

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identifikasi

Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 April 2019 pukul 09:00 WIB. Nama klien Ny. N dengan Nomor Rekam Medis 23.72.92, dirawat di Ruang Bedah RSD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara, Ny. N berumur 36 tahun, beralamat Desa Baru Raharja RT 001 RW 003, Kecamatan Sungkai Barat, Lampung Utara. Ny. N berjenis kelamin perempuan, status perkawinan menikah, Ny. N menganut agama Islam, pendidikan terakhir adalah Sekolah Menengah Atas (SMA), dan bekerja sebagai Ibu rumah tangga (IRT), dirawat dengan diagnosa medis *Post Operasi herniorafi*

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk rumah sakit :

Pada tanggal 26 April 2019 pukul 15:35 WIB klien datang dengan keluarganya ke Rumah Sakit Daerah Mayjend HM Ryacudu dengan keluhan ada benjolan didekat selangkangan sebelah kiri ±3 tahun yang lalu mengeluh mual dan muntah serta sakit kepala, keluhan ini sudah dirasakan sejak 3 hari yang lalu, hasil pemeriksaan mendapatkan hasil TD: 120/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, pernafasan:

24x/menit, suhu: 37,0 °C. Klien dipindahkan ke ruang perawatan bedah.

- b. Riwayat kesehatan pada saat pengkajian/ riwayat penyakit sekarang :
(PQRST)

- 1) Keluhan utama saat pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 30 April 2019 pukul 09.00 WIB. Klien *Post* operasi *herniorafi* hari pertama, klien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi, klien tampak meringis menahan nyeri, nyeri bertambah ketika klien bergerak dan nyeri berkurang saat klien beristirahat, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyerinya 7 (0-10), nyeri yang dirasakan \pm 2-5 menit dan hilang timbul, klien tampak bersifat protektif (waspada menghindari nyeri pada bagian luka operasi), klien juga tampak gelisah.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapat: Tekanan Darah (TD): 120/70 mmHg, Nadi (N): 86x/menit, *Respiration Rate* (RR): 24x/menit, Temperatur (T): 36,5 °C.

- 2) Keluhan penyerta

Klien mengatakan sulit tidur.

- c. Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan bahwa ia tidak memiliki alergi pada makanan atau minuman apapun, klien mengatakan tidak memiliki riwayat kecelakaan, klien juga mengatakan tidak pernah menjalani perawatan di rumah sakit sebelumnya, klien mengatakan pernah memiliki asam

urat dan *gastritis* (maag), klien pernah mengkonsumsi obat-obatan untuk *gastritisnya* seperti obat omeprazole, dan sebelumnya klien juga mengatakan belum pernah di operasi.

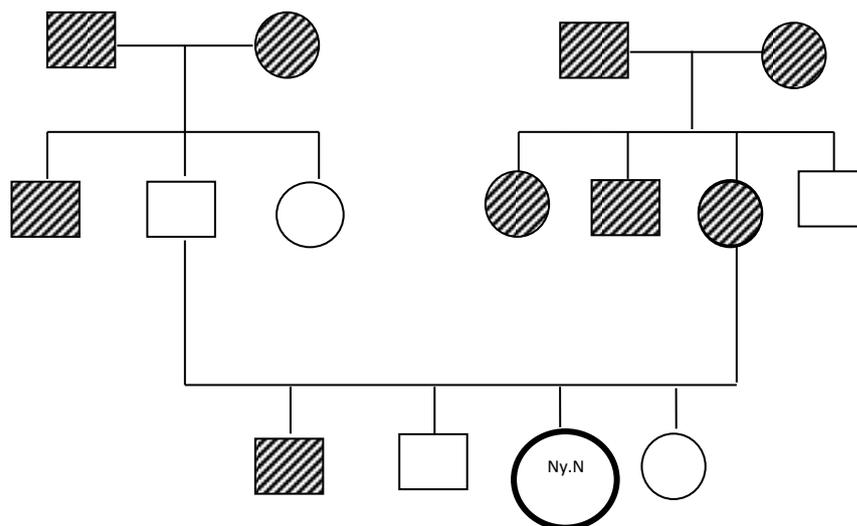
d. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan tidak ada dikeluarganya yang pernah mengalami sakit yang sama seperti yang dialami klien.

e. Genogram pada keluarga Ny.N dapat dilihat pada gambar :

