

## **BAB III**

### **LAPORAN STUDI KASUS**

#### A. Pengkajian

##### 1. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 1 Oktober 2019 pada pukul 15.00 WIB. Pasien masuk ke rumah sakit pada tanggal 29 September 2019. Nama pasien dengan inisial nama Tn. R dengan nomor rekam medis 242076. Pasien berumur 68 tahun dirawat di Ruang Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara. Tn. R berjenis kelamin laki laki dan beralamat di Pakuan Ratu dengan status perkawinan sudah menikah. Tn. R menganut agama islam, dengan pendidikan terakhir adalah SD dan bekerja sebagai petani, sumber biaya BPJS.

##### 2. Sumber Informasi (Penanggung Jawab)

Sumber informasi dari anak kandung pasien yang bernama Ny. S berumur 35 tahun, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Pakuan Ratu.

##### 3. Riwayat Kesehatan

###### a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien masuk ke unit gawat darurat (UGD) RSD Mayjend HM Ryacudu pada tanggal 29 September 2019 pada pukul 10.00 WIB dihantar oleh keluarganya dengan keluhan terdapat benjolan di lipatan paha kiri, nyeri dan terasa tidak nyaman, Pasien mengatakan benjolan

tersebut kurang lebih 1 tahun yang lalu dan semakin lama semakin membesar, di dapatkan diagnosa medis yaitu hernia inguinalis sinistra. Saat di UGD pasien dipasang infus RL 20 tpm makro, dengan pemberian terapi viccilin 1500 mg/8 jam melalui intravena dan keterolac 30 mg /8 jam melalui intravena. Pemeriksaan tanda tanda vital menunjukkan Tekanan darah : 120 / 80 mmHg N : 80 X/ menit , Pernafasan : 20 X/ menit, Suhu : 36,5 °C. Setelah dilakukan tindakan pasien diantar ke ruang perawatan bedah dan direncanakan untuk operasi pada tanggal 30 September 2019. Setelah dilakukan tindakan operasi pasien dibawa ke ruang ICU. Pada tanggal 1 Oktober 2019 pukul 10.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang perawatan kembali dengan keluhan nyeri pada luka post operasi di bagian lipatan paha kiri.

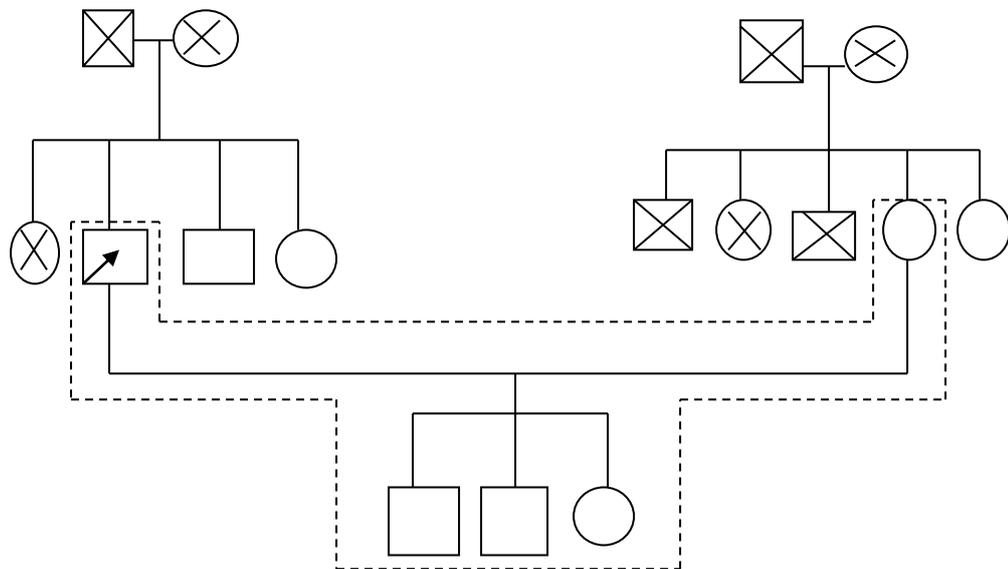
b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

