

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan jumat 31 mei 2024, jam 12.30 WIB, di ruang Asoka di RSUD dr. R Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

1. BIODATA

a. Identitas klien:

Nama	:	Tn S
Umur	:	65 tahun 6 bulan 29 hari
Jenis kelamin	:	Laki-laki
Alamat	:	Wanutunggal 1/1 godong
Agama	:	Islam
Pendidikan	:	SD
Pekerjaan	:	wiraswasta
Tanggal masuk	:	30 mei 2024
Diagnosa medis	:	Bph
Nomor RM	:	006087729

b. Identitas penanggungjawab:

Nama	:	Ny s
Umur	:	55 thn
Alamat	:	Wanutunggal 1/1 godong
Pekerjaan	:	Irt
Hubungan. dengan klien	:	Istri

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri dibagian perut bawah dan kelaminnya

b. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan datang dengan keluhan kurang lebih 1 bulan merasa sakit saat BAK, sulit untuk buang air kecil dan aliran urinnnya tidak

lancar. Pada tanggal 30 mei 2024 pasien dibawa ke RSUD Dr. R Soedjati Soemodardjo Purwodadi dengan pemeriksaan tanda tanda vital 130/85 mmHg, suhu: 36° c, nadi: 75x/menit, respiratory rate: 22x/menit. Kemudian pasien dibawa ke ruang Asoka dengan diagnosa medis BPH. Kemudian diberikan terapi infus dan dipasang DC.

c. Riwayat kesehatana dahulu

Pasien mengatakan belum pernah dirawat dirumah sakit dengan penyakit yang sama maupun penyakit yang lain.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Tidak ada riwayat penyakit menurun maupun penyakit menular, tidak ada penyakit keturunan DM,HT,Asma.

3. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL

a. Pola persepsi dan managemen kesehatan

Sebelum sakit: Pasien mengatakan sehat adalah hal yang penting. Jika ada keluarga yang sakit maka segera dibawa ke tempat pelayanan kesehatan terdekat baik puskesmas ataupun klinik.

Selama sakit: keluarga pasien berusaha untuk membawa pasien berobat ditempat pelayanan kesehatan agar cepat sembuh.

b. Pola nutrisi dan metabolic

1) Program diet Rs

Diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein)

2) Intake makanan

a. Sebelum sakit

Pasien makan 3 x sehari setiap pagi, siang dan malam dengan porsi sedang, 1 porsi habis dengan komposisi lauk pauk, sayur mayur, tahu, tempe. Pasien tidak mengalami gangguan makan dan menelan.

b. Selama sakit

Pasien makan 3 x sehari pagi, siang, dan malam dengan menu diet TKTP dari Rs, 1 porsi terkadang tidak habis, nafsu makan menurun.

3) Intake minum

a. Sebelum sakit:

Pasien minum 7-8 gelas sehari (1400-1600 cc), pasien paling suka minum air putih, terkadang juga kopi/teh, tidak ada gangguan saat minum.

b. Selama sakit

Pasien minum 5-6 gelas sehari (1200-1500 cc), pasien minum air putih, terkadang minum susu/teh, tidak ada gangguan saat minum.

c. Pola eliminasi

Sebelum sakit: pasien mengatakan biasa BAB 1-2 kali sehari diwaktu/ dan malam hari dengan konsistensi lunak, berbentuk dan berwarna kuning kecoklatan, tidak ada gangguan BAB. Pasien BAK 5- 6 x sehari dengan warna kuning jernih, sebelum masuk Rs pasien mengeluh terasa sakit saat awal berkemih.

Selama sakit: selama perawatan pasien BAB 1 x sehari dengan konsistensi padat berwarna kecoklatan, tidak ada darah, lendir, tidak ada gangguan selama BAB. Pasien terpasang kateter sejak di RSUD. Saat post operasi pasien terpasang kateter inwelling (IWL) dengan spuling NACL kolf kelo dengan cairan yang tertampung sebanyak 1500 cc berwarna merah

d. Pola aktivitas

Sebelum sakit: pasien melakukan aktivitasnya dengan baik secara mandiri

Selama sakit : pasien tidak dapat melakukan aktivitas untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasien bergantung kepada keluarganya. Pasien jarang melakukan pergerakan karena terkadang

merasa nyeri pada luka post operasi. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri karena kondisinya yang sedang sakit. Keluarga mengatakan pasien berbaring.