Bagan 3.1

Genogram keluarga Ny.N



Keterangan:

- : Keluarga laki-laki klien yang masih hidup
- : Keluarga perempuan klien yang masih hidup
- (thick border) : Pasien 36 tahun
- (hatched) : Keluarga laki-laki klien yang sudah meninggal
- (hatched) : Keluarga perempuan klien yang sudah meninggal

f. Riwayat psikososial-spiritual

Klien merasa sedih dengan penyakit yang dideritanya, namun dengan dukungan dari keluarganya serta lingkungannya klien bisa menghadapi stresnya, klien biasanya mengobrolkan masalah yang dideritanya kepada suaminya begitu juga sebaliknya, keluarga klien membantu kegiatan/aktivitas yang tidak dapat klien kerjakan sendiri, dan klien mengatakan percaya akan agama yang dianutnya, sehingga klien percaya bahwa ia akan segera sembuh kembali dan dapat beraktifitas seperti biasanya.

g. Lingkungan

1) Rumah

Kondisi rumah saat pengkajian klien mengatakan lingkungan sekitar rumahnya bersih dan terawat setiap pagi dan sore hari rumahnya selalu dibersihkan, rumah klien tidak ada polusi (pabrik dan kendaraan) karena klien tinggal di desa dan bebas dari bahaya.

2) Pekerjaan

Klien mengatakan pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga terjaga kebersihannya dan bebas dari polusi (asap rokok dan kendaraan) dan tidak mengancam jiwanya.

h. Pola nutrisi & cairan

1) Pola nutrisi

a) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit klien makan lewat oral 3x sehari dengan porsi sedang 1½ centong nasi dan klien

mengatakan memiliki pantangan tidak dapat memakan sayuran daun singkong

b) Saat sakit

Saat sakit klien mengatakan nafsu makannya menurun dengan frekuensi makan 3x sehari, klien makan-makanan yang diberikan oleh pihak instalasi gizi rumah sakit tetapi hanya makan ½ porsi diitnya adalah diit TKTP (Tinggi Kalori dan Tinggi Protein) makanannya adalah: Nasi, ayam, dan sayur-sayuran.

2) Pola cairan

a) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit klien dapat mengkonsumsi air mineral sebanyak 7-8 gelas per hari dengan frekuensi 1.920 ml/gelas aqua,

b) Saat sakit

Klien mengatakan hanya mengkonsumsi air mineral 3-4 gelas sehari dengan frekuensi 960 ml/gelas aqua dan mendapatkan cairan infus triofusin sebanyak 1.500 cc per hari =3 kolf 20 tetes per menit (makro).

i. Pola eliminasi

1) Pola buang air kecil (BAK)

a) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit BAK sebanyak 5 x sehari dengan warna urine kuning, bau khas urin, klien melakukan secara mandiri tanpa bantuan keluarga.

b) Saat sakit

Klien mengatakan BAK sebanyak 3 x sehari dan tidak menentu, warna urin kuning, bau khas, klien melakukan dengan dibantu oleh keluarga

2) Pola buang air besar (BAB)

a) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit BAB klien sebanyak 2x sehari yaitu pagi dan sore hari dengan bau dan warna yang khas yaitu kuning kecoklatan.

b) Saat sakit

Klien mengatakan sudah 3 hari belum BAB

3) Pola *personal hygiene*

a) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sebelum sakit mandi 2 x sehari pagi dan sore, menggosok gigi ketika mandi, serta mencuci rambut 2 x sehari saat mandi dan dilakukan secara mandiri.

b) Saat sakit

Klien tidak mandi hanya dilap dibantu oleh keluarganya, klien tidak menggosok gigi dan mencuci rambut.

j. Pola istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit tidur selama 7-8 jam per hari siang dan malam klien mengatakan tidak mengalami kesulitan untuk tidur.

2) Saat sakit

Klien mengatakan sulit tidur terutama pada malam hari karena kondisi ruangan yang panas dan rasa sakit setelah dioperasi, klien mengatakan tidur hanya 5-6 jam per hari .

k. Pola aktivitas dan latihan

1) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit tidak mengalami kesulitan dalam beraktivitas.