Keluhan utama, pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi, pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk dengan skala nyeri 7 (0-10), pasien mengatakan nyeri dirasakan dibagian lipatan paha kiri nyeri yang dirasakan hanya diarea luka operasi, pasien mengatakan nyeri jika bergerak, nyeri hilang timbul, nyeri dirasakan kurang lebih 2-4 menit, nyeri hilang jika pasien tidak melakukan aktivitas apapun (berbaring). Keluhan penyerta yang dirasakan pasien yaitu, Pasien mengeluh sulit untuk bergerak seperti miring kiri/kanan dan duduk secara mandiri karena terdapat luka post op di lipatan paha kiri.

#### 4. Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien tidak ada riwayat kecelakaan, pasien tidak ada riwayat operasi, pasien tidak ada riwayat penyakit kronis, pasien tidak ada riwayat alergi.

#### 5. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan :



: Pria



: Wanita



: Meninggal



: Pasien



: tinggal serumah

#### 6. Riwayat Psiko Sosial Spiritual

Pasien mengatakan tidak pernah stress dalam hal keluarga, pasien mengatakan jika stress pasien hanya beristirahat, pasien mengatakan

selalu mendapat dukungan dari keluarga, pasien mengatakan tidak ada kepercayaan yang bertentangan dengan agama yang dianutnya.

7. Pola kebiasaan sehari-hari

a. Pola Nutrisi dan Cairan

Sebelum sakit pasien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi baik dan menghabiskan porsi yang tersedia, asupan cairan pasien oral, dan minum 8 gelas sehari dengan frekuensi kurang lebih 2000 ml/hari. Saat sakit pasien mengatakan makan 3x sehari dan menghabiskan porsi yang tersedia dan pasien hanya makan bubur yang lunak. Asupan cairan pasien oral dengan frekuensi 3-4 gelas sehari dan terpasang infus RL 20 tpm 1500 cc/24 jam.

b. Pola Eliminasi

BAK sebelum sakit, pasien mengatakan buang air kecil 5-6 X /sehari warna kekuningan bau seperti pada umumnya, pasien melakukan buang air kecil secara mandiri, pasien tidak memiliki keluhan saat BAK. BAB sebelum sakit, pasien mengatakan sebelum sakit BAB 1X / hari dengan konsentrasi padat warna kecoklatan, pasien melakukan buang air besar secara mandiri dan tidak memiliki keluhan saat BAB.

BAK saat sakit, Saat sakit pasien terpasang kateter, warna urin seperti pada umumnya, bau seperti pada umumnya, volume urin kurang lebih 1000-1800 cc / 24 jam. BAB saat sakit, saat pengkajian pasien mengatakan belum BAB, karena terasa lama

dan sulit serta terasa feses keras dan pasien mengatakan merasa cemas jika harus mengejan karena terdapat luka operasi di bagian lipatan paha kiri.

c. Pola Personal Hygiene :

Sebelum sakit, pasien mengatakan mandi 2X sehari pada waktu pagi dan sore hari pasien mandi secara mandiri dan oral hygiene 2x sehari, Saat sakit, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga pada saat sakit pasien hanya dilap saja menggunakan handuk dan air hangat 2X sehari pada pagi dan sore hari dan tidak melakukan oral hygiene.

d. Pola Istirahat dan Tidur :

Sebelum sakit, pasien mengatakan tidur 8 jam pada malam hari dan tidak memiliki keluhan saat tidur, Saat sakit pasien mengatakan setiap harinya tidur selama 6 jam karena sering terbangun akibat nyeri pada daerah luka operasinya dan kondisi di ruangannya yang tidak memungkinkan pasien untuk tidur dengan nyenyak.

e. Pola Aktivitas dan Latihan :

Sebelum sakit, pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas secara normal seperti makan, minum, menggunakan pakaian secara mandiri, Saat sakit, pasien memiliki keterbatasan dalam melakukan aktifitas seperti duduk dan berjalan karena terdapat

luka post op dan dalam aktivitas makan, minum, berpakaian dibantu oleh keluarganya.

f. Pola persepsi dan manajemen kesehatan :

Pasien mengatakan tidak merokok, minuman keras dan tidak memiliki ketergantungan obat.

