

## BAB III

### LAPORAN STUDI KASUS

#### A. Pengkajian

##### 1. Data Demografi

Pasien inisial Ny.W, usia 44 tahun, sudah menikah, klien berjenis kelamin perempuan, pekerjaan klien sebagai ibu rumah tangga, klien beragama islam, klien dalam berkomunikasi menggunakan bahasa indonesia, suku bangsa jawa, pendidikan terakhir SMP, alamat desa sabuk 4, sumber biaya BPJS pada saat masuk rumah sakit pada tanggal 9 maret 2021, diagnosa medis *post op hemoroid*. Penanggung jawab klien adalah Ny. M, umur 25 tahun, hubungan dengan klien adalah anak kandung, pendidikan terakhirnya SMP, alamat desa sabuk 4.

##### 2. Riwayat Kesehatan

###### a. Riwayat Kesehatan Masuk Rumah Sakit

Klien datang ke IGD RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi pada tanggal 9 maret 2021 pukul 10.00, diantarkan oleh keluarganya dengan keluhan klien terdapat benjolan pada anus dan tidak dapat dimasukkan kembali sejak 2 hari yang lalu. Tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 18x/menit, suhu 36,5°C, tinggi badan 154 cm, berat badan 45 kg. Klien akan direncanakan operasi pada tanggal 10 Maret 2021. Kemudian klien dipindahkan ke ruang Bedah pukul 11.11 WIB.

###### b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 11 Maret 2021 pukul 08.30 WIB, klien mengeluh nyeri pada luka operasi di anus dan tidak ada penyebaran saat nyeri terjadi. Klien mengatakan nyeri nya seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 (0-10), nyeri hilang timbul yang membuat tidak nyaman. Hal yang memperberat nyeri yaitu ketika klien

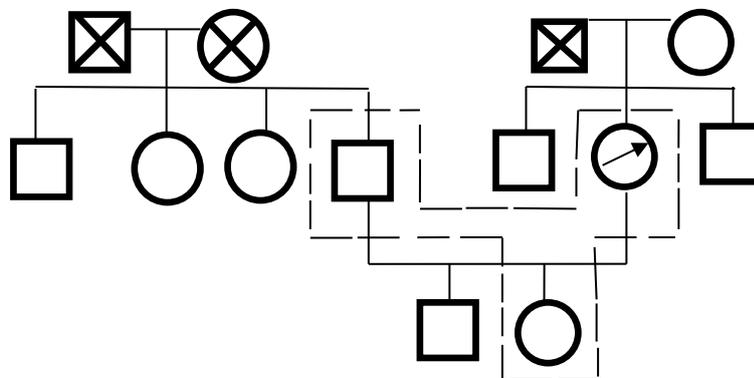
duduk, dan yang memperingan nyeri ketika klien berbaring istirahat. Klien tampak gelisah, meringis serta merasa tidak nyaman pada luka operasinya dan berusaha menghindari posisi nyeri. Tekanan darah 130/100 mmHg, nadi 110x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,5°C.

c. Riwayat Kesehatan Lalu

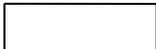
Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi, tidak pernah mengalami kecelakaan. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit maag. Klien sebelumnya menderita penyakit *hemoroid* sudah dari setahun yang lalu.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Gambar 3.1  
Genogram Keluarga Ny. W



Keterangan :

	: Laki-laki		: Klien
	: Perempuan		: Meninggal
	: Garis Pernikahan		: Tinggal Serumah
	: Garis Keturunan		

### 3. Riwayat Psikososial-Spiritual

Klien mengatakan sebelum sakit klien tidak memiliki keluhan apapun mengenai psikososialnya dan setelah klien sakit klien masih merasa bersyukur penyakitnya hanya sampai disini juga dan masih banyak keluarga yang peduli kepadanya. Klien mengatakan sebelum sakit beribadah tepat waktu, setelah sakit ini sulit untuk melakukan ibadah dikarenakan nyeri pada penyakitnya. Klien jika sakit hanya mengandalkan pengobatan medis dan tidak memiliki kepercayaan yang berpantangan pada pengobatan medis.