2) Saat sakit

Klien mengatakan sulit untuk duduk, mengatakan nyeri saat bergerak, merasa takut untuk bergerak dan klien juga mengatakan melakukan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya dengan skala aktivitas = 2

Tabel 3.1
Tingkat Aktivitas

Tingkat Aktivitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan.
Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat memerlukan atau beradaptasi dalam perawatan

l. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien dan keluarga tidak tahu tentang gejala, cara pengobatan, dan perawatan penyakit yang dideritanya. Klien mengatakan hanya mengkonsumsi obat warung untuk mengatasi penyakitnya. Klien tidak ada riwayat merokok dan tidak ada ketergantungan obat.

m. Pola seksual reproduksi

Tidak dikaji

3. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

Dari hasil pemeriksaan keadaan klien composmentis, E₄V₅ M₆
Tekanan darah 120/70 mmHg, denyut nadi 86 x/menit, frekuensi pernafasan 24 x/menit, suhu tubuh 36,5 °C tinggi badannya 150 cm dan berat badannya 48 kg.

b. Pemeriksaan fisik persistem penglihatan

Dari hasil pengkajian posisi mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pergerakan bola mata normal tidak ada strabismus, sklera anikterik, ukuran pupil tidak dikaji, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik dan tidak menggunakan alat bantu dalam penglihatan.

c. Sistem pendengaran

Dari hasil pengkajian posisi telinga klien simetris, tidak ada radang dan tidak ada kelainan pada pendengaran klien serta klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

d. Sistem wicara

Pada saat pengkajian klien tidak mengalami kesulitan berbicara dan dapat berkomunikasi dengan baik.

e. Sistem pernafasan

Dari hasil pengkajian didapatkan klien nafasnya tidak sesak, tidak ada sumbatan jalan nafas, tidak ada secret, tidak ada batuk, tidak ada tanda-tanda sesak nafas, dengan frekuensi nafas 24 x/menit, irama teratur, klien tidak menggunakan otot bantu pernafasan atau alat bantu nafas.

f. Sistem kardiovaskuler

Pada saat pengkajian didapatkan hasil denyut nadi klien 86 x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tidak ada distensi vena jugularis, suhu tubuh klien 36,5 °C, suhu kulit tidak teraba dingin, warna kulit tidak ada kemerahan, dan tidak ada edema.

g. Sistem neurologis

Pasien dengan kesadaran composmentis, dengan GCS : E₄ M₆ V₅.

$$\begin{array}{r|l} 5555 & 5555 \\ \hline 4444 & 4444 \end{array}$$

Bagian anggota gerak bawah klien atau bagian kaki skalanya 4.

Skala 4 = klien mampu menahan tahanan dengan kekuatan otot ringan

Nilai 4 menunjukkan kekuatan otot klien dapat menggerakkan sendi, dapat melawan pengaruh gravitasi dan mampu menahan tahanan yang diberikan oleh pemeriksa meski dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan.

Keterangan:

5 : Bebas bergerak dengan kekuatan otot penuh

4 : Mampu menahan tahanan dengan kekuatan ringan

3 : Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan atau melawan tahanan pemeriksa

2 : Hanya mampu bergeser di atas tempat tidur

1 : Hanya terlihat tonus/kontraksi otot

0 : tidak ada tonus

h. Sistem pencernaan

Klien mengeluh nyeri di bagian perut, klien tidak mengalami kesulitan menelan.

i. Sistem imunologi

Dari hasil pengkajian didapatkan klien tidak ada tanda-tanda pembesaran getah bening.

j. Sistem endokrin

Dari hasil pengkajian didapatkan nafas klien tidak berbau keton dan tidak ada luka, klien tidak mengalami tremor, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

k. Sistem urogenital

Dari hasil pengkajian didapatkan klien tidak mengalami distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, dan klien tidak terpasang kateter.

l. Sistem integument

Dari hasil pengkajian didapatkan rambut klien dalam keadaan bersih terawat, warna rambut klien hitam kemerahan dan ada yang bewarna putih, kuku klien bersih dan tidak kotor dan kulit klien bewarna kuning langsung tidak ada tanda-tanda radang dan perdarahan. Hanya saja kaki belum merasa dan masih dalam pengaruh obat bius, tidak ada dekubitus, dan terdapat kerusakan integritas kulit, akibat luka insisi pasca pembedahan, lokasi luka di bagian atas selangkangan sebelah kiri dengan luas luka ± 6 cm, *heacting* 5 jahitan, luka tampak basah dan tidak ada pus serta kemerahan.

m. Sistem muskuloskeletal

Pada saat pengkajian klien mengatakan nyeri saat bergerak dan tampak mengalami kesulitan dalam beraktivitas sehingga klien melakukan aktivitas dibantu oleh keluarganya. Klien tidak menggunakan GIPS atau alat bantu lainnya pada otot dan sendinya dan tidak ada fraktur.

4. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan diagnostik

Klien mengatakan di rontgen pada tanggal 26 April 2019 dengan hasil rontgen terdapat benjolan pada bagian selangkangan dekat dengan organ vital sebelah kiri.

b. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.2

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny.N
di Ruang Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi
Lampung Utara pada tanggal 30 April 2019

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Gula darah sewaktu	83 mg/dl	100 - 200 mg/dl
SGOT/ AST	13 uL	5-40 ul
SGPT / ALT	14 uL	5-40 ul
Ureum	11 mg/dl	15-39 mg/dl
Kreatinin	0,5	0,9-1,2

Tabel 3.3

Jadwal Pemberian Obat pada Ny. N di Ruang Bedah
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Pada Tanggal (30 April-02 Mei 2019)

Pengobatan		
30 April 2019	01 Mei 2019	02 Mei 2019
1. Infus Triofusin 500 cc per hari = 3 kolf 20 tpm (makro)	1. Infus Triofusin 500 cc per hari = 3 kolf 20 tpm (makro)	1. Infus Triofusin 500 cc per hari = 3 kolf 20 tpm (makro)
2. Injeksi : a. Ceftriaxone® 2x1 amp b. Keterolac® 2x1 amp	2. Injeksi : a. Ceftriaxone® 2x1 amp b. Keterolac® 2x1 amp	2. Injeksi : a. Ceftriaxone® 2x1 amp b. Keterolac® 2x1 amp

Tabel 3.4
Macam, Dosis, Tujuan dan Golongan Obat

Obat	Dosis	Tujuan	Golongan
Ceftriaxone Inj	2x1 mg/8 jam/IV	Untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri dan menghambat pertumbuhan bakteri.	Antibiotik
Keterolac Inj	2x1 mg/8 jam/IV	Untuk meredakan nyeri dan peradangan	Anti inflamasi non steroid (OAINS)

Tabel 3.5

Dari Hasil Pengkajian Telah Terdapat Beberapa Data Senjang Sebagai Berikut: Pada Ny.N di Ruang Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

DS	DO
1	2
<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh nyeri pada bagian luka operasi 2. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 3. Klien mengatakan nyeri yang dirasakan \pm 2-5 menit , nyeri yang dirasakan hilang timbul. 4. Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat beristirahat 5. Klien mengatakan terdapat luka operasi di bagian atas selangkangan sebelah kiri 6. Klien mengatakan sulit untuk duduk 7. Klien mengatakan nyeri saat bergerak 8. Klien mengatakan merasa takut untuk bergerak 9. Klien mengeluh sulit tidur 10. Klien mengatakan kurang istirahat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak meringis menahan nyeri 2. Klien tampak bersifat protektif (waspada posisi menghindari nyeri pada bagian luka operasi) 3. Klien tampak gelisah 4. Klien tampak terdapat luka jahitan pada bagian atas selangkangan sebelah kiri dekat organ vital. 5. Terdapat luka <i>post</i> operasi sepanjang \pm 6 cm, dan terdapat luka <i>heacting</i> 5 jahitan. 6. Skala nyeri 7 (0-10) 7. Klien tampak berhati-hati saat menggerakkan tubuhnya 8. Klien tampak lemah 9. Kekuatan otot esktremitas atas 5, kekuatan otot ekstremitas bawah 4

<i>1</i>	<i>2</i>
10. Klien mengatakan sudah 3 hari belum BAB	11. Klien tampak lesu 12. Tanda-tanda vital pasien TD : 120/70 mmHg N : 86 x/menit P : 24 x/menit S : 36,5 °C - Injeksi Ceftriaxone® 2x1 amp (iv) - Injeksi Keterolac® 2x1 amp (iv)

Tabel 3.6

Analisa Data Hasil Pengkajian Pada Ny. N Di Ruang Bedah
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 30 April-02 Mei 2019

