. Klien tidak mengonsumsi obat tidur. Saat sakit klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi nya. Klien tidur malam hanya 5 jam. Klien mengatakan sering terbangun saat malam hari karena nyeri, klien

mengeluh tidak puas tidur, klien tampak mengantuk dan terdapat kantung mata.

f. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit klien mengatakan tidak memiliki kesulitan dalam beraktivitas. Dalam melakukan aktivitas seperti mandi, mencuci rambut, menggosok gigi, BAB/BAK klien melakukan secara mandiri. Klien juga melakukan pekerjaan sebagai petani dan ibu rumah tangga seperti menyapu, memasak, dan mencuci. Klien mengatakan mencuci dengan berjongkok dalam waktu yang lama. Saat sakit klien tidak dapat beraktivitas secara mandiri karena nyeri pada bekas luka operasi, klien dibantu oleh keluarganya.

g. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien kurang memahami tentang penyakitnya, keluarga klien langsung membawa klien ke rumah sakit saat mengetahui klien sakit. Klien tidak merokok dan tidak mengonsumsi alkohol.

h. Pola Seksual Reproduksi

Klien mengatakan tidak ada gangguan reproduksi maupun seksual.

6. Pengkajian Fisik Umum

Berdasarkan hasil pemeriksaan diperoleh data kesadaran klien komposmentis, tekanan darah 130/80mmHg, denyut nadi 75x/menit lokasi pemeriksaan nadi radialis dengan irama teratur, frekuensi

pernapasan 22x/menit, suhu tubuh 36,5°C, tinggi badan 158 Cm dan berat badan 54 Kg.

7. Pemeriksaan Fisik Persistem

a. Sistem Penglihatan

Klien dapat melihat dengan jelas tanpa alat bantu melihat. Posisi mata klien terlihat simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, lapang pandang baik, reaksi pupil terhadap cahaya baik.

b. Sistem Pendengaran

Klien dapat mendengar dengan baik tanpa alat bantu mendengar. Posisi telinga klien tampak simetris, tidak ada tanda peradangan pada telinga.

c. Sistem Wicara

Klien dapat berbicara dengan baik tanpa alat bantu bicara dan tidak mengalami kesulitan saat berbicara.

d. Sistem Pernapasan

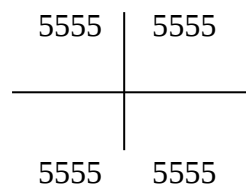
Jalan napas klien tampak baik tanpa menggunakan alat bantu napas. Klien tidak sesak, irama napas teratur, tidak ada suara napas tambahan, RR : 22x/menit.

e. Sistem Kardiovaskuler

Denyut nadi klien 75x/menit, irama teratur, kulit teraba hangat, pengisian kapiler (CRT) <3detik.

f. Sistem Neurologis

Kesadaran klien komplementis dengan GCS : E4V5M6. Klien tampak lemah, tidak ada penggunaan alat bantu, klien mampu melawan tahanan yang diberikan, klien tidak mengalami penurunan kemampuan otot.



g. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut klien tidak pucat, klien tidak memiliki gangguan menelan. Bising usus klien 15x/menit. Pemeriksaan pada daerah sekitar anus klien tampak kemerahan.

h. Sistem Imunologi

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening pada klien.

i. Sistem Endokrin

Napas klien tidak berbau keton, klien tidak mengalami pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan gula darah.

j. Sistem Urogenital

Klien tidak mengalami distensi pada kandung kemih, keadaan genital baik, klien tidak mengalami masalah BAK.

k. Sistem Integumen

Keadaan rambut klien tampak kotor dan tidak rapi, namun kuku klien tampak bersih, turgor kulit klien tampak baik, kulit klien tampak pucat, tidak ada tanda peradangan pada kulit klien.

1. Sistem Muskuloskeletal

Klien kesulitan bergerak karena nyeri pada bekas luka operasi di anus, aktivitas klien dibantu oleh keluarganya, keadaan tulang baik, tonus otot kuat tanpa perlu menggunakan otot bantu.