### 4. Lingkungan

Klien mengatakan lingkungan sekitar rumahnya bersih terjaga dan tidak ada polusi. Klien juga mengatakan di halaman rumah banyak ditanam bunga sehingga membuat lingkungan rumah menjadi nyaman dan berseri.

### 5. Pola Kebiasaan Sehari-hari Sebelum dan Saat Sakit

#### a. Pola Nutrisi dan Cairan

Saat sebelum sakit klien mengatakan asupan makanan baik, frekuensi 3x sehari, porsi sedang dan menghabiskan makannya secara oral, nafsu makan baik, tidak memiliki alergi terhadap makanan dan tidak ada diit yang dilakukan, klien mengatakan kurang untuk makan-makanan berserat seperti sayur dan buah. Saat sakit klien mengatakan frekuensi makan 3x sehari secara oral, dengan diet yang dianjurkan nutrisi yaitu tinggi serat, makanan tambahan buah buahan (pisang, dan pepaya).

Sebelum sakit asupan cairan klien air putih secara oral, dan menghabiskan 7-8 gelas perhari. Saat sakit asupan cairan secara oral dan parenteral, klien minum air putih sebanyak 5-6 gelas perhari dan terpasang infus dengan cairan RL 20 tpm.

#### b. Pola Eliminasi

Sebelum sakit klien mengatakan tidak memiliki keluhan pada saat buang air kecil, BAK lancar dengan 5-6 kali sehari, warna urine kuning

jernih dan berbau khas urine. Saat sakit klien mengatakan buang air kecil seperti biasa 5-6 kali sehari, warna urine kuning jernih dengan bau khas urine, dan klien dibantu oleh keluarganya saat akan BAK.

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

c. Pola Kebersihan Diri

Sebelum sakit klien mandi teratur 2x sehari secara mandiri, menggosok gigi 2x sehari, mencuci rambut dengan sampo sebanyak 2x sehari. Saat sakit klien dibantu keluarga untuk mengelap badannya dengan kain basah, klien tidak menggosok gigi dan mencuci rambutnya, mulut tampak kotor dan rambut tampak kering.

d. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit klien mengatakan tidurnya nyenyak tanpa ada gangguan dan tanpa obat tidur, lama tidur klien 7-8 jam perhari. Siang 2 jam dan malam 5-6 jam. Saat sakit klien mengatakan sulit tidur, gelisah dan tidak puas tidurnya, klien tidur 4-5 jam sehari. Klien tidur malam hanya 3-4 jam dan terbangun karena nyeri yang dirasakan pada luka bekas operasi.

e. Pola Aktifitas dan Latihan

Sebelum sakit klien bekerja sebagai ibu rumah tangga dengan melakukan kegiatan mandiri, klien memasak, mencuci, menggosok dan kegiatan mandiri lainnya. Disaat waktu luang klien lebih banyak menghabiskan waktu menonton televisi, klien juga mengatakan tidak memiliki olahraga khusus. Pada saat sakit klien mengatakan lemah dan sulit untuk melakukan kegiatan mandiri, klien dibantu oleh keluarga.

f. Pola Seksual Reproduksi

Klien mengatakan tidak ada gangguan pada reproduksi maupun seksual.

g. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Klien tidak mengetahui tentang penyakitnya, klien pergi ke fasilitas kesehatan apabila memiliki keluhan penyakit. Saat ditanya mengenai penyakitnya klien tampak bingung dan tidak mengerti. Saat pengkajian klien bertanya tentang penyakitnya. Klien mengatakan tidak merokok, tidak meminum-minuman keras dan tidak memiliki ketergantungan obat.

6. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Pada pengkajian fisik pemeriksaan umum diperoleh data kesadaran klien komposmentis. Tekanan darah 130/100 mmHg, nadi 110x/menit, pernapasan 20x/menit, suhu 36,5°C, tinggi badan 154 cm, berat badan 45kg.

b. Sistem Penglihatan

Pada pemeriksaan fisik sistem penglihatan, klien dapat melihat dengan jelas tanpa alat bantu melihat, posisi mata klien simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, lapang pandang baik, ketajaman penglihatan baik.

c. Sistem Pendengaran

Pada pemeriksaan fisik sistem pendengaran, posisi telinga simetris, fungsi pendengaran baik tanpa alat bantu dengar, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada tanda peradangan pada telinga.

d. Sistem Wicara

Pada sistem wicara, klien tidak ada kesulitan dan gangguan wicara, klien berbicara dengan baik tanpa alat bantu.

e. Sistem Pernapasan

Pada sistem pernapasan, jalan napas baik, tidak ada obstruksi dan tidak menggunakan alat bantu pernapasan, klien tidak sesak, tidak batuk, tidak nyeri saat bernapas, frekuensi napas 20x/menit dengan irama teratur, tidak ada suara napas tambahan.

## f. Sistem Kardiovaskuler

Pada sistem kardiovaskuler, denyut nadi 110x/menit, irama cepat, tidak ada kelainan bunyi jantung, kulit teraba hangat, pengisian kapiler CRT < 3 detik.

## g. Sistem Neurologi

Kesadaran klien komposmentis dengan GCS (E4V5M6), klien tampak lemah, klien tidak menggunakan alat bantu, klien tidak mengalami penurunan kemampuan otot, klien mampu melawan tahanan yang diberikan.

5555	5555
5555	5555

## h. Sistem Pencernaan

Pada sistem pencernaan pada mulut klien didapatkan tampak kering dan kotor, klien tidak ada gangguan menelan dan tidak muntah, bising usus 10x/menit. Pemeriksaan luka operasi pada klien disekitar anus tampak kemerahan.

## i. Sistem Immunologi

Pada sistem immunologi tidak terjadi pembesaran kelenjar getah bening di leher kanan dan leher kiri klien.

## j. Sistem Endokrin

Napas klien tidak berbau keton, tidak ada pembesaran *kelenjar thyroid*, tidak ada peningkatan gula darah, GDS : 99 mg/dL.

## k. Sistem Urogenital

Sistem urogenital tidak mengalami distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, klien tidak terpasang kateter, hanya saja terdapat kemerahan pada luka bekas operasi sekitar anus.

## l. Sistem Integumen

Keadaan rambut klien berwarna hitam tampak lengket, kusam dan tidak rapi, kuku tampak panjang dan kotor, turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang, tidak ada luka tidak ada dekubitus, tidak ada tanda peradangan pada kulit klien.

m. Sistem Muskuloskeletal

Klien kesulitan bergerak karena nyeri pada luka bekas operasi di anus dan aktivitas dibantu oleh keluarganya, klien tidak nyeri sendi dan tulang, tidak ada fraktur, tonus otot kuat.

7. Hasil Laboratorium

Tabel 3.1  
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. W di Ruang Bedah  
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
Tanggal 12 Maret 2021

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
1.	<i>Hemoglobin</i>	12,8 gr/dl	12-16 gr/dL
2.	<i>Glukosa Sewaktu</i>	99	100-200 mg/dL
3.	<i>SGOT / AST</i>	20	5-40 $\mu$ /L
4.	<i>SGPT / ALT</i>	25	5-41 $\mu$ /L
5.	<i>Ureum</i>	20	15-39 gr/dl
6.	<i>Kreatinin</i>	0,6	L : 0,9-1,2 ; P : 0,6-1,1
7.	<i>Leukosit</i>	8.000 / $\mu$ L	5.000-11.000 / $\mu$ L

8. Terapi Medis

Tabel 3.2  
Terapi Pengobatan pada Ny. W di Ruang Bedah  
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