No	Data	Masalah	Etiologi
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada bagian luka operasi - Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri yang dirasakan \pm 2-5 menit, nyeri yang dirasakan hilang timbul. - Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat beristirahat <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan nyeri - Klien tampak bersifat protektif (waspada posisi menghindari nyeri pada bagian luka operasi) - Klien tampak gelisah - Skala nyeri 7 (0-10) - Tanda-tanda vital pasien 	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi)

1	2	3	4
	TD : 120/70 mmHg N : 86 x/menit P : 24 x/menit S : 36,5 °C - Injeksi Ceftriaxone® 2x1 amp		
2	DS: - Klien mengatakan terdapat luka operasi dibagian atas selangkangan sebelah kiri DO: - Terdapat luka <i>post</i> operasi sepanjang ± 6 cm, dan terdapat luka <i>heacting</i> 5 jahitan - Injeksi Keterolac® 2x1 amp	Gangguan integritas kulit/jaringan	Faktor mekanik
3	DS: - Klien mengatakan sulit untuk duduk - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Klien mengatakan merasa takut untuk bergerak DO: - Klien tampak berhati-hati saat menggerakkan tubuhnya - Klien tampak lemah - Kekuatan otot esktremitas atas 5, kekuatan otot ektremitas bawah 4	Gangguan Mobilitas Fisik	Nyeri
4	DS : - Klien mengeluh sulit tidur - Klien mengatakan kurang istirahat DO: - Klien tampak lesu	Gangguan pola tidur	Kurangny a kontrol tidur
	DS: - Klien mengatakan sudah 3 hari belum BAB DO:-	Risiko Konstipasi	Kelemaha n otot abdomen

1	2	3	4
6.	DS : DO : - Pada klien tampak terdapat luka jahitan pada bagian atas selangkangan sebelah kiri	Risiko infeksi	kerusakan integritas kulit akibat jahitan

B. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data diatas maka diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan skala prioritas adalah sebagai berikut:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri, skala nyeri 7 (0-10), ekspresi wajah pasien tampak meringis kesakitan.
2. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan adanya luka operasi sepanjang \pm 6 cm.
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan mengatakan sulit untuk duduk, merasa takut untuk bergerak, dan kekuatan otot ekstremitas atas 5, kekuatan otot ekstremitas bawah 4.
4. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan menyatakan sulit tidur, dan kurang cukup istirahat
5. Risiko Konstipasi ditandai dengan klien mengatakan sudah 3 hari belum BAB
6. Risiko Infeksi ditandai dengan pada klien tampak terdapat luka jahitan pada bagian selangkangan sebelah kiri dekat organ vital.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.7

Rencana Keperawatan dengan Gangguan Aman Nyaman: Nyeri pada Kasus *Post Operasi Herniorafi* terhadap Ny. N
 Di Ruang Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 Pada tanggal 30 April-02 Mei 2019

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p>Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada bagian luka operasi - Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri yang dirasakan \pm 2-5 menit, nyeri yang dirasakan hilang timbul. - Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat beristirahat. 	<p>Kontrol Nyeri (L.08063) :</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaporkan nyeri yang terkontrol (4) 2. Mengenali kapan nyeri terjadi (5) 3. Mengenali faktor penyebab nyeri (5) 4. Skala nyeri berkurang (4) 5. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik (5) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristi, durasi, frekuensi, kualits, intensitas nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. Berikan teknik non farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik.

1	2	3	4
	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan nyeri - Klien tampak bersifat protektif (waspada posisi menghindari nyeri pada bagian luka operasi) - Klien tampak gelisah - Skala nyeri 7 (0-10) - Tanda-tanda vital pasien <p>TD : 120/70 mmHg N : 86 x/menit P : 24 x/menit S : 36,5 °C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi Ceftriaxone® 2x1 amp 	<p>Tingkat Nyeri (L.08066) :</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada keluhan nyeri (4) 2. Tidak meringis (5) 3. Mual tidak ada (5) 4. Tidak bersikap protektif (4) 5. Tekanan darah normal (5) 6. Pola nafas membaik (5) 7. Frekuensi nadi normal (5) 	<p>Pemberian Analgesik (I.08243)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) 2. Identifikasi riwayat alergi obat. 3. Monitor tanda-tanda vital 4. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri. 5. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan. 6. Monitor efektifitas analgesik 7. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat
2	<p>Gangguan integritas kulit / jaringan b.d faktor mekanik</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan terdapat luka operasi di bagian atas selangkangan sebelah kiri 	<p>Penyembuhan luka (L.14130)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembentukan jaringan parut (4) 2. Tidak ada peradangan pada luka (5) 3. Tidak ada infeksi (5) 4. Adanya jaringan granulasi (4) 5. Adanya penyatuan kulit (4) 	<p>Perawatan luka (I.14564) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (mis, warna ukuran,bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