8. Pengobatan

Terapi yang diberikan pada Ny. S tertera pada tabel 3.1.

Tabel 3.1

Terapi Pengobatan pada Ny.S di Ruang Bedah Mayjend HM Ryacudu
Kotabumi Lampung Utara

01 Oktober 2019	02 Oktober 2019	03 Oktober 2019
Infus RL 20tpm 1500cc/24 jam	Infus RL 20tpm 1500cc/24 jam	Infus RL 20tpm 1500cc/24 jam
Ketorolac 30mg/8 jam intra vena	Ketorolac 30mg/ 8 jam intra vena	Ketorolac 30mg/ 8 jam intra vena
Ceftriaxone 1gr/12 jam intra vena	Ceftriaxone 1gr/12 jam intra vena	Ceftriaxone 1gr/12 jam intra vena

9. Hasil Laboratorium

Hasil laboratorium pada Ny.S terdapat pada tabel 3.2.

Tabel 3.2

Hasil laboratorium pada Ny.S tanggal 30 September 2019 di Ruang
Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Utara

No.	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1.	Gula Darah Sewaktu	100	100-200 mg/dL
2.	SGOT	15	5-40 U/l
3.	SGPT	11	5-41 U/l
4.	Kreatinin	0,6	L : 0,9-1,2 ; P : 0,6-1,1
5.	Ureum	17	15-39 mg/dL
6.	Hemoglobin	11,8 g/dL	11,0-16,0

10. Data Fokus

Hasil pengumpulan data dari pengkajian terdapat pada data fokus pada tabel 3.3.

Tabel 3.3

Hasil pengumpulan data pada Ny.S di Ruang Bedah RSD Mayjend
HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Data Subjektif	Data Objektif
a. Klien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi	a. Tekanan Darah : 130/70 mmHg
b. Klien mengeluh nyeri seperti tertusuk-tusuk	b. RR : 22x/ menit
c. Klien mengatakan nyeri timbul terus	c. Nadi : 65x/ menit
d. Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada luka operasi	d. Suhu : 36,5°C
e. mengatakan sering terbangun saat malam hari karena nyeri	e. Skala Nyeri : 7 (0-10)
	f. Klien tampak meringis
	g. Klien tampak kotor
	h. Klien tampak lemah
	i. Klien makan 3-4 sendok makan tiap porsinya

f. Klien mengatakan tidur malam hanya 5 jam g. Klien mengeluh tidak puas tidur h. Klien mengeluh mual i. Klien mengatakan takut untuk BAB j. Klien mengatakan feses nya padat k. Klien mengatakan sejak dirawat belum mandi l. Klien mengatakan hanya mengelap tubuhnya 2 kali sehari dibantu keluarga m. Klien mengatakan belum menggosok gigi n. Klien mengatakan belum mencuci rambutnya o. Klien mengatakan kurang paham mengenai penyakit nya	j. Klien tidak menghabiskan porsi makan nya k. Bising usus klien 15x/menit l. Wajah klien tampak pucat m. Tampak kemerahan di sekitar daerah luka operasi n. Klien tampak mengantuk o. Tampak kantung mata pada klien p. Klien tidak mampu beraktivitas secara mandiri karena nyeri q. Klien tampak kesulitan bergerak r. Klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri s. Klien mendapat infuse RL 20tpm 1500cc/24 jam t. Klien mendapat Ketorolac 30mg/8 jam intra vena u. Klien mendapat Ceftriaxone 1 gr/12 jam intra vena
---	---

11. Analisa Data

Analisa data dari data fokus tertera pada tabel 3.4.