11 Maret 2021	12 Maret 2021	13 Maret 2021
<i>IVFD RL 20 tpm</i>	<i>IVFD RL 20 tpm</i>	<i>IVFD RL 20 tpm</i>
<i>Ketorolac</i> 30mg/8jam intra vena (ampul)	<i>Ketorolac</i> 30mg/8jam intra vena (ampul)	<i>Ketorolac</i> 30mg/8jam intra vena (ampul)
<i>Vicilin</i> 1,5gr/8jam intra vena (vial)	<i>Vicilin</i> 1,5gr/8jam intra vena (vial)	<i>Vicilin</i> 1,5gr/8jam intra vena (vial)

## 9. Data Fokus

Tabel 3.3  
Data Fokus pada Ny. W di Ruang Bedah  
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi dianus</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>3. Klien mengatakan nyeri hilang timbul, seperti ditusuk-tusuk, dengan skala nyeri 7</li> <li>4. Klien mengeluh tidak nyaman karena luka bekas operasinya</li> <li>5. Klien mengatakan takut BAB</li> <li>6. Klien mengatakan kurang mengkonsumsi makanan berserat</li> <li>7. Klien mengatakan sulit tidur, tidur malam hanya 3-4 jam</li> <li>8. Klien mengatakan hanya mengelap badannya dengan kain basah</li> <li>9. Klien mengatakan tidak menggosok gigi dan mencuci rambutnya</li> <li>10. Klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga</li> <li>11. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya</li> <li>12. Klien menanyakan tentang penyakitnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah : 130/100 mmHg</li> <li>2. Nadi : 110x/menit</li> <li>3. RR : 20x/menit</li> <li>4. Suhu : 36,5°C</li> <li>5. Klien tampak meringis nyeri</li> <li>6. Skala nyeri 7 (0-10)</li> <li>7. Klien tampak gelisah</li> <li>8. Klien tampak cemas</li> <li>9. Tampak kemerahan bekas luka operasi pada anus klien</li> <li>10. Klien tampak lemah mulut klien tampak kotor dan rambut kering</li> <li>11. Klien tampak mengantuk</li> <li>12. Klien tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri</li> <li>13. Klien melakukan aktifitas dengan bantuan keluarga</li> <li>14. Klien tampak bingung saat ditanya mengenai penyakitnya</li> <li>15. Klien terpasang cairan infus RL 20 tpm</li> <li>16. Klien diberikan obat <i>ketorolac</i> 30mg/8jam</li> <li>17. Klien diberikan obat <i>vicilin</i> 1,5 gr/8jam</li> </ol>

## 10. Analisa Data

Tabel 3.4  
Analisa Data Ny. W di Ruang Bedah  
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh nyeri pada luka operasi di anus</li> <li>2. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk</li> <li>3. Nyeri yang dirasakan hilang timbul</li> <li>4. Klien mengatakan sulit tidur</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak gelisah</li> <li>2. Tampak meringis</li> <li>3. Skala nyeri 7 (0-10)</li> <li>4. Bersikap protektif, menghindari posisi nyeri</li> <li>5. Frekuensi nadi : 110x/menit</li> <li>6. TD : 130/100 mmHg</li> </ol> <p>Klien diberikan obat <i>ketorolac</i> 30mg/8jam</p>	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh tidak nyaman</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak kemerahan pada bekas luka operasi</li> <li>2. Klien diberikan obat injeksi antibiotik <i>vicilin</i> 1,5gr 8jam</li> </ol>	Risiko infeksi	Efek prosedur <i>invasif</i>
3.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan takut BAB</li> <li>2. Klien mengatakan kurang makan-makanan berserat</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak cemas</li> </ol>	Risiko <i>konstipasi</i>	Ketidakcukupan asupan serat