8. Pengkajian Fisik :

a. Pemeriksaan Umum

Kesadaran composmentis, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 75 x/menit, pernafasan 19 x/menit, suhu 36,5°C.

b. Sistem Penglihatan

Sistem penglihatan, posisi mata pasien simetris pergerakan bola mata normal lapang pandang baik reaksi pupil pada cahaya baik pasien tidak menggunakan alat bantu pasien tidak memiliki keluhan pada matanya

c. Sistem Pendengaran

Posisi telinga simetris, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran, pasien tidak memiliki keluhan pada pendengarannya.

d. Sistem Wicara

Pasien dapat berbicara dengan baik dan tidak memiliki gangguan berbicara

e. Sistem Pernafasan

Jalan nafas baik, pasien tidak mengeluh sesak, frekuensi nafas 19 x/menit, irama nafas teratur, tidak ada suara nafas tambahan dan tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem Kardiovaskuler

Nadi 75x/menit, irama nadi teratur, denyut nadi kuat temperatur kulit hangat.

g. Sistem Neurologis

Kekuatan otot	5555	5555
	5555	5555

h. Sistem Immunology

Tidak terjadi pembesaran pada kelenjar getah bening.

i. Sistem Integumen

Keadaan rambut berminyak dan bewarna hitam keputihan ,keadaan kuku tampak bersih, keadaan kulit bewarna kecoklatan, terdapat luka operasi pada bagian lipatan paha kiri dengan luas luka  $\pm$  5 cm dengan hecting 4 jahitan dan tidak terdapat cairan apapun yang keluar dari luka.

j. Sistem Muskuloskletal

Pasien mengalami keterbatasan dalam gerak seperti miring kiri/kanan dan duduk, karena terdapat luka operasi pada lipatan paha kiri.

## 9. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.1  
 Hasil Pemeriksaan Laboratorium Tn. R di Ruang Bedah RSD  
 Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal  
 29 September 2019

No	Nama tes	Hasil tes	Nilai normal	Satuan
1	SGOT	15	5-40	U/L
2	SGPT	12	5-41	U/L
3	Ureum	25	15-39	Mg/dl
4	Kreatinin	0,7	0,6-0,9	Mg/dl
5	GDS	87	70-180	Mg/dl

## 10. Penatalaksanaan Medis :

Pada tanggal 2 - 4 Oktober 2019 pasien mendapatkan infus RL 1500 cc/24 jam : 20 tpm dengan pemberian terapi obat Tranexamid acid 250 mg / 8 jam melalui intravena, Keterolac 30 mg / 8 jam melalui intravena, Cefuroxim 1 gr / 12 jam melalui intravena.

## 11. Data Fokus

Tabel 3.2  
 Data fokus pada Tn. R di Ruang Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu  
 Kotabumi Lampung Utara

Data Subyektif	Data Obyektif
1. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi	1. Pasien meringis menahan nyeri
2. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul	2. Tanda tanda vital TD : 120/80 mmHg N : 75 X/menit RR : 19 X/menit S : 36,5 °C
3. Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak	
4. Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk	3. Terdapat luka post operasi di bagian lipatan paha kiri dengan luas luka ± 5

5. Pasien mengatakan terdapat luka operasi di bagian lipatan paha kiri	cm dengan hecting 4 jahitan.
6. Pasien mengatakan sudah mencoba miring kiri /kanan namun masih mengalami masalah pergerakan	4. Pasien berhati hati menggerakkan tubuhnya
7. Pasien mengeluh sulit tidur	5. Pasien mencoba miring kanan/kiri namun masih kesulitan
8. Pasien mengatakan kurang istirahat	6. Skala nyeri 7 (0-10)
9. Pasien mengatakan aktivitas perawatan dirinya mandi, berpakaian dibantu oleh keluarganya	7. Pasien mendapatkan tranexamid acid 250 mg / 8 jam
10. Pasien mengatakan belum BAB karena terasa lama dan sulit serta feses terasa keras	8. Pasien mendapatkan keterolac 30 mg/ 8 jam
11. Pasien mengatakan cemas untuk mengejan karena terdapat luka post op di lipatan paha kiri	9. Pasien mendapatkan cefuroxim 1 gr/ 12 jam

## 12. Analisa data

Tabel 3.3  
Analisa data pada Tn. R di Ruang Bedah RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1	DS : - Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka post operasi di bagian lipatan paha kiri</li> <li>- Pasien meringis menahan nyeri</li> </ul> <p>TD : 120/80 mmHg N : 75 X/ menit RR: 19 X/ menit S: 36,5° C</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri 7 (0-10)</li> </ul>		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan terdapat luka post operasi di bagian lipatan paha kiri</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka operasi di lipatan paha kiridengan luas luka ± 5 cm dengan hecting 4 jahitan.</li> </ul>	Kerusakan integritas kulit	Faktor mekanik
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pasien mengatakan sulit untuk duduk</li> <li>- Pasien mengatakan sudah mencoba miring kanan/kiri namun masih mengalami masalah pergerakan</li> </ul>	Hambatan mobilitas fisik	Nyeri

	<p>- Pasien mengatakan aktivitas nya dibantu oleh keluarga</p> <p>DO :</p> <p>- Pasien berhati hati menggerakkan tubuhnya</p>		
--	---	--	--

### B. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data diatas, maka diagnosa keperawatan berdasarkan skala prioritas sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan melaporkan nyeri, skala nyeri 7 (0-10), ekspresi wajah meringis menahan nyeri.
2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik ditandai dengan terdapat adanya luka operasi di lipatan paha kiri.
3. Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan nyeri ditandai dengan hambatan kemampuan bergerak miring kiri/kanan dan posisi duduk.

## C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4  
Rencana Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman : Nyeri  
Kasus Post Operasi Hernia Inguinalis Pada Tn.R di Ruang Bedah RSD  
Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Diagnosa Kep	Tujuan	Intervensi
1.	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	<p><b>Kontrol Nyeri</b> Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenal kapan nyeri terjadi</li> <li>2. Mengenal faktor penyebab nyeri</li> <li>3. Menggunakan tindakan pencegahan</li> <li>4. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik</li> <li>5. Melaporkan nyeri yang terkontrol</li> </ol> <p><b>Tingkat nyeri</b> Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri yang dilaporkan</li> <li>2. Mengerang dan menangis</li> <li>3. Tidak bisa beristirahat</li> <li>4. Ekspresi nyeri</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, kualitas, dan faktor prespitasi</li> <li>2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>3. Gunakan teknik relaksasi untuk mengatasi nyeri</li> <li>4. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> <li>5. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</li> <li>6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri misal suhu</li> </ol>

		<p>wajah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Frekuensi nafas</li> <li>6. Denyut nadi</li> </ol>	<p>ruangan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Kurangi faktor presipitasi nyeri</li> </ol> <p><b>Pemberian Analgesik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, sebelum pemberian obat</li> <li>2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi</li> <li>3. Cek riwayat alergi</li> </ol> <p>Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik tepat</p>
2	Kerusakan integritas kulit b.d faktor mekanik	<p><b>Integritas Kulit dan Membran Mukosa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temprature)</li> <li>2. perfusi jaringan baik</li> <li>3. mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit</li> </ol>	<p><b>Perawatan Luka</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Angkat balutan dan plester perekat</li> <li>2. ganti balutan pada interval waktu yang sesuai</li> <li>3. Monitor karakteristik luka</li> <li>4. Singkirkan benda benda yang tertanam pada luka</li> <li>5. Bersihkan balutan sesuai dengan jenis luka</li> <li>6. Bersihkan mulai</li> </ol>