Tabel 3.4

Analisa data hasil pengkajian pada Ny.S di Ruang Bedah RSD

Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	DS : 1. Klien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi 2. Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk 3. Klien mengatakan nyeri timbul terus DO :	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik

1	2	3	4
	1. Skala nyeri 7 (0-10) 2. Klien tampak meringis		
2.	DS : 1. Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada luka operasi 2. Klien mengatakan sering terbangun malam hari karena nyeri 3. Klien mengeluh tidak puas tidur 4. Klien mengatakan tidur malam hanya 5 jam DO : 1. Klien tampak mengantuk 2. Tampak kantung mata pada klien	Gangguan Pola Tidur	Kurangnya Kontrol Tidur
3.	DS : 1. Klien mengeluh mual DO : 1. Klien tidak menghabiskan porsi makannya 2. Klien makan 3-4 sendok makan	Nausea	Faktor Psikologis
4.	DS : 1. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi DO : 1. Tampak kemerahan sekitar daerah luka operasi 2. Klien mendapat Ceftriaxone 1gr/12 jam intra vena	Risiko Infeksi	Efek Prosedur Invasif
5.	DS: 1. Klien mengatakan sejak dirawat belum mandi	Defisit Perawatan Diri	Kelemahan

1	2	3	4
	2. Klien mengatakan hanya mengelap tubuhnya 2 kali sehari dibantu keluarganya 3. Klien mengatakan belum menggosok gigi 4. Klien mengatakan belum mencuci rambut DO: 1. Klien tidak mampu toileting secara mandiri 2. Klien tampak kotor 3. Klien tampak lemah		
6.	DS: 1. Klien mengatakan kurang paham mengenai penyakitnya 2. Klien mengatakan takut untuk BAB DO: 1. Klien tampak cemas	Defisit Pengetahuan	Kurang Terpapar Informasi

B. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data tersebut maka diagnosa keperawatan post op hemoroid pada Ny.S adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan klien mengatakan mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri timbul terus, skala nyeri 7 (0-10), klien tampak meringis.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan klien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada luka

operasi, klien mengatakan sering terbangun saat malam hari karena nyeri, klien mengatakan tidak puas tidur, klien mengatakan tidur malam hanya 5 jam, tampak mengantuk, terdapat kantung mata.

3. Nausea berhubungan dengan faktor psikologis ditandai dengan klien mengeluh mual, tidak menghabiskan porsi makannya, klien makan 3-4 sendok makan per porsi.
4. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengatakan sejak dirawat belum mandi, klien mengatakan hanya mengelap tubuhnya dua kali sehari dibantu keluarga, belum menggosok gigi, belum mencuci rambut, klien tidak mampu toileting secara mandiri, klien tampak kotor dan tampak lemah.
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan klien mengatakan kurang paham mengenai penyakit nya, klien takut untuk BAB, klien tampak pucat.

Prioritas Masalah

Prioritas masalah dari diagnosa berikut adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan klien mengatakan mengeluh nyeri pada bekas luka operasi,

nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri timbul terus, skala nyeri 7 (0-10), klien tampak meringis.

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan klien mengeluh sulit tidur karena nyeri pada luka operasi, klien mengatakan sering terbangun malam hari karena nyeri, klien tidak puas tidur, klien mengatakan hanya tidur malam hanya 5 jam, tampak mengantuk, terdapat kantung mata.
3. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada Ny.S dari 3 diagnosa prioritas utama tertera pada tabel 3.5.

Tabel 3.5

Rencana keperawatan pada Ny.S dengan kasus post op hemoroid di Ruang

Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Kontrol Nyeri Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri klien hilang dengan kriteria hasil: 1. Nyeri klien dapat berkurang 2. Klien mampu mengenali penyebab nyeri 3. Klien mampu menggunakan teknik	Manajemen Nyeri 1. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 2. Ajarkan teknik non-farmakologi 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Identifikasi respon nyeri non verbal 5. Kolaborasi pemberian analgesic

1	2	3	4
		pengurangan nyeri 4. Klien mampu melaporkan nyeri yang terkontrol	6. Pastikan perawatan analgesik bagi klien dilakukan dengan pemantauan yang ketat Pemberian Analgesik 1. Identifikasi karakteristik, kualitas, lokasi, frekuensi nyeri 2. Identifikasi riwayat adanya alergi obat 3. Jelaskan efek terapi obat 4. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur	Pola Tidur Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kebutuhan istirahat klien terpenuhi dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur klien menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Pola tidur klien tidak terganggu 5. Perasaan segar setelah tidur terpenuhi	Dukungan Tidur 1. Jelaskan pentingnya cukup tidur saat sakit 2. Modifikasi lingkungan klien (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, tempat tidur) 3. Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi sebelum tidur 4. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang dapat mengganggu tidur (mis: kopi) 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat untuk mendukung tidur klien Pengaturan Posisi 1. Atur posisi tidur yang disukai klien 2. Berikan bantal