1	2	3	4
	DO: - Terdapat luka <i>post</i> operasi sepanjang \pm 6 cm, dan terdapat luka <i>heacting</i> 5 jahitan - Injeksi Keterolac® 2x1 amp		5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Anjurkan mengkonsumsi makan tinggi kalori dan protein 7. Ajarkan prosedur perawatan secara mandiri 8. Kolaborasi pemberian antibioti
		Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Kriteria hasil : 1. Tidak ada tanda-tanda perdarahan (4) 2. Tidak ada kemerahan (5) 3. Adanya jaringan parut (4) 4. Sensasi kulit membaik (5) 5. Elastisitas meningkat (4)	Perawatan integritas kulit (I.05174) : 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, penurunan mobilitasi, perubahan sirkulasi) 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 4. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
3	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri DS: - Klien mengatakan sulit untuk duduk - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Klien mengatakan merasa	Mobilitas Fisik (L.05042) : Kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. Tidak ada nyeri (4) 5. Kecemasan menurun (5) 6. Kelemahan fisik (4)	Dukungan Mobilisasi (I.05173): 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) 4. Libatkan keluarga untuk membantu

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
	<p>takut untuk bergerak</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat menggerakkan tubuhnya - Klien tampak lemah - Kekuatan otot esktremitas atas 5, kekuatan otot ektremitas bawah 4 		<p>klien dalam meningkatkan pergerakan</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. 6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 7. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur)
		<p>Toleransi Aktivitas (L.05047) :</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari (4) 2. Kekuatan otot tubuh bagian bawah meningkat (4) 3. Perasaan lemah menurun (4) 4. Keluhan lelah menurun (5) 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 3. fasilitasi aktivitas ambulasi denagn alat bantu (mis, tongkat,kruk) 4. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi 5. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 6. Anjurkan melakukan ambulasi dini 7. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.8

Implementasi dan Evaluasi terhadap Ny. N dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman: Nyeri pada Kasus *Post Operasi Herniorafi* Di Ruang Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Pada Tanggal 30 April-02 Mei 2019

No	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
#1	30 April 2019	<p>Senin, 30 April 2019 / 09.00- 11.30 WIB Pukul : 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Mengidentifikasi skala nyeri <p>Pukul : 10.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan teknik non farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) Mengidentifikasi riwayat alergi obat. 	<p>S: Pukul : 09:30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh nyeri pada bagian luka operasi - Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri yang dirasakan \pm 2-5 menit, nyeri yang dirasakan hilang timbul. - Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak dan nyeri berkurang saat beristirahat <p>O: Pukul : 09:30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 7 (0-10) <p>Pukul : 10:50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bersifat protektif (waspada posisi

1	2	3	4
		<p>3. Mengidentifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. Narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri.</p> <p>Pukul: 11.00 WIB</p> <p>1. Memonitor tanda-tanda vital.</p> <p>Pukul: 11.30 WIB</p> <p>1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik dan dosis: pemberian Injeksi obat keterolac 1 amp (IV)</p>	<p>menghindari nyeri pada bagian luka operasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah <p>Pukul : 11:15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital pasien : <p>TD : 120/70 mmHg N : 86 x/menit P : 24 x/menit S : 36,5 °C</p> <p>Pukul : 11:15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan nyeri saat diberikan terapi obat analgesic keterolac 1 amp (iv) <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Nyeri (1.08238) 2. Pemberian Analgesik (1.08243) <p style="text-align: right;">Ttd Perawat :</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">(Chyndy Yayusi A)</p>