Tabel 3.1 aktifitas penilaian aktifitas

Aktivitas	0	1	2	3	4
Makan dan minum			✓		
Mandi			✓		
Toileting			✓		
Berpakaian			✓		
Mobilitas ditempat tidur			✓		

Keterangan:

0 : mandiri

1 : dibantu sebagian

2 : dibantu orang lain

3 : dibantu orang lain dan alat

4 : ketergantungan/tidak mampu

e. Pola istirahat tidur

Sebelum sakit : pasien tidur selama 7-8 jam sehari, pola tidur teratur, siang 1-2 jam, malam 6-8 jam, tidak ada gangguan pola tidur.

Selama sakit : pasien mengeluh susah tidur, pasien sering terjaga khususnya pada malam hari, tidak nyaman dengan kateter yang terpasang.

f. Pola kognitif dan sensori

4) Nyeri

P : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi

Q : nyeri ditusuk-tusuk

R : nyeri pada luka operasi

S : skala nyeri 6

T : nyeri hilang timbul

- 5) Fungsi panca indera
 - a) Penglihatan : fungsi penglihatan menurun
 - b) Pendengaran : fungsi pendengaran menurun
 - c) Pengecapan : baik
 - d) Pembau : baik
 - e) Perasa : baik
- 6) Kemampuan berbicara : sedikit pelo
- 7) Kemampuan membaca : pasien tidak dapat membaca
- g. Pola konsep diri
 - 1) Harga diri : pasien mengatakan tidak minder dengan keadaanya saat ini, pasien tidak merasa diabaikan oleh keluarganya, khususnya oleh anaknya yang selalu menjaganya
 - 2) Ideal diri : pasien ingin segera sembuh
 - 3) Identitas diri : pasien mengatakan adalah seorang kakek dan pasien tinggal bersama dengan anak dan cucu-cucunya.
 - 4) Gambaran diri : pasien optimis terhadap kondisi tubuhnya meskipun sesekali mengeluh tentang terpasangnya kateter, tetapi pasien menganggap ini merupakan cobaan dari tuhan
 - 5) Peran diri : pasien berperan sebagai seorang ayah bagi anak-anaknya dan seorang kakek bagi cucu-cucunya. Selama sakit berperan sebagai pasien dirumah sakit.
- h. Pola peran dan hubungan

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebagai seorang kakek, pasien di rumah tinggal bersama dengan cucu-cucunya. Pasien mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan tetangga. Pasien mengatakan sering berkumpul dengan tetangga dan sering mengikuti yasinan dan pengajian didekat rumahnya.

Selama sakit : pasien mengatakan sebagai seorang kakek, pasien mengatakan selama dirumah sakit belum bertemu dengan cucu-cucunya. Pasien mengatakan memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan tetangga. Pasien kooperatif dengan perawat.

i. Pola seksual

Pasien adalah seorang pria berusia 65 tahun Mempunyai 2 anak dan 2 cucu

j. Pola mekanisme koping

Sebelum sakit: pasien mengatakan jika memiliki masalah akan mencari solusi terbaik dengan merundingkan bersama keluarga

Selama sakit: pasien mengatakan jika memiliki masalah atau keluhan terhadap penyakitnya pasien akan menanyakan kepada perawat dan dokter yang merawatnya.

k. Pola nilai kepercayaan

Sebelum sakit : pasien mengatakan beragama islam dan pasien juga melaksanakan solat 5 waktu

Selama sakit : pasien mengatakan beragama islam dan selama sakit pasien tidak melaksanakan sholat

4. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum

1) General appearance/penampilan umum : lemah

2) Tingkat kesadaran : composmentