

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 April 2019. Pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 14 April 2019. Nama Pasien dengan inisial nama Ny.S dengan nomor rekam medis 236850. Pasien berumur 53 tahun dirawat di Ruang Bedah RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Ny.S berjenis kelamin perempuan dan beralamat di Prokimal dengan status perkawinan sudah menikah. Ny.S menganut agama islam, dengan pendidikan terakhir Sekolah Dasar (SD) dan bekerja sebagai ibu rumah tangga, sumber biaya BPJS.

2. Sumber Informasi

Sumber informasi dari anak kandung pasien yang bernama Tn.A, berumur 23 tahun, pendidikan terakhir Sekolah Menengah Pertama (SMP), pekerjaan buruh, alamat Prokimal.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Masuk RS

Pada tanggal 14 April 2019 pukul 16.00 pasien datang ke IGD RSUD Mayjend HM Ryacudu dengan keluarganya dengan keluhan nyeri perut kanan bawah, nyeri dirasakan \pm 3 bulan, pasien mengatakan mual, nafsu makan menurun. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapat TD : 120/80 mmHg, N : 88x/menit, RR : 22 x/menit, T : 37^c. Kemudian dilakukan

pemeriksaan radiologi, dari hasil pemeriksaan pasien dinyatakan menderita appendisitis, lalu pasien dipindahkan ke ruang perawatan bedah pukul 17.15 WIB , pada tanggal 15 April 2019 pukul 08.00 pasien dilakukan operasi apendektomi.

b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian/ Riwayat Penyakit Sekarang (PQRST)

Keluhan utama, pasien mengatakan nyeri di luka post operasi hari pertama, nyeri seperti tertusuk-tusuk. Skala nyeri 6 (0-10), pasien tampak meringis. Terdapat luka jahitan yang tampak kemerahan tanpa mengeluarkan pus, posisi luka horizontal dengan panjang 7cm dengan 5 titik jahitan, lokasi di bagian abdomen kanan bawah. Pasien mengatakan nyeri datang ketika pasien duduk, dan nyeri berkurang ketika posisi tiduran terlentang, nyeri nya tidak menyebar, karena nyeri nya pasien tidak bisa beraktivitas secara mandiri. Pasien mengatakan badannya terasa lemas, pasien terlihat gelisah, pasien mengatakan sulit tidur dan tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, pasien mengatakan mual dan pasien mengatakan nafsu makannya menurun.

4. Riwayat Kesehatan Lalu

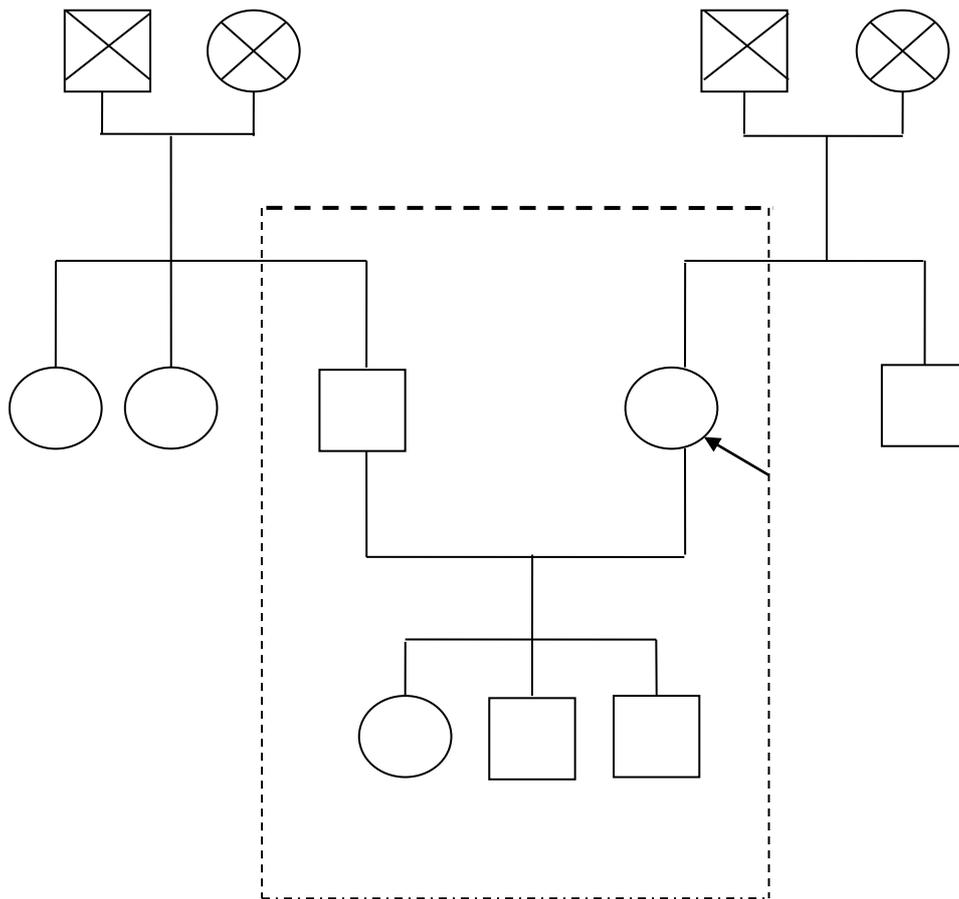
Pasien mengatakan belum pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya, pasien memiliki riwayat penyakit gastritis. Pasien mengatakan tidak ada alergi obat, tidak ada riwayat kecelakaan, tidak mempunyai riwayat pengobatan.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram pada keluarga Ny S terdapat pada gambar 3.1 dibawah ini :

Gambar 3.1

Genogram pada keluarga Ny S dapat dilihat pada bagan :



Keterangan :

□ = Laki-Laki

↖ = Pasien

○ = Perempuan

----- = Tinggal Seruma

┌───┐ = Garis Pernikahan

X = Meninggal

└───┘ = Garis Perkawinan

6. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Pola Nutrisi dan Cairan

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan lewat oral 3x sehari dengan nafsu makan yang baik, tetapi ketika sakit nafsu makan pasien menurun dengan frekuensi makan 3x sehari namun makan hanya ½ porsi yang telah diberikan dari rumah sakit di bantu oleh anaknya. Pasien mengatakan sebelum sakit pasien minum air putih secara oral kurang lebih 7-8 gelas / hari atau 1600 ml/hari, tetapi saat sakit pasien minum air putih secara oral kurang lebih 5-6 gelas / hari atau 1200 ml/hari, terpasang infus RL 20 tpm (makro), 3 kolf / hari.

b. Pola Eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAK 5x / hari, warna kuning jernih, bau khas, tidak terdapat darah dan tidak disertai nyeri saat BAK, pasien melakukan sendiri tanpa bantuan keluarga, namun saat sakit klien BAK 3-4 x / hari, dengan warna kuning jernih dan bau khas, tidak terdapat darah dan tidak disertai nyeri, pasien melakukan dengan dibantu oleh keluarga.

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 1x / hari dengan konsistensi padat dan warna kuning, bau khas, tidak terdapat darah dan tidak berlendir, namun saat sakit pasien mengatakan BAB 1x/hari dengan konsistensi lunak dan warna kuning kecoklatan, bau khas, tidak terdapat darah dan tidak nyeri saat BAB.

c. Pola personal hygiene

Pasien mengatakan sebelum sakit klien mandi 2x sehari, pagi dan sore, membersihkan gigi ketika mandi, serta mencuci rambut 1x sehari dilakukan secara mandiri. Saat sakit pasien mandi dan menggosok gigi sehari sekali dibantu oleh anaknya.

d. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit pasien tidur 8 jam / hari, kebiasaan pasien sebelum tidur yaitu menonton televisi dan mengobrol dengan keluarga, pasien tidak kesulitan dalam tidur. Saat sakit pasien mengatakan sulit tidur terutama pada malam hari karena merasa nyeri di perut kanan bawah dengan durasi tidur 5 jam / hari, pola tidur berubah.

e. Pola Aktivitas dan Latihan

Sebelum sakit pasien tidak mengalami keterbatasan dalam hal mandi, menggunakan pakaian dan beraktivitas. Saat sakit, pasien mengatakan mengalami keterbatasan dalam hal mandi dan berpakaian, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Skala aktivitas 2 (0-4).

f. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pasien tidak mengetahui penyakitnya, tindakan keluarga adalah membawa pasien ke RS, tidak ada kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan seperti merokok dan minuman keras, pasien tidak ketergantungan obat.

7. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan umum

Kesadaran pasien composmentis, tekanan darah 110/70 mmHg, frekuensi denyut nadi 90x/menit, frekuensi pernafasan 22x/menit. suhu tubuh 37,5°C, tinggi badan 160cm, berat badan 44kg.

b. Pemeriksaan Fisik persistem

1) Sistem Penglihatan

Pasien dapat melihat secara jelas, posisi mata simetris, kelopak mata normal tidak ada kelainan, konjungtiva tidak anemis, tidak ada ikterik pada mata. Lapang pandang baik dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

2) Sistem Pendengaran

Telinga antara kanan dan kiri simetris, tidak ada tanda-tanda radang dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

3) Sistem Wicara

Saat pengkajian pasien mampu berkomunikasi dengan baik, tidak mengalami kesulitan dalam berbicara.

4) Sistem Pernafasan

Jalan nafas bersih, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas, suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan. Frekuensi nafas 22x/menit.

5) Sistem Kardiovaskuler

Tidak ada kelainan bunyi jantung, irama teratur dengan frekuensi nadi 90x/menit, temperatur kulit hangat, warna kulit pucat.

6) Sistem Neurologis

Kesadaran pasien composmentis dengan Glaslow Coma Scale (GCS) E4M6V5, nilai kekuatan otot ekstremitas atas sebelah kanan secara berurutan dimulai dari lengan atas, lengan bawah, tangan, dan jari-jari tangan adalah 4,4,4,4. Kekuatan otot ekstremitas atas sebelah kiri secara berurutan dimulai dari lengan atas, lengan bawah, tangan, dan jari-jari tangan adalah 4,4,4,4. Sedangkan untuk ekstremitas bawah sebelah kanan untuk tungkai atas, tungkai bawah, kaki, dan jari-jari kaki adalah 4,4,4,4. Demikian juga untuk ekstremitas kiri bawah untuk tungkai atas, tungkai bawah, kaki, dan jari-jari kaki adalah 4,4,4,4.

Nilai 4 menunjukkan kekuatan otot klien dapat menggerakkan sendi, dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pemeriksa disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan.

7) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut bersih, pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan. Pasien mengatakan mual, tidak ada sariawan. Pasien mengatakan belum buang air besar sejak operasi. Bising usus 16x/menit. Tidak ada ascites dan terdapat nyeri di bagian abdomen kanan bawah.

8) Sistem Imunologi

Pada saat pengkajian pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

9) Sistem Endokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar tiroid. Tidak ada tanda tanda peningkatan kadar gula darah.

10) Sistem Urogenital

Tidak ada distensi pada kandung kemih, pasien tidak menggunakan kateter, keadaan genital baik. Pasien mengatakan tidak ada masalah dengan buang air kecilnya.

11) Sistem Integumen

Rambut pasien berwarna hitam, pertumbuhan merata, bersih, panjang dan tidak bau. Kekuatan kuku baik, kuku pasien tidak panjang & bersih. Turgor kulit baik, warna kulit sawo matang, kebersihan kulit cukup baik, luka post operasi appendisitis hari ke 1. Kondisi luka dengan jahitan rapi, luka bersih, tidak ada pus, tidak bengkak, panjang luka \pm 7 cm dengan 5 jahitan.

12) Sistem Muskuloskeletal

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan lemas, pasien tampak lemah, pasien tampak dibantu dalam beraktivitas karena adanya luka operasi di bagian abdomen, pasien tirah baring. Pasien tidak menggunakan alat bantu jalan. Tidak ada tanda-tanda fraktur.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pada pasien appendisitis dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium sebagaimana dijelaskan pada tabel 3.1 dibawah ini.

Tabel 3.1

Hasil pemeriksaan laboratorium Ny S di Ruang Bedah RSUD Mayjend HM

Ryacudu Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 14 April 2019

No	Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1.	SGOT / AST	7,6 U/L	5 – 40 U/L
2.	SGPT / ALT	13 U/L	5 – 41 U/L
3	<i>Ureum</i>	21 mg/dl	15 – 39 mg/Dl
4	<i>Kreatinin</i>	0,5	L : 0.9 – 1.2 P : 0.5 – 1.1
5.	WBC (<i>leukosit</i>)	3,7 x 10 ³ /uL	4.00 – 10.00
6.	RBC (<i>eritrosit</i>)	4,5 x 10 ⁶ /uL	3.50 – 5.50
7.	HGB (<i>hemoglobin</i>)	12,50 gr/dl	11.0 – 16.0
8.	PLT (<i>Trombosit</i>)	324 x 10 ³ /uL	150 – 450
9.	Gula darah sewaktu	140 mg/dl	100 – 200 mg/dL

9. Penatalaksanaan

Tabel 3.2

Program Therapi Ny S tanggal 16-18 April 2019

Selasa , 16 April 2019	Rabu, 17 April 2019	Kamis, 18 April 2019
Infus ringer laktat 20tpm	Infus ringer laktat 20tpm	Infus ringer laktat 20tpm
Ranitidine 2x25mg/iv	Ranitidine 2x25mg/iv	Ranitidine 2x25mg/iv
Ketorolac 330mg/iv	Ketorolac 3x30mg/iv	Ketorolac 3x30mg/iv
Metronidazole 3x500gr/iv	Metronidazole 3x500gr/iv	Metronidazole 3x500gr/iv
Vicilin 3x1,5gr/iv	Vicilin 3x1gr/iv	Vicilin 3x1gr/iv
Paracetamol 3x1 tablet 500mg	Paracetamol 3x1 tablet 500mg	Paracetamol 3x1 tablet 500mg

10. Data Fokus

Hasil pengkajian diatas dapat ditemukan data-data yang menjadi masalah dan keluhan pasien. Adapun data yang dikeluhkan dapat dilihat dari tabel dibawah ini :

Tabel 3.3

Data fokus hasil pengkajian pada pasien post operasi appendisitis terhadap Ny S di Ruang Bedah RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Data Subjektif	Data Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan terdapat luka post operasi 2. Pasien mengatakan nyeri di luka post operasi di perut kanan bawah 3. Pasien mengatakan nyeri dirasakan \pm 3 bulan 4. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 5. Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk 6. Pasien mengatakan sulit tidur 7. Pasien mengatakan hanya berbaring saja 8. Pasien mengatakan lemas dan aktivitasnya di bantu oleh keluarga 9. Pasien mengatakan mual 10. Pasien mengatakan nafsu makan menurun 11. Pasien mengatakan sulit untuk tidur 12. Pasien mengatakan sering terjaga 13. Pasien mengatakan pola tidur berubah. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Pasien tampak gelisah 3. Pasien tampak pucat 4. Skala nyeri 6 (1-10) 5. Tekanan darah 110/70 mmHg 6. Nadi 90x/menit 7. Pernafasan 22x/menit 8. Suhu 37,5$^{\circ}$c 9. Pasien tampak lelah 10. Pasien tirah baring 11. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan 12. Skala aktivitas 2 (0-4) 13. Tampak ada luka sayatan \pm 7cm diperut kanan bawah 14. Tampak kemerahan pada luka sayatan 15. Terdapat lingkaran hitam dibawah mata pasien dan mata tampak lelah

11. Analisa Data

Analisa data keperawatan yang bermasalah pada pengkajian Ny S seperti tabel dibawah ini.

Tabel 3.4

Analisa data pada Ny S dengan post operasi apendiktomi di Ruang Bedah RSUD

Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi hari pertama di bagian abdomen kanan bawah b. Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk c. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul d. Pasien mengatakan nyeri datang ketika duduk dan nyeri hilang ketika tidur terlentang e. Pasien mengatakan sulit tidur <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Skala nyeri 6 (1-10) b. Terdapat luka post op di abdomen kanan bawah c. Pasien tampak meringis d. Tekanan darah 110/70 mmHg e. Frekuensi nadi 90x/menit f. Frekuensi nafas 22x/menit g. Suhu 37,5°c h. Pemberian obat ketorolac 3x30mg/hari (iv) 	Nyeri akut	Agen pencedera fisik
2.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan lemas b. Pasien mengatakan aktivitasnya di bantu keluarga <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi,makan b. Pasien tampak lemah 		

1	2	3	4
2.	c. Pasien tirah baring d. Skala aktivitas 2	Intoleransi aktivitas	Kelemahan
3.	Data Subjektif : - Data Objektif : a. Ada luka sayatan kurang lebih 7 cm di perut kanan bawah b. Tekanan Darah (TD) : 110/70 mmHg, Nadi (N) : 80x/menit, pernafasan : 20x/menit, suhu : 37,5°C c. Tampak kemerahan pada luka sayatan di perut kanan bawah d. Pemberian obat vicillin 3x1,5 gr/ iv	Risiko infeksi	
4.	Data Subjektif: a. Pasien mengatakan sulit untuk tidur b. Pasien mengatakan sering terjaga c. Pasien mengatakan pola tidur berubah. Data Objektif: a. Pasien tampak lemah b. Terdapat lingkaran hitam dibawah mata pasien c. Mata tampak lelah	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur

12. Diagnosa Keperawatan

Beberapa diagnosa yang di tegakkan berdasarkan data hasil pengkajian terhadap Ny S , yaitu sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, skala nyeri 6, pasien sulit tidur
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan lemas, aktivitasnya di bantu keluarga, pasien tirah baring, skala aktivitas 2 (0-4)
- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan ada luka sayatan kurang lebih 7cm diperut kanan bawah, kemerahan pada kulit daerah operasi
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur dibuktikan dengan terdapat lingkaran hitam di kelopak mata

Adapun prioritas diagnosa yang utama pada diagnosa keperawatan tersebut yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, skala nyeri 6, pasien sulit tidur
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan pasien mengatakan lemas, aktivitasnya dibantu keluarga, pasien tirah baring, skala aktivitas 2 (0-4)
- c. Risiko infeksi dibuktikan dengan ada luka sayatan kurang lebih 7cm diperut kanan bawah, kemerahan pada kulit daerah operasi

13. Rencana Keperawatan

Prioritas diagnosa yang telah dipaparkan diatas, maka rencana keperawatan dari tiga prioritas diagnosa utama tersebut dapat digambarkan pada tabel berikut

Tabel 3.5

Rencana Keperawatan Ny S di Ruang Bedah RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi
Lampung Utara

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Pola tidur normal (5) 	<p>Managemen Nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Fasilitasi istirahat dan tidur 6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. terapi musik, aromaterapi, kompres hangat/dingin) 7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Intoleransi aktifitas b.d kelemahan	<p>Toleransi Aktifitas (L.05047)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat (5) 	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Melakukan latihan rentan gerak pasif/aktif

1	2	3	4
2.		2. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat (5) 3. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat (5) 4. Perasaan lemah menurun (5) 5. Keluhan lelah menurun (5)	4. Mengajarkan tirah baring 5. Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Terapi Aktivitas (I.05186) 1. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (meliputi ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri) sesuai kebutuhan 2. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 3. Anjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas kolaborasi
3	Risiko infeksi	Tingkat Infeksi (L.14137) Kriteria Hasil : 1. Kebersihan tangan meningkat (5) 2. Kebersihan badan meningkat (5) 3. Bebas dari tanda dan gejala infeksi (5) 4. Keadaan luka membaik (5)	Pencegahan Infeksi (I.14539) 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 8. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 9. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

1	2	3	4
			<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda infeksi 2. Lepaskan balutan plester secara perlahan 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non-toksik 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

5. Implementasi dan Evauasi

Catatan perkembangan dari tiga diagnosa utama yang telah dipaparkan diatas dapat dilihat pada tabel.

Tabel 3.6

Implementasi dan Evaluasi pada Ny S dengan Post Operasi Apendiktomi di Ruang Bedah RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1.	<p>Tanggal / jam : 16 April 2019</p> <p>Pukul : 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan 	<p>Tanggal / jam : 16 April 2019</p> <p>Pukul : 15. 15 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi 2. Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk 3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 4. Pasien mengatakan sulit tidur