1	2	3	4
#2	30 April 2019	<p>Senin, 30 April 2019 / 11.30- 12.30 WIB Pukul : 11.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran, bau) 2. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis, penurunan mobilisasi, perubahan sirkulasi) 3. Mengubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring <p>Pukul : 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Menganjurkan mengkonsumsi makan tinggi kalori dan protein 3. Menganjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) <p>Pukul : 12.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik: Pemberian injeksi ceftriaxone 1 amp (IV) 	<p>S: Pukul : 11.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan terdapat luka operasi di bagian atas selangkangan sebelah kiri <p>O: Pukul : 11.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka <i>post</i> operasi sepanjang ± 6 cm - Terdapat luka <i>heacting</i> 4 jahitan <p>Pukul : 12.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luka tampak basah dan tidak ada tanda-tanda infeksi - Klien tampak mengkonsumsi sayuran dan buah-buahan yang diberikan oleh pihak instansi gizi rumah sakit <p>Pukul : 12.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien diberikan terapi obat antibiotik ceftriaxone 1 amp (iv) <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan luka (1.14564) 2. Perawatan integritas kulit (1.05174) <p style="text-align: right;">Ttd Perawat  (Chyndy Yayusi A)</p>

1	2	3	4
#3	30 April 2019	<p>Senin, 30 April 2019 / 13.00- 14.00 WIB</p> <p>Pukul: 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Pukul: 13.30 WIB.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 3. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (miring kanan, miring kiri). <p>Pukul: 14.00 WIB.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan cairan infus Infus Triofusin 500 cc perhari 20 tpm (makro) 	<p>S:</p> <p>Pukul : 13.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih sulit untuk duduk - Klien mengatakan nyeri saat bergerak - Klien mengatakan merasa takut untuk bergerak <p>O:</p> <p>Pukul : 13.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Kekuatan otot ekstremitas atas 5, kekuatan otot ekstremitas bawah 4 <p>Pukul : 13.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat menggerakkan tubuhnya - Klien tampak memahami teknik-teknik yang diajarkan untuk mobilisasi dini <p>Pukul : 14.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien diberikan cairan infus triofusin 500 cc perhari 20 tpm(makro) <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukungan Mobilisasi (I.05173) 2. Dukungan Ambulasi (I.06171)

1	2	3	4
			<p style="text-align: right;">Ttd Perawat</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">(Chyndy Yayusi A)</p>
#1	01 Mei 2019	<p>Selasa, 01 Mei 2019 / 08.00-10.30 WIB</p> <p>Pukul 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Memonitor tanda-tanda vital 3. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik: Pemberian injeksi keterolak 1 amp (IV) <p>Pukul 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik non farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) <p>Pukul 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor efektifitas analgesik 2. Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat 3. Mendokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak 	<p>S:</p> <p>Pukul : 08.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 5 (0-10) - Tanda-tanda vital pasien : TD : 110/80 mmHg N : 70 x/menit P : 24 x/menit S : 37,0 °C - Klien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi obat analgesik injeksi keterolak 1 amp (iv). <p>Pukul : 09.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang pada bagian luka operasi setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam <p>O:</p> <p>Pukul : 09.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengikuti instruksi yang diberikan yaitu melakukan teknik nafas dalam saat nyeri timbul

1	2	3	4
		diinginkan.	<p>Pukul : 10.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak meringis menahan nyeri - Klien masih tampak bersikap protektif pada bagian luka operasi. <p>A: Masalah sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Nyeri (1.08238) 2. Pemberian Analgesik (1.08243) <p style="text-align: right;">Ttd Perawat :</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">(Chyndy Yayusi A)</p>
#2	01 Mei 2019	<p>Selasa, 01 Mei 2019 / 11.00-12.30 WIB</p> <p>Pukul: 11.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 2. Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 3. Memonitor karakteristik luka (mis, warna, ukuran, bau) 4. Memonitor tanda-tanda infeksi 	<p>S:</p> <p>Pukul : 11.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak merasakan panas di sekitar luka <p>O:</p> <p>Pukul : 11.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda infeksi pada daerah luka - Tidak ada bau dan pus pada daerah luka - Tidak ada tanda-tanda perdarahan pada luka

1	2	3	4
		<p>Pukul : 11.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi <p>Pukul : 12.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik: Pemberian injeksi ceftriaxone 1 amp (IV) 	<p>Pukul : 12.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak memakan sayuran dan buah-buahan yang diberikan oleh pihak instansi gizi rumah sakit. <p>Pukul : 12.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien diberikan terapi obat antibiotik ceftriaxone 1 amp (iv) <p>A: Masalah sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Perawatan luka (1.14564) Perawatan integritas kulit (1.05174) <p style="text-align: right;">Ttd Perawat</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">(Chyndy Yayusi A)</p>
3	01 Mei 2019	<p>Selasa, 01 Mei 2019 / 13.00-14.00 WIB</p> <p>Pukul: 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 	<p>S:</p> <p>Pukul: 13.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih merasakan nyeri saat bergerak Klien mengatakan sudah mampu untuk duduk di tempat tidur ±15 menit.