			<p>dari area yang bersih ke area yang kurang bersih</p> <p>7. Monitor proses kesembuhan area luka</p> <p>8. Monitor untuk tanda dan gejala infeksi</p>
3	Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur b.d nyeri	<p><b>Posisi tubuh berinisiatif sendiri</b></p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bergerak dari posisi berbaring ke posisi duduk</li> <li>2. Bergerak dari berbaring ke posisi berdiri</li> <li>3. Bergerak dari posisi duduk ke posisi berbaring</li> </ol>	<p><b>Pengaturan posisi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu pasien untuk bergeser dari satu sisi ke sisi lain</li> <li>2. Bantu pasien untuk miring kiri/kanan</li> <li>3. Bantu pasien untuk latihan duduk di tempat tidur</li> <li>4. Pantau ketidaknyamanan selama latihan</li> </ol>

## D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.5  
Catatan Perkembangan Pasien Dengan Gangguan Rasa Aman Nyaman :  
Nyeri Kasus Post Operasi Hernia Inguinalis Pada Tn.R di Ruang Bedah RSD  
Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>Tanggal 2 Oktober 2019 (14.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif yang meliputi durasi, frekuensi, lokasi, kualitas, karakteristik</li> <li>2. Menggali bersama faktor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>3. Mengukur tanda tanda vital</li> </ol>	<p>Tanggal 2 Oktober 2019</p> <p>S :</p> <p>(14.15 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dibagian lipatan paha kiri</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk,lama nyeri <math>\pm</math>2-4 menit</li> <li>3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <p>(14.15 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien meringis menahan nyeri</li> <li>2. Skala nyeri 7 (0-10)</li> <li>3. Pasien berhati hati saat bergeser</li> <li>4. TTV :</li> </ol> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 75 X/menit</p> <p>RR : 19 X/menit</p> <p>S : 36,5 °C</p>

1	2	3
	<p>(16.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan pada pasien tentang teknik nafas dalam untuk meringankan nyeri</li> <li>2. Mengajarkan pasien teknik nafas dalam untuk meringankan nyeri</li> </ol> <p>(18.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi respon pasien terhadap nyeri</li> <li>2. Memberikan injeksi kepada pasien melalui intravena <ul style="list-style-type: none"> <li>-tranexamid acid 250 mg /8 jam</li> <li>-keterolac 30 mg / 8 jam</li> <li>-cefuroxim 1 gr / 12 jam</li> </ul> </li> <li>3. Mengingatkan pasien teknik nafas dalam ketika nyeri timbul</li> <li>4. Mengukur tanda tanda vital</li> </ol>	<p>S :</p> <p>(16.10 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih merasakan nyeri</li> <li>2. Pasien mengatakan dapat melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan</li> </ol> <p>O:</p> <p>(16.10 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien meringis menahan nyeri</li> <li>2. Skala nyeri 7 (0-10)</li> </ol> <p>S :</p> <p>(18.30 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih merasakan nyeri, nyeri hilang timbul seperti di tusuk tusuk</li> <li>2. Pasien mengatakan setelah diberi injeksi keterolac 30 mg / 8 jam nyeri berkurang walaupun masih merasa nyeri</li> </ol> <p>O :</p> <p>(18.30 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien masih meringis</li> <li>2. Skala nyeri 7 (0-10)</li> <li>3. TD : 120 /80 mmHg N: 75 X / menit RR: 19 X / menit</li> </ol> <p>S : 36,5 °C</p>

1	2	3
	<p>(21.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur skala nyeri</li> <li>2. Mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan yang dirasakan pasien</li> <li>3. Mengajarkan pasien teknik distraksi dengan mendengarkan musik kesukaan pasien</li> </ol>	<p>S :</p> <p>(21.15 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri masih hilang timbul</li> <li>2. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang</li> </ol> <p>O :</p> <p>(21.15 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien masih meringis ketika nyeri timbul</li> <li>2. Skala nyeri 6 (0-10)</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tanda tanda vital pasien</li> <li>2. Ukur skala nyeri</li> <li>3. Anjurkan teknik nafas dalam ketika nyeri timbul</li> <li>4. Berikan terapi analgesik sesuai jadwal</li> </ol> <p style="text-align: right;">Anggi Geopani</p>
2	<p>(14.17 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi respon pasien sebelum dan sesudah melakukan latihan</li> <li>2. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga pasien tentang latihan yang akan diajarkan</li> </ol>	<p>S :</p> <p>(14.30 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih kesulitan untuk bergeser dari satu sisi ke sisi yang lain</li> </ol>