1	2	3	4
			yang nyaman pada leher klien 3. Ubah posisi tidur setiap dua jam sekali
3.	Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	Tingkat Infeksi Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien tidak ada tanda gejala infeksi dengan kriteria hasil : 1. Tidak ada tanda infeksi (kemerahan, nyeri bengkak, panas) 2. Luka operasi membaik (tidak ada kemerahan, panas, bengkak) 3. Klien melaksanakan perilaku hidup sehat	Pencegahan Infeksi 1. Monitor adanya tanda dan gejala infeksi pada luka operasi 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 3. Pertahankan teknik aseptik pada klien 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 5. Anjurkan peningkatan asupan nutrisi dan cairan Perawatan Luka 1. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik 2. Periksa area sekitar anus setiap kali mengganti tampon kasa yang dimasukkan ke anus 3. Ajarkan klien dan keluarga cara perawatan luka mandiri 4. Ajarkan klien metode

1	2	3	4
			perawatan Sitz Bath (Merendam anus) 5. Kolaborasi pemberian antibiotic

D. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi dan evaluasi pada Ny.S adalah seperti pada tabel 3.6.

Tabel 3.6

Implementasi dan evaluasi pada Ny.S dengan kasus post op hemoroid di Ruang Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu

Tanggal	No. Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
01-09-2019	1	Pukul 14:00 WIB 1. Mengobservasi lokasi nyeri, frekuensi, skala nyeri 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan menganjurkan klien melakukan aktivitas yang memungkinkan nyeri dapat berkurang seperti : membaca, mengobrol, istirahat. 3. Mengukur tanda-tanda vital klien (TD, N, RR, S)	Pukul 14:15 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi 2. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 3. Klien mengatakan nyeri timbul terus baik saat beristirahat maupun beraktivitas O : 1. Hasil TTV TD : 130/70 mmHg RR : 22x/menit Nadi: 65x/menit S : 36,5°C Kesadaran klien : komposmentis

1	2	3	4
		Pukul 14:55 WIB 1. Mengajarkan klien teknik non-farmakologi yaitu teknik relaksasi napas dalam Pukul 16:00 WIB 1. Mengajarkan teknik distraksi dengan mengobrol untuk mengurangi nyeri selama 15 menit Pukul 18:00 WIB 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Mengukur skala nyeri Pukul 20:10 WIB 1. Mengajarkan klien melakukan teknik relaksasi napas dalam	GCS : E4V5M6 2. Skala nyeri klien 7 (0-10) Pukul 15:05 WIB O : 1. Klien masih tampak meringis 2. Klien mengatakan nyeri 7 (0-10) Pukul 16:15 WIB S : 1. Klien mengatakan masih terasa nyeri pada luka operasi Pukul 18:10 WIB O : 1. Hasil TTV TD : 130/80mmHg RR : 20x/menit Nadi : 68x/menit S : 37,0°C 2. Skala nyeri klien 7 (0-10) Pukul 20:15 WIB S : 1. Klien masih mengeluh nyeri pada luka operasi O : 1. Klien masih tampak meringis A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Pantau tanda-tanda vital, skala nyeri klien 2. Observasi teknik non-farmakologi