1	2	3	4
		<p>Pukul: 13.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (miring kanan, miring kiri dan duduk ditempat tidur 2 jam sekali) <p>Pukul: 14.00 WIB.</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan cairan infus Infus Triofusin 500 cc per hari 20 tpm (makro) 	<p>O:</p> <p>Pukul: 13.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien masih tampak lemah <p>Pukul: 13.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien tampak sudah bisa miring kanan, miring kiri dibantu dengan keluarganya Klien tampak sudah bisa duduk di atas tempat tidur dengan posisi <i>semi fowler</i> dibantu dengan keluarganya sambil memegang pagar tempat tidur <p>Pukul : 14.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien diberikan cairan infus triofusin 500 cc perhari 20 tpm(makro) <p>A: Masalah sebagian teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dukungan Mobilisasi (1.05173) Dukungan Ambulasi (1.06171) <p style="text-align: right;">Ttd perawat  (Chyndy Yayusi A)</p>

1	2	3	4
#1	02 Mei 2019	<p>Rabu, 02 Mei 2019 / 15.30-17.00 WIB</p> <p>Pukul 15.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi skala nyeri 2. Menjelaskan strategi meredakan nyeri (teknik nafas dalam, terapi musik) <p>Pukul 16.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik: Pemberian injeksi katerolak 1 amp (IV) <p>Pukul 17.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor efektifitas analgesik 2. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat 	<p>S:</p> <p>Pukul : 16.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah tidak nyeri pada bagian luka operasi setelah dilakukan strategi meredakan nyeri dengan cara teknik relaksasi nafas dalam dan terapi music <p>O:</p> <p>Pukul : 16.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3 (0-10) <p>Pukul : 16.40 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tanda-tanda vital pada pasien TD : 110/80 mmHg N : 76 x/menit P : 20 x/menit S : 36,7 °C - Klien sudah tampak rileks setelah diberikan terapi obat analgesik injeksi keterolak 1 amp (iv). <p>Pukul : 17.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah tampak membaik - Klien sudah tidak bersikap protektif pada bagian luka operasi. <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>

1	2	3	4
			<p style="text-align: right;">Ttd perawat  (Chyndy Yayusi A)</p>
2	02 Mei 2019	<p>Rabu , 02 Mei 2019 / 17.00-18.00 WIB</p> <p>Pukul : 17.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka (mis, warna ukuran, bau) 2. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 3. Menganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase <p>Pukul 18.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 2. Menganjurkan mengkonsumsi makan tinggi kalori dan protein <p>Pukul 18.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri 2. Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik: Pemberian injeksi Ceftriaxone 1 amp (IV) 	<p>S: Pukul : 17.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sedikit gatal di area sekitar luka <p>O: Pukul : 17.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada kemerahan pada area sekitar luka - Luka tampak mengering <p>Pukul : 18.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengkonsumsi makanan seperti sayuran dan buah . <p>Pukul : 18.40 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak memahami prosedur cara perawatan luka yang diajarkan. - Klien tampak membaik setelah diberikan terapi obat antibiotik ceftriaxone 1 amp (iv) <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>

1	2	3	4
			<p style="text-align: right;">Ttd Perawat  (Chyndy Yayusi A)</p>
#3	02 Mei 2019	<p>Rabu , 02 Mei 2019 / 18.00-19.00 WIB</p> <p>Pukul : 19.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 3. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi <p>Pukul : 19.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi) 2. Memberikan cairan infus triofusin 500 cc perhari 20 tpm (makro) 	<p>S: Pukul : 19.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah mampu berjalan secara perlahan walaupun masih dibantu oleh suaminya <p>O: Pukul : 19.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah bisa duduk di atas tempat tidur secara mandiri - Klien tampak segar - Kekuatan otot klien penuh 5 <p>Pukul : 19.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah mampu berjalan ke kamar mandi dibantu oleh suaminya - Klien diberikan cairan infus triofusin 500 cc perhari 20 tpm (makro) <p>A: Masalah teratasi</p>

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
			P: Hentikan intervensi Ttd Perawat  (Chyndy Yayusi A)