1	2	3
	<p>memperingan nyeri</p> <p>5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam)</p> <p>Pukul 15.30 WIB</p> <p>6. Memberikan obat ketorolac 1 amp/iv</p> <p>7. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital</p> <p>8. Memfasilitasi istirahat dan tidur</p>	<p>O :</p> <p>Pukul 15.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri 6 (1-10) 3. Pasien tampak gelisah 4. Pemeriksaan tanda-tanda vital <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah 110/70 mmHg b. Nadi 90x/menit c. Pernafasan 22x/menit d. Suhu 37,5 °c <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi Managemen Nyeri (I.08238)</p> <p style="text-align: right;">Diajeng sukma novi anggraini</p>
2.	<p>Tanggal/ jam : 16 April 2019</p> <p>Pukul : 16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Melakukan latihan rentan gerak pasif/aktif <p>Pukul : 16. 30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menganjurkan tirah baring 5. Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>Pukul : 16.50 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Memfasilitasi aktivitas fisik rutin (meliputi ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri) sesuai kebutuhan 	<p>Tanggal/jam : 16 April 2019</p> <p>Pukul : 16.10 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lemas 2. Pasien mengatakan aktifitasnya dibantu keluarga <p>O :</p> <p>Pukul 16.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktifitas pasien dibantu oleh keluarga seperti kekamar mandi, makan, berpakaian 2. Pasien tampak lemah 3. Pasien tampak tirah baring <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Manajemen Energi (I.05178) Terapi Aktivitas (I.05186)</p>

1	2	3
2.	7. Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 8. Menganjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas kolaborasi	<p style="text-align: center;">Diajeng sukma novi anggraini</p>
3.	<p>Tanggal / jam : 16 April 2019</p> <p>Pukul : 17.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Menganjurkan batasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Memberikan obat vicilin 1 amp/ iv <p>Pukul : 19.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 7. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non-toksik 8. Memasang balutan sesuai jenis luka 9. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 	<p>Tanggal / jam : 16 April 2019</p> <p>S :</p> <p>Pukul 18.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda dan gejala infeksi <ol style="list-style-type: none"> a. Dolor : pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi b. Kalor : tubuh pasien panas dengan suhu 37,5 °c c. Tumor : tidak tampak pembengkakan pada daerah post operasi d. Rubor : tampak sedikit kemerahan pada daerah luka post operasi e. Fungsi laesa : tidak ada perubahan fungsi di daerah abdomen <p>O :</p> <p>Pukul : 19. 30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak luka post operasi pada abdomen pasien 2. Pengunjung tampak ramai <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi Pencegahan Infeksi (I.14539) Perawatan Luka (I.14564)</p> <p style="text-align: center;">Diajeng sukma novi anggraini</p>

1	2	3
1.	<p>Tanggal / jam : 17 April 2019</p> <p>Pukul : 08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam) <p>Pukul 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Memberikan obat ketorolac 1 amp/iv 7. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 8. Memfasilitasi istirahat dan tidur 	<p>Tanggal / jam : 17 April 2019</p> <p>S :</p> <p>Pukul : 08.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih terasa nyeri 2. Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk 3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul <p>O :</p> <p>Pukul : 09.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak meringis 2. Skala nyeri 4 (1-10) 3. Pasien tampak sedikit tenang <p>Pukul : 11. 30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pemeriksaan tanda-tanda vital <ol style="list-style-type: none"> a. Tekanan darah 110/80 mmHg b. Nadi 78x/menit c. Pernafasan 22x/menit d. Suhu 37,5 °c <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi Managemen Nyeri (I.08238)</p> <p style="text-align: right;">Diajeng sukma novi anggraini</p>
2.	<p>Tanggal / jam : 17 April 2019</p> <p>Pukul : 09. 30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Memonitor pola dan jam tidur 3. Melakukan latihan rentan gerak pasif/aktif <p>Pukul : 10. 00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Menganjurkan tirah baring 	<p>Tanggal / jam : 17 April 2019</p> <p>Pukul : 09. 45 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lemas berkurang 2. Pasien mengatakan aktifitasnya dibantu keluarga 3. Keluarga mengatakan pasien sudah dapat berjalan ke kamar mandi <p>O :</p> <p>Pukul : 10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Aktifitas pasien dibantu oleh keluarga seperti makan