1	2	3	4
			yang telah diajarkan 3. Kolaborasi pemberian analgesik (ketorolac 30 mg/8jam) 4. Observasi pemberian analgesik pada klien dilakukan secara ketat 5. Jelaskan efek terapi obat  Tasya
01-09-2019	2	Pukul 14:00 WIB 1. Menjelaskan pentingnya cukup tidur 2. Mengatur lingkungan klien seperti pencahayaan, kebisingan, suhu ruangan Pukul 15:20 WIB 1. Menganjurkan klien menggunakan bantal yang nyaman di leher Pukul 16:30 WIB 1. Mengatur posisi tidur yang disukai klien Pukul 19:00 WIB 1. Menganjurkan keluarga untuk membantu klien	Pukul 14:15 WIB S : 1. Klien mengatakan suasana kamarnya terlalu bising untuk beristirahat O : 1. Klien tampak mengantuk 2. Tampak kantung mata pada klien Pukul 15:30 WIB O : 1. Klien tampak lebih rileks Pukul 16:40 WIB O : 1. Klien tampak nyaman dengan posisi istirahatnya Pukul 19:10 WIB O : 1. Klien mengubah posisi tubuhnya

1	2	3	4
		mengubah posisi setiap dua jam Pukul 21:00 WIB 1. Menganjurkan klien untuk teknik relaksasi sebelum tidur 2. Memonitori makanan dan minuman yang dikonsumsi klien mis : kopi sebelum tidur yang dapat mengganggu istirahat	menyamping Pukul 21:10 WIB S : 1. Klien masih mengeluh nyeri pada luka operasi 2. Klien tidak mengonsumsi apapun sebelum tidur O : 1. Klien bersiap untuk beristirahat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Anjurkan keluarga klien mengatur lingkungan klien (mis : pencahayaan, kebisingan, suhu) 2. Anjurkan klien melakukan teknik relaksasi sebelum tidur 3. Monitor makanan minuman yang dapat mengganggu istirahat klien (mis : kopi) 4. Monitor klien mengubah posisi setiap dua jam  Tasya
01-09-2019	3	Pukul 14:10 WIB 1. Mengobservasi tanda dan gejala	Pukul 14:20 WIB S : 1. Klien mengeluh

1	2	3	4
		2. infeksi pada luka operasi 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan Pukul 15:00 WIB 1. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi Pukul 16:30 WIB 1. Mengukur skala nyeri klien 2. Mengajarkan metode Sitz Bath (merendam anus dengan air hangat di ember atau waskom) serta perawatan daerah anus dengan kain lap hangat 3. Menganjurkan klien istirahat dengan cukup Pukul 18:10 WIB 1. Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gr intra vena Pukul 21:00 WIB 1. Menganjurkan klien untuk	nyeri O : 1. Tampak luka operasi klien di anus 2. Tampak kemerahan pada area sekitar luka operasi Pukul 15:05 WIB S : 1. Klien mengeluh mual O : 1. Klien hanya makan 3-4 sendok makan 2. Klien tidak menghabiskan porsi makannya Pukul 16:40 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi O : 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri klien 7 (0-10) Pukul 18:15 WIB O : 1. Klien selesai diberikan injeksi Ceftriaxone 1 gr intra vena Pukul 21:15 WIB 1. Klien tampak beristirahat

1	2	3	4
		istirahat tidur	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Observasi tanda dan gejala adanya infeksi pada luka operasi 2. Pertahankan teknik aseptik pada saat perawatan luka klien 3. Anjurkan klien dalam peningkatan nutrisi 4. Lakukan perawatan luka pada luka klien 5. Kolaborasi pemberian ceftriaxone 1 gr/12 jam intra vena  Tasya
02-09-2019	1	Pukul 06:00 WIB 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Mengukur skala nyeri 3. Memberikan injeksi ketorolac 30 mg/intra vena	Pukul 06:50 WIB S : 1. Klien masih mengeluh nyeri pada luka operasi O : 1. Skala nyeri klien 6 (0-10) 2. Klien masih tampak meringis 3. Hasil TTV TD : 130/80mmHg RR : 21x/menit Nadi: 68x/menit S : 36,6°C