1	2	3
	<p>3. Mulai latih pasien untuk melakukan beberapa latihan secara bertahap</p> <p>4. Mengajarkan pasien untuk latihan bergeser dari satu sisi tempat tidur ke sisi lain</p> <p>(18.30 WIB)</p> <p>1. Mengobservasi respon pasien sebelum dan sesudah melakukan latihan</p> <p>2. Membantu pasien untuk latihan bergeser dari satu sisi ke sisi yang lain</p> <p>3. Dorong keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan latihan bergeser dari satu sisi ke sisi yang lain</p> <p>(21.15 WIB)</p> <p>1. Membantu pasien untuk latihan bergeser dari satu sisi ke sisi yang lain</p> <p>2. Memantau ketidaknyamanan pasien selama melakukan latihan</p>	<p>O :</p> <p>1. Pasien kesulitan untuk bergeser dari satu sisi ke sisi yang lain</p> <p>2. Pasien berhati hati dalam bergerak</p> <p>S :</p> <p>(18.40 WIB)</p> <p>1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa bergeser dari satu sisi ke sisi yang lain</p> <p>O :</p> <p>2. Pasien terlihat sudah mulai bisa bergeser dari satu sisi ke sisi yang lain</p> <p>S :</p> <p>(21.25 WIB)</p> <p>1. Pasien mengatakan sudah mampu untuk bergeser dari satu sisi ke sisi yang lain</p> <p>O :</p> <p>1. Pasien sudah mampu untuk bergeser dari satu sisi ke sisi yang lain</p>

1	2	3
3	<p>(15.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji kondisi luka</li> <li>2. Mengkaji respon pasien terhadap luka</li> <li>3. monitor untuk tanda dan gejala infeksi</li> </ol> <p>(18.40 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kondisi luka</li> <li>2. Menjelaskan pada pasien dan keluarga untuk tanda dan gejala infeksi</li> </ol>	<p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau ketidaknyamanan pasien selama latihan</li> <li>2. Dorong keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan latihan</li> <li>3. Mulai latih pasien untuk latihan miring kiri / kanan</li> </ol> <p style="text-align: right;">Anggi Geopani</p> <p>S :</p> <p>(15.15 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi dibagian lipatan paha kiri</li> <li>2. Pasien mengatakan tidak merasakan gatal atau panas pada area luka sayatan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka operasi dibagian lipatan paha kiri</li> <li>2. Tidak terdapat kemerahan pada area sayatan dan tidak terdapat cairan yang keluar pada area sayatan</li> </ol> <p>S :</p> <p>(18.50 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tidak merasakan gatal atau panas pada area luka sayatan</li> </ol>

1	2	3
		<p>O :</p> <p>(18.50 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi luka baik tidak terdapat tanda kemerahan maupun cairan yang keluar dari area sayatan</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kondisi luka</li> <li>2. Monitor untuk tanda dan gejala infeksi</li> <li>3. Lakukan perawatan luka sesuai kebutuhan</li> </ol> <p style="text-align: right;">Anggi Geopani</p>
1	<p>Tanggal 3 Oktober 2019 (08.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau respon pasien terhadap nyeri</li> <li>2. Mengingatkan pasien untuk melakukan teknik nafas dalam ketika nyeri timbul</li> </ol>	<p>Tanggal 3 Oktober 2019</p> <p>S :</p> <p>(08.15 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dibagian lipatan paha kiri</li> <li>2. pasien mengatakan nyeri hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat masih meringis ketika nyeri timbul</li> <li>2. Skala nyeri 6 (0 – 10)</li> </ol>

1	2	3
	<p>(10.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan terapi analgesik kepada pasien melalui intravena           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranexamid acid 250 mg / 8 jam</li> <li>- keterolac 30 mg/ 8 jam</li> </ul> </li> <li>2. Memantau respon pasien terhadap nyeri setelah diberi terapi analgesik</li> </ol> <p>(12.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor respon pasien terhadap nyeri</li> <li>2. Menganjurkan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam ketika nyeri timbul</li> <li>3. Mengukur tanda tanda vital</li> </ol>	<p>(10.30 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan setelah diberi injeksi keterolac 30 mg / 8 jam nyeri berkurang</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak sedikit rileks</li> <li>2. Skala nyeri 5 (0-10)</li> </ol> <p>(12.15 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih merasakan nyeri hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat sedikit rileks setelah melakukan relaksasi nafas dalam</li> <li>2. Skala nyeri 4 (0-10)</li> <li>3. TTV :           <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 120/80 mmHg</li> <li>N : 75 X/menit</li> <li>RR : 19 X/menit</li> <li>S : 36,5 °C</li> </ul> </li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau tanda tanda vital pasien</li> <li>2. Ukur skala nyeri</li> <li>3. Anjurkan teknik nafas dalam dan</li> </ol>

1	2	3
2	<p>(08.20 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau ketidaknyamanan pasien selama latihan</li> <li>2. Dorong keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan latihan</li> <li>3. Mulai latih pasien untuk latihan miring kiri / kanan</li> </ol> <p>(10.30 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor respon pasien sebelum dan sesudah melakukan latihan</li> <li>2. Dorong keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan latihan</li> <li>3. Motivasi pasien agar mau melakukan latihan secara bertahap</li> <li>4. Membantu pasien untuk latihan miring kiri / kanan</li> </ol>	<p>teknik distraksi ketika nyeri timbul</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan terapi analgesik sesuai jadwal</li> </ol> <p style="text-align: center;">Anggi Geopani</p> <p>(08.30 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih kesulitan untuk miring kiri/kanan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien masih terlihat kesulitan untuk miring kiri/kanan</li> </ol> <p>(10.40 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa untuk miring kiri/kanan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat sudah mulai bisa untuk miring kiri / kanan</li> </ol>

1	2	3
	<p>(12.15 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau ketidaknyamanan pasien selama latihan</li> <li>2. Membantu pasien untuk latihan miring kiri / kanan</li> </ol>	<p>(12.25 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah mampu untuk miring kiri / kanan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat sudah mampu untuk miring kiri / kanan secara mandiri</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau ketidaknyamanan pasien selama latihan</li> <li>2. Mulai latih pasien untuk melakukan latihan duduk di tempat tidur</li> </ol>
3	<p>(08.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kondisi luka</li> <li>2. Monitor untuk tanda dan gejala infeksi</li> <li>3. Melakukan perawatan luka steril menggunakan Nacl 0,9 %</li> <li>4. Membersihkan daerah sayatan dengan Nacl steril</li> <li>5. Menggunakan kassa steril untuk membersihkan luka</li> </ol>	<p>(08.20 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tidak merasakan panas atau gatal pada daerah sayatan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi luka baik tidak terdapat tanda tanda kemerahan maupun cairan yang keluar dari daerah sayatan</li> </ol>

1	2	3
	<p>(12.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kondisi luka</li> <li>2. Monitor untuk tanda dan gejala infeksi</li> <li>3. Jelaskan pada keluarga untuk melaporkan jika terdapat tanda tanda infeksi</li> </ol>	<p>(12.15 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tidak merasakan panas atau gatal pada daerah sayatan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi luka baik tidak terdapat tanda tanda kemerahan maupun cairan yang keluar dari daerah sayatan</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kondisi luka</li> <li>2. Monitor untuk tanda dan gejala infeksi</li> <li>3. Lakukan perawatan luka sesuai kebutuhan</li> </ol> <p style="text-align: right;">Anggi Geopani</p>
1	<p>Tanggal 4 Oktober 2019 (08.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor respon pasien terhadap nyeri</li> <li>2. Ukur skala nyeri</li> <li>3. Anjurkan teknik nafas dalam dan teknik distraksi ketika nyeri timbul</li> </ol>	<p>Tanggal 4 Oktober 2019</p> <p>S :</p> <p>(08.10 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang tetapi masih hilang timbul</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pasien terlihat meringis ketika nyeri timbul</li> <li>3. Skala nyeri 3 (0-10)</li> </ol>

1	2	3
	<p>(10.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor respon pasien terhadap nyeri</li> <li>2. Ukur skala nyeri</li> <li>3. Memberikan terapi analgesik melalui intravena               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranexamid acid 250 mg / 8 jam</li> <li>- Keterolac 30 mg / 8 jam</li> </ul> </li> </ol> <p>(12.00 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor respon pasien terhadap nyeri</li> <li>2. Ukur skala nyeri</li> <li>3. Anjurkan pasien untuk melakukan relaksasi nafas dalam dan distraksi ketika nyeri timbul dengan cara mengobrol atau mendengarkan musik kesukaan pasien</li> <li>4. Mengukur tanda tanda vital</li> </ol>	<p>(10.30 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan setelah diberi injeksi nyeri berkurang</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat lebih rileks setelah diberi injeksi keterolac 30 mg / 8 jam</li> <li>2. Skala nyeri 3 (0-10)</li> </ol> <p>(12.10 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri lagi</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skala nyeri 0 (0-10)</li> <li>2. TTV :           <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 120/80 mmHg</li> <li>N : 80 X/menit</li> <li>RR : 20 X/menit</li> <li>S : 36,5 °C</li> </ul> </li> </ol> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <p style="text-align: right;">Anggi Geopani</p>

1	2	3
2	<p>(08.20 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau ketidaknyamanan pasien selama latihan</li> <li>2. Dorong keluarga untuk membantu pasien melakukan latihan duduk ditempat tidur</li> <li>3. Mulai latih pasien untuk melakukan latihan duduk di tempat tidur</li> </ol> <p>(10.30 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau ketidaknyamanan pasien selama latihan</li> <li>2. Membantu pasien untuk latihan duduk ditempat tidur</li> </ol> <p>(12.10 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dorong keluarga untuk memotivasi pasien untuk duduk ditempat tidur secara mandiri</li> <li>2. Membantu pasien untuk latihan duduk ditempat tidur secara mandiri</li> </ol>	<p>(08.30 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih kesulitan untuk latihan duduk di tempat tidur</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien masih kesulitan untuk latihan duduk ditempat tidur</li> </ol> <p>(10.40 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa duduk ditempat tidur</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien sudah mulai bisa duduk ditempat tidur</li> </ol> <p>(12.20 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah bisa duduk ditempat tidur secara mandiri</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pasien sudah bisa duduk ditempat tidur secara mandiri</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <p style="text-align: right;">Anggi Geopani</p>

1	2	3
3	<p>(08.30 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kondisi luka</li> <li>2. Monitor untuk tanda dan gejala infeksi</li> <li>3. Melakukan perawatan luka steril menggunakan Nacl 0,9 %</li> <li>4. Membersihkan daerah sayatan dengan Nacl steril</li> <li>5. Menggunakan kassa steril untuk membersihkan luka</li> </ol> <p>(12.30 WIB)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kondisi luka</li> <li>2. Monitor untuk tanda dan gejala infeksi</li> <li>3. Menjelaskan pada keluarga pasien untuk melaporkan jika terdapat tanda dan gejala infeksi</li> </ol>	<p>(08.50 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tidak merasakan panas atau gatal pada daerah sayatan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi luka baik tidak terdapat tanda tanda kemerahan maupun cairan yang keluar dari daerah sayatan</li> </ol> <p>(12.40 WIB)</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan tidak merasakan panas atau gatal pada daerah sayatan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi luka baik tidak terdapat tanda tanda kemerahan maupun cairan yang keluar dari daerah sayatan</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p style="text-align: right;">Anggi Geopani</p>