1	2	3
2.	<p>5. Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Pukul : 10.30 WIB</p> <p>6. Memfasilitasi aktivitas fisik rutin (meliputi ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri) sesuai kebutuhan</p> <p>7. Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>8. Menganjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas kolaborasi</p>	<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi Manajemen Energi (I.05178) Terapi Aktivitas (I.05186)</p> <p style="text-align: center;">Diajeng sukma novi anggraini</p>
3.	<p>Tanggal / jam : 17 April 2019 Pukul : 11.00 WIB</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi</p> <p>2. Menganjurkan batasi jumlah pengunjung</p> <p>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan</p> <p>4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>5. Memberikan obat vicilin 1 amp/iv</p> <p>Pukul 11.30 WIB</p> <p>6. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan</p> <p>7. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non-toksik</p> <p>8. Memasang balutan sesuai jenis luka</p>	<p>Tanggal / jam : 17 April 2019 S : Pukul : 11.30 WIB</p> <p>1. Tanda dan gejala infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dolor : pasien masih mengeluh nyeri pada luka post operasi b. Kalor : tubuh pasien panas dengan suhu 37,5 °c c. Tumor : tidak tampak pembengkakan pada daerah post operasi d. Rubor : tampak sedikit kemerahan pada daerah luka post operasi e. Fungsi laesa : tidak ada perubahan fungsi di daerah abdomen <p>O : Pukul : 11. 15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak luka post operasi membaik 2. Pengunjung masih tampak ramai <p>A : Masalah belum teratasi</p>

1	2	3
3.	9. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	P : Lanjutkan Intervensi Pencegahan Infeksi (I.14539) Perawatan Luka (I.14564) Diajeng sukma novi anggraini
1.	Tanggal / jam : 18 April 2019 Pukul : 14.15WIB 1. Mengidentifikasi lokasi, frekuensi, kualitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam) Pukul 16.15 WIB 6. Memberikan obat ketorolac 1 amp/iv 7. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 8. Memfasilitasi istirahat dan tidur	Tanggal / jam : 18 April 2019 Pukul : 14.30 S : 1. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang a. Nyeri di abdomen klien sudah berkurang O : Pukul : 16.30 WIB 1. Pasien tampak rileks 2. Skala nyeri 2 (1-10) 3. Pemeriksaan tanda-tanda vital a. Tekanan darah 120/80 mmHg b. Nadi 78x/menit c. Pernafasan 20x/menit d. Suhu 37°C A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi Diajeng sukma novi anggraini
2.	Tanggal / jam : 18 April 2019 Pukul : 17. 15 WIB 1. Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan	Tanggal / jam : 18 April 2019 Pukul :18.30 WIB S : 1. Pasien mengatakan tidak lemas lagi 2. Keluarga mengatakan pasien sudah mulai beraktifitas mandiri seperti

1	2	3
2.	<p>2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3. Melakukan latihan rentan gerak pasif/aktif</p> <p>Pukul : 17. 40 WIB</p> <p>4. Menganjurkan tirah baring</p> <p>5. Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>Pukul : 19.20 WIB</p> <p>6. Memfasilitasi aktivitas fisik rutin (meliputi ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri) sesuai kebutuhan</p> <p>7. Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu</p> <p>8. Menganjurkan keluarga untuk memberikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas kolaborasi</p>	<p>kekamar mandi</p> <p>O :</p> <p>Pukul : 18. 15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak rileks 2. Pasien nampak beraktifitas sendiri <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Diajeng sukma novi anggraini</p>
3.	<p>Tanggal / jam : 18 April 2019</p> <p>Pukul : 19. 45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Menganjurkan batasi jumlah pengunjung 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Memberikan obat vicilin 1 amp/ iv <p>Pukul : 20.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 	<p>Tanggal / jam : 18 April 2019</p> <p>S :</p> <p>Pukul : 20.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda dan gejala infeksi <ol style="list-style-type: none"> a. Dolor : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang b. Kalor : tubuh pasien tidak panas lagi dengan suhu 37 °c c. Tumor : tidak tampak pembengkakan pada daerah post operasi d. Rubor : luka post operasi pasien tampak membaik dan tidak ada kemerahan lagi e. Fungsio laesa : tidak ada perubahan fungsi di daerah abdomen

1	2	3
3.	7. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non-toksik 8. Memasang balutan sesuai jenis luka 9. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	O : Pukul : 20.45 WIB 1. Tampak luka post operasi pasien sudah membaik 2. Pengunjung tampak sedikit A : Masalah teratasi P : Hentikan Intervensi Diajeng sukma novi anggraini