1	2	3	4
		Pukul 08:50 WIB 1. Mengobservasi teknik non-farmakologi napas dalam dan distraksi yang telah diajarkan	Pukul 09:00 WIB O : 1. Klien sudah mampu melakukan teknik non-farmakologi napas dalam dengan baik 2. Klien melakukan teknik distraksi dengan cara mengobrol dengan keluarganya
		Pukul 10:30 WIB 1. Menganjurkan teknik non-farmakologi napas dalam yang telah diajarkan	Pukul 10:40 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan mulai berkurang O : 1. Skala nyeri klien 6 (0-10)
		Pukul 13:00 WIB 1. Memberikan injeksi ketorolac 30 mg/intra vena	Pukul 13:10 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah injeksi
		Pukul 14:00 WIB 1. Menganjurkan klien istirahat untuk mengurangi nyeri	Pukul 14:15 WIB O : 1. Klien tampak beristirahat siang
		Pukul 16:00 WIB 1. Mengobservasi reaksi non verbal klien 2. Menganjurkan teknik distraksi untuk mengalihkan nyeri yaitu mengobrol	Pukul 16:20 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri timbul terus O : 2. Klien masih tampak meringis 3. Klien tampak mengobrol dengan

1	2	3	4
		selama 20 menit	pengunjung
		Pukul 18:10 WIB 1. Memberikan injeksi ketorolac 30 mg intra vena 2. Mengukur tanda-tanda vital klien	Pukul 18:20 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri berkurang setelah pemberian injeksi O : 1. Hasil TTV TD : 120/90mmHg RR : 20x/menit Nadi : 65x/menit S : 36,7°C
		Pukul 19:45 WIB 1. Mengukur skala nyeri klien	Pukul 19:50 WIB O : 1. Skala nyeri klien 5 (0-10)
		Pukul 21:00 WIB 1. Menganjurkan klien istirahat untuk mengurangi nyeri	Pukul 21:05 WIB O : 1. Klien tampak bersiap untuk beristirahat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Pantau tanda-tanda vital, skala nyeri 2. Anjurkan klien untuk mengulang teknik non-farmakologi napas dalam yang telah diajarkan 3. Kolaborasi pemberian ketorolac 30 mg/ 8 jam 4. Observasi reaksi non verbal klien 5. Anjurkan klien istirahat untuk

1	2	3	4
			mengurangi nyeri  Tasya
02-09-2019	2	Pukul 06:30 WIB 1. Mengobservasi istirahat tidur klien Pukul 10:30 WIB 1. Mengatur posisi tidur yang disukai klien 2. Menganjurkan keluarga klien mengatur lingkungan klien dengan mengurangi jumlah pengunjung Pukul 14:05 WIB 1. Memberikan bantal di leher yang nyaman di leher klien Pukul 19:00 WIB 1. Menganjurkan keluarga klien untuk membantu klien mengubah posisi tidur setiap dua jam	Pukul 06:35 WIB S : 1. Klien mengatakan masih mengeluh sering terbangun di malam hari 2. Klien masih mengatakan sulit tidur karena nyeri timbul terus O : 1. Klien tampak mengantuk 2. Klien tampak lelah Pukul 10:40 WIB O : 1. Klien tampak nyaman dengan posisi tidurnya Pukul 14:10 WIB O : 1. Klien tampak nyaman Pukul 19:05 WIB O : 1. Klien mengubah posisinya sesuai anjuran

1	2	3	4
		Pukul 21:00 WIB 1. Mengajarkan klien teknik relaksasi sebelum tidur 2. Memonitor makanan minuman yang dikonsumsi klien seperti : kopi sebelum tidur yang dapat mengganggu istirahat tidur	Pukul 21:10 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri nya mulai berkurang 2. Klien mengatakan tidak mengonsumsi makanan minuman sebelum tidur O : 1. Klien tampak lebih rileks 2. Klien bersiap untuk istirahat A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Anjurkan keluarga klien mengatur lingkungan klien (mis : pecahayaan, kebisingan, suhu) 2. Anjurkan klien melakukan teknik relaksasi sebelum tidur 3. Monitor makanan minuman yang dapat mengganggu istirahat klien (mis : kopi) 4. Monitor klien mengubah posisi setiap dua jam  Tasya