1	2	3	4
4.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh sulit tidur karena nyeri luka operasi</li> <li>2. Klien mengatakan sering terbangun di malam hari karena nyeri</li> <li>3. Klien mengeluh tidur malam hanya 3-4 jam saja</li> <li>4. Mengeluh tidak puas tidur</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak lemah</li> <li>2. Tampak mengantuk</li> </ol>	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur
5.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tidak melakukan perawatan diri, seperti mandi, menggosok gigi, mencuci rambut</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mulut tampak kotor</li> <li>2. Rambut tampak kering</li> <li>3. Tampak lemah</li> </ol>	Defisit perawatan diri	Penurunan motivasi/minat
6.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya</li> </ol> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak bingung saat ditanya mengenai penyakitnya</li> </ol>	Defisit pengetahuan	Kurang terpapar informasi

## B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada Ny. W dengan *post op hemoroid* yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, klien mengeluh sulit tidur akibat nyeri, tampak gelisah, tampak meringis, skala nyeri 7 (0-10), frekuensi nadi 110x/menit, tekanan darah 130/100 mmHg.
2. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur *invasif*.

3. Risiko *konstipasi* dibuktikan dengan ketidakcukupan asupan serat.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan klien mengeluh sulit tidur, klien mengatakan sering terbangun di malam hari karena nyeri, tidur malam hanya 3-4 jam, mengeluh tidak puas tidur, tampak lemah, tampak mengantuk.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan motivasi/minat ditandai dengan tidak melakukan perawatan diri mandiri (mandi, menggosok gigi, mencuci rambut), tampak kotor pada mulut dan rambut kering, tampak lemah, aktifitas dibantu keluarga.
6. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan klien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakitnya, tampak bingung saat ditanya mengenai penyakit.

#### Diagnosa Prioritas

Berikut 3 diagnosa yang menjadi prioritas :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, klien mengeluh sulit tidur akibat nyeri, tampak gelisah, tampak meringis, skala nyeri 7 (0-10), frekuensi nadi 110x/menit, tekanan darah 130/100 mmHg.
2. Risiko *Konstipasi* dibuktikan dengan ketidakcukupan asupan serat.
3. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur *invasif*.

### C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5  
Rencana Keperawatan pada Ny. W di Ruang Bedah  
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
Tanggal (11-13 Maret 2021)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3	4
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun gelisah menurun</li> <li>3. Tanda-tanda vital membaik</li> <li>4. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, frekuensi nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik napas dalam)</li> <li>6. Jelaskan penyebab pemicu nyeri</li> <li>7. Lakukan TTV (TD, N, RR, S)</li> </ol> <p><b>Pemberian Analgesik (I.08243)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi riwayat alergi obat</li> <li>2. Jelaskan efek terapi obat</li> <li>3. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis <i>analgesic</i></li> </ol>

1	2	3	4
2.	<p>Risiko <i>konstipasi</i> dibuktikan dengan ketidakcukupan asupan serat</p>	<p><b>Eliminasi Fekal (L.04033)</b>  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kontrol pengeluaran feses membaik</li> <li>2. Tidak mengeluh sulit defekasi</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Konstipasi (I.04160)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko <i>konstipasi</i> (asupan serat tidak adekuat)</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala <i>konstipasi</i></li> <li>3. Jelaskan penyebab dan faktor risiko <i>konstipasi</i></li> <li>4. Anjurkan minum air putih sesuai kebutuhan</li> <li>5. Anjurkan mengonsumsi makanan berserat</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik sesuai kebutuhan</li> </ol>
3.	<p>Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur <i>invasif</i></p>	<p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b>  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka operasi membaik tanpa adanya infeksi (tidak kemerahan, tidak nyeri, tidak bengkak, suhu tubuh normal)</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi</li> </ol> <p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik</li> <li>3. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>4. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>5. Ajarkan klien dan keluarga cara melakukan perawatan luka mandiri</li> <li>6. Kolaborasi pemberian <i>antibiotic</i></li> </ol>

## D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6  
Implementasi dan Evaluasi pada Ny. W dengan diagnosa medis *Post Op Hemoroid*  
di Ruang Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

### Catatan Perkembangan Hari Pertama

Tanggal	No Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
11-03-2021	1. Nyeri Akut	<p>Pukul 08.00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi (menanyakan lokasi, frekuensi dan skala nyeri)</li> <li>Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri (menanyakan kepada klien)</li> <li>Menjelaskan penyebab pemicu nyeri</li> </ol> <p>Pukul 12.00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengukur tekanan darah menggunakan tensi digital pada tangan kanan diatas arteri brachialis, posisi klien berbaring tidur. Bersamaan dengan menghitung frekuensi nafas selama 1 menit</li> </ol>	<p>Pukul 08.15</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri pada anus terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul</p> <p>O : Skala nyeri 7 (0-10)</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri timbul pada saat bergerak dan nyeri reda saat klien istirahat</p> <p>S : Klien mengatakan sudah mengerti yang dikatakan perawat</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah : 130/90 mmHg</li> <li>Nadi : 97x/menit</li> </ol>

1	2	3	4
		<p>2. Mengukur suhu menggunakan <i>thermometer</i> digital, diletakkan didaerah <i>axilla</i>. Bersamaan dengan mengukur nadi klien pada nadi radialis selama 1 menit</p> <p>Pukul 12.15</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi riwayat alergi obat (menanyakan dan mengecek adakah alergi obat pada klien)</li> <li>2. Memberian obat injeksi <i>ketorolac</i> 30 mg intra vena</li> <li>3. Menjelaskan efek terapi obat</li> </ol>	<p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nafas : 20x/menit</li> <li>2. Suhu : 36,5°C</li> </ol> <p>Pukul 14.00</p> <p>S : Klien mengatakan tidak ada alergi obat O : Klien tidak ada alergi obat</p> <p>S : Setelah 2 jam diberikan obat, klien mengatakan nyeri nya berkurang</p> <p>S : Klien mengatakan sudah mengerti efek dari terapi obat A : Nyeri Akut belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>2. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (relaksasi napas dalam)</li> <li>3. Lakukan pengecekan tanda-tanda vital dan skala nyeri</li> <li>4. Kolaborasi pemberian <i>analgesic</i></li> <li>5. Jelaskan efek terapi obat</li> </ol> <p style="text-align: right;">   Shelvira Okmalita </p>

1	2	3	4
11-03-2021	2. Risiko <i>konstipasi</i>	Pukul 09.00 1. Memantau faktor risiko <i>konstipasi</i>  2. Memantau tanda dan gejala <i>konstipasi</i>	Pukul 11.00 S : Klien mengatakan sebelum sakit kurang dalam mengonsumsi makanan berserat O : Klien tampak lemas  S : Klien belum BAB dan sakit saat ingin BAB  A : Risiko <i>konstipasi</i> belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor kembali tanda dan gejala <i>konstipasi</i> 2. Jelaskan penyebab dan faktor risiko <i>konstipasi</i> 3. Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik sesuai kebutuhan   Shelvira Okmalita
11-03-2021	3. Risiko Infeksi	Pukul 09.30 1. Memantau tanda dan gejala infeksi  2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung dengan klien dan lingkungan klien serta melakukan	Pukul 09.40 S : Klien mengeluh nyeri O : Suhu klien normal 36,5°C hanya saja tampak kemerahan bekas luka operasi pada anus klien  O : Klien tampak meringis nyeri saat diganti perban O : Luka hanya tampak kemerahan disekitar anus

1	2	3	4
		<p>perawatan luka dengan mengganti perban klien dan mengamati kondisi sekitar luka pada anus</p> <p>Pukul 12.15</p> <p>1. Memberikan obat injeksi antibiotik <i>vicillin</i> 1,5 gr</p>	<p>S : Klien mengatakan tidak nyaman pada perban dianus nya</p> <p>Pukul 13.30</p> <p>S : Klien mengatakan sedikit lebih nyaman</p> <p>O : Klien tampak rileks dan beristirahat</p> <p>A : Risiko Infeksi belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan klien untuk meningkatkan asupan cairan dan nutrisi</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung dengan klien dan lingkungan klien</li> <li>3. Lakukan perawatan luka dengan teknik balutan steril</li> <li>4. Kolaborasi pemberian antibiotik</li> </ol> <div style="text-align: center;">  <p>Shelvira Okmalita</p> </div>

Catatan Perkembangan Hari Kedua

Tanggal	No Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
12-03-2021	1. Nyeri akut	<p>Pukul 21.00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan teknik nonfarmakologis nafas dalam sebelum tidur untuk mengurangi nyeri</li> <li>Menganjurkan klien istirahat</li> </ol> <p>Pukul 06.15</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengecek skala nyeri</li> <li>Mengukur tekanan darah klien menggunakan tensi digital pada tangan kanan diatas arteri brachialis dengan posisi klien berbaring tidur. Bersamaan dengan menghitung frekuensi nafas selama 1 menit</li> <li>Mengukur suhu menggunakan <i>thermometer</i> digital, diletakkan didaerah <i>axilla</i>. Bersamaan dengan mengukur nadi klien pada nadi radialis selama 1 menit</li> </ol>	<p>Pukul 21.10</p> <p>S : Klien mengatakan lega saat latihan nafas dalam O : Klien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan baik</p> <p>S : Klien mengikuti anjuran perawat untuk istirahat</p> <p>Pukul 06.25</p> <p>O : Skala nyeri 4 (0-10), klien masih tampak meringis nyeri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tekanan darah 120/80 mmHg</li> <li>Nadi : 95x/menit</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Frekuensi nafas : 20x/menit</li> <li>Suhu : 36,5°C</li> </ol>

1	2	3	4
		<p>Pukul 06.20</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan injeksi obat <i>ketorolac</i> untuk pereda nyeri</li> </ol>	<p>Pukul 09.00</p> <p>S : Setelah diberikan obat klien mengatakan nyeri nya berkurang</p> <p>O : Klien tanpa lebih rileks dan nyaman</p> <p>A : Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi kembali teknik nonfarmakologi yang telah diajarkan</li> <li>2. Lakukan pengecekan tanda-tanda vital</li> <li>3. Identifikasi skala nyeri</li> <li>4. Kolaborasi pemberian <i>analgesic</i></li> </ol>  <p>Shelvira Okmalita</p>
12-03-2021	2. Risiko <i>konstipasi</i>	<p>Pukul 06.30</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau kembali tanda dan gejala <i>konstipasi</i></li> <li>2. Menjelaskan penyebab dan faktor risiko <i>konstipasi</i></li> </ol>	<p>Pukul 09.00</p> <p>S : Klien masih mengeluh nyeri pada anus</p> <p>S : Klien mengatakan ingin BAB tapi masih belum bisa untuk BAB</p> <p>O : Klien tampak istirahat berbaring</p> <p>S : Klien mengatakan sudah mengetahui penyebab dan faktor risiko <i>konstipasi</i></p>

1	2	3	4
		<p>3. Menganjurkan klien untuk meningkatkan aktifitas fisik sesuai kebutuhan seperti perlahan-lahan miring kanan kiri</p>	<p>S : Klien mengatakan ia akan mengikuti anjuran perawat  O : Klien tampak meringis saat berpindah posisi tidur</p> <p>A : Konstipasi teratasi sebagian  P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan minum air putih sesuai kebutuhan</li> <li>2. Anjurkan konsumsi makanan berserat</li> </ol> <div style="text-align: center;">   Shelvira Okmalita </div>
12-03-2021	<p>3. Risiko infeksi</p>	<p>Pukul 06.30</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan dan nutrisi</li> <li>2. Menganjurkan klien untuk banyak istirahat</li> </ol> <p>Pukul 06.35</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan injeksi obat antibiotik <i>vicillin</i> 1,5 gr</li> </ol>	<p>Pukul 07.00</p> <p>S : Klien mengatakan akan banyak makan dan minum  O : Klien tampak sedang sarapan</p> <p>S : Klien mengikuti anjuran perawat untuk banyak istirahat</p> <p>Pukul 09.00</p> <p>O : Klien tampak lebih rileks setelah diberikan antibiotik</p>

1	2	3	4
		<p>Pukul 07.30</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan sebelum dan setelah kontak langsung dengan klien dan lingkungan klien serta melakukan perawatan luka mengganti perban pada anus klien</li> <li>2. Mengamati kondisi sekitar area luka di anus</li> </ol>	<p>Pukul : 07.35</p> <p>O : Klien masih tampak meringis nyeri</p> <p>S : Klien mengatakan lebih nyaman saat perban diganti</p> <p>O : Masih tampak kemerahan pada luka operasi area anus klien</p> <p>A : Risiko infeksi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung dengan klien dan lingkungan klien</li> <li>2. Lakukan perawatan luka dengan mengganti perban pada anus klien</li> <li>3. Kolaborasi pemberian obat antibiotik</li> </ol>  <p>Shelvira Okmalita</p>

Catatan Perkembangan Hari Ketiga

Tanggal	No Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
13-03-2021	1. Nyeri akut	<p>Pukul 14.00</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengulang kembali teknik nonfarmakologis yang telah diberikan</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengukur tekanan darah klien menggunakan tensi digital pada tangan kanan diatas arteri brachialis dengan posisi klien berbaring tidur. Bersamaan dengan menghitung frekuensi nafas selama 1 menit</li> <li>4. Mengukur suhu menggunakan <i>thermometer</i> digital, diletakkan didaerah <i>axilla</i>. Bersamaan dengan mengukur nadi klien pada nadi radialis selama 1 menit</li> </ol> <p>Pukul 18.20</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan injeksi <i>ketorolac</i> 30mg</li> </ol>	<p>Pukul 14.15</p> <p>O : Klien mengulang kembali teknik nafas dalam yang pernah diajarkan</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri hanya muncul sesekali S : Klien mengatakan sudah bisa duduk perlahan O : Skala nyeri 2 (0-10), klien sudah tidak meringis nyeri</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah : 120/70 mmHg</li> <li>2. Nadi : 88x/menit</li> <li>3. Frekuensi nafas : 20x/menit</li> <li>4. Suhu : 36,5°C</li> </ol> <p>Pukul 21.00</p> <p>S : Klien mengatakan setelah diberikan obat nyerinya tidak timbul O : Klien tampak beristirahat dengan rileks</p>

1	2	3	4
			<p>A : Nyeri akut teratasi P : Hentikan Intervensi</p>  <p>Shelvira Okmalita</p>
13-03-2021	2. Risiko <i>konstipasi</i>	<p>Pukul 14.30</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menganjurkan klien banyak minum air putih</li> <li>2. Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi makanan berserat</li> </ol>	<p>Pukul 15.00</p> <p>S : Klien mengatakan akan banyak minum air putih</p> <p>O : Klien sedang makan buah pisang dan papaya S : Klien mengatakan perasaan ingin BAB</p> <p>A : Risiko <i>konstipasi</i> teratasi sebagian P : Hentikan Intervensi</p>  <p>Shelvira Okmalita</p>
13-03-2021	3. Risiko infeksi	<p>Pukul 16.30</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak langsung dengan klien serta Melakukan perawatan luka dengan mengganti perban pada anus klien</li> </ol>	<p>Pukul 17.00</p> <p>S : Klien mengatakan lebih nyaman O : Klien tampak rileks</p>

1	2	3	4
		<p>2. Mengamati tanda dan gejala infeksi pada sekitar luka di anus</p> <p>Pukul 18.15</p> <p>1. Memberikan obat antibiotik <i>vicillin</i> 1,5 gr</p>	<p>O : Tidak ada tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas pada area sekitar anus</p> <p>Pukul 21.05</p> <p>O : Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri</p> <p>O : Klien tampak beristirahat</p> <p>A : Risiko infeksi teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p> <div style="text-align: center;">  <p>Shelvira Okmalita</p> </div>