1	2	3	4
02-09-2019	3	Pukul 06:00 WIB 1. Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gr intra vena Pukul 08:50 WIB 1. Melakukan perawatan luka dengan teknik balutan steril 2. Menganjurkan klien melakukan perawatan perianal dengan metode Sitz Bath Pukul 10:30 WIB 1. Mengobservasi tanda dan gejala infeksi pada sekitar luka 2. Mengukur skala nyeri klien Pukul 14:00 WIB 1. Menganjurkan klien untuk beristirahat Pukul 18:00 WIB 1. Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gr intra vena 2. Menganjurkan makan sedikit tapi sering 3. Melakukan perawatan luka	Pukul 06:10 WIB O : 1. Klien selesai diberikan injeksi ceftriaxone 1 gr intra vena Pukul 09:00 WIB S : 1. Klien masih mengeluh nyeri O: 1. Tidak tampak tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas pada area sekitar anus 2. Klien tampak nyaman saat merendam anus 3. Klien masih tampak meringis Pukul 10:40 WIB O: 1. Tidak ada tanda dan gejala kemerahan di sekitar area anus 2. Skala nyeri klien 6 (0-10) Pukul 14:10 WIB O : 1. Klien tampak beristirahat Pukul 18:10 WIB S : 1. Klien mengatakan masih nyeri O : 1. Klien selesai diberikan injeksi ceftriaxone 1 gr intra vena 2. Tidak ada tanda

1	2	3	4
		dengan mengganti balutan secara steril Pukul 21:00 WIB 1. Mengobservasi kondisi sekitar luka 2. Menganjurkan klien istirahat tidur	dan gejala kemerahan di sekitar area anus 3. Klien tampak menghabiskan setengah porsi makannya Pukul 21:10 WIB O : 1. Tidak tampak tanda gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas pada area sekitar luka 2. Klien bersiap beristirahat tidur A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Observasi tanda dan gejala adanya infeksi pada area anus 2. Pertahankan teknik aseptik pada saat perawatan luka klien 3. Lakukan perawatan luka pada luka klien 4. Kolaborasi pemberian ceftriaxone 1 gr/12 jam intra vena  Tasya
03-09-2019	1	Pukul 06:00 WIB 1. Mengukur tanda-tanda vital	Pukul 07:00 WIB S: 1. Klien mengatakan

1	2	3	4
		2. Memberikan injeksi ketorolac 30 mg intra vena Pukul 10:00 WIB 1. Mengukur skala nyeri 2. Mengajarkan teknik napas dalam yang telah diajarkan Pukul 13:00 WIB 1. Memberikan injeksi ketorolac 30 mg/ intra vena 2. Mengukur tanda-tanda vital Pukul 16:00 WIB 1. Mengukur skala nyeri 2. Mengobservasi reaksi verbal klien Pukul 18:10 WIB 1. Memberikan injeksi ketorolac	nyeri pada luka operasi mulai berkurang 2. Klien mengatakan nyeri hilang timbul O: 1. Klien tampak masih meringis 2. Hasil TTV TD : 130/80mmHg RR : 22x/menit Nadi : 70x/menit S: 37,0° C Pukul 10:05 WIB O: 1. Skala nyeri 4 (0-10) Pukul 13:15 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri berkurang O : 1. Hasil TTV TD : 130/90mmHg RR : 22x/menit Nadi : 70x/menit S : 36,2° C Pukul 16:10 WIB O : 1. Klien mulai tampak tidak meringis 2. Klien tampak rileks 3. Skala nyeri 4 (0-10)

1	2	3	4
		30 mg intra vena 2. Mengukur tanda-tanda vital Pukul 21:10 WIB 1. Mengukur skala nyeri 2. Menganjurkan klien istirahat untuk mengurangi nyeri	Pukul 21:20 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang O : 1. Klien beristirahat tidur 2. Skala nyeri klien 4 (0-10) 3. Hasil TTV TD : 130/90mmHg RR : 22x/menit Nadi : 68x/menit S : 36,4°C A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Pantau tanda-tanda vital, skala nyeri 2. Kolaborasi pemberian ketorolac 30 mg/ 8 jam  Tasya
03-09-2019	2	Pukul 07:30 WIB 1. Mengobservasi istirahat tidur klien 2. Menganjurkan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang, bersih	Pukul 08:00 WIB S : 1. Klien mengatakan mulai tidur dengan nyenyak 2. Klien mengatakan tidak terbangun saat tidur semalam 3. Klien mengatakan

1	2	3	4
			4. bangun pukul setengah 5 pagi O: 1. Klien tidak tampak mengantuk 2. Klien tampak segar
		Pukul 09:00 WIB 1. Menganjurkan klien mengubah posisi setiap dua jam	Pukul 09:05 WIB O : 1. Klien tampak mengubah posisi tidurnya menyamping
		Pukul 10:00 WIB 1. Menganjurkan klien untuk mengulangi teknik relaksasi	Pukul 10:10 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi mulai berkurang O : 1. Klien tampak lebih rileks
		Pukul 11:00 WIB 1. Menganjurkan klien mengubah posisi tidurnya	Pukul 11:05 WIB O : 1. Klien tampak mengubah posisi tidur
		Pukul 13:00 WIB 1. Menganjurkan klien mengubah posisi tidurnya	Pukul 13:05 WIB O : Klien mengubah posisi tidurnya
		Pukul 14:00 WIB 1. Mengatur lingkungan klien tenang dan bersih 2. Menganjurkan klien untuk beristirahat 3. Menganjurkan klien mengulangi teknik relaksasi	Pukul 14:10 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri berkurang O : 1. Klien tampak rileks 2. Klien tampak bersiap beristirahat

1	2	3	4
			A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Anjurkan keluarga klien mengatur lingkungan klien (mis : pecahaya, kebisingan, suhu) 2. Anjurkan klien melakukan teknik relaksasi sebelum tidur 3. Monitor makanan minuman yang dapat mengganggu istirahat klien (mis : kopi) 4. Monitor klien mengubah posisi setiap dua jam  Tasya
03-09-2019	3	Pukul 06:00 WIB 1. Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gr intra vena Pukul 08:00 WIB 1. Melakukan perawatan luka dengan mengganti balutan secara steril 2. Menganjurkan klien melakukan metode Sitz Bath dengan merendam anus di	Pukul 06:05 WIB O : 1. Klien selesai diberikan injeksi ceftriaxone 1 gr intra vena Pukul 08:30 WIB O : 1. Tidak ada tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas pada area sekitar anus 2. Klien tampak nyaman

1	2	3	4
		waskom atau ember berisi air hangat Pukul 10:30 WIB 1. Mengobservasi adanya tanda dan gejala infeksi pada area sekitar anus 2. Mengajarkan klien untuk memeriksa kondisi luka operasi 3. Mengukur skala nyeri Pukul 13:00 WIB 1. Menganjurkan klien untuk banyak istirahat Pukul 18:00 WIB 1. Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gr intra vena 2. Melakukan perawatan luka dengan ganti balutan secara steril Pukul 21:00 WIB 1. Mengobservasi adanya kemerahan pada luka operasi 2. Menganjurkan klien untuk istirahat tidur	Pukul 10:40 WIB S : 1. Klien mengatakan mengerti cara memeriksa kondisi sekitar anus O : 1. Tidak ada tanda dan gejala kemerahan pada area luka 2. Skala nyeri 4 (0-10) Pukul 13:05 WIB O : 1. Klien tampak beristirahat Pukul 18:10 WIB O : 1. Klien selesai diberikan injeksi ceftriaxone 1 gr intra vena 2. Tidak tampak tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak pada area anus Pukul 21:05 WIB S : 1. Klien mengatakan nyeri berkurang O : 1. Klien masih tampak meringis 2. Tidak ada tanda gejala kemerahan, bengkak pada area sekitar luka operasi

1	2	3	4
			3. Klien bersiap beristirahat A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Lakukan perawatan luka dengan balutan steril 2. Monitor tanda dan gejala infeksi  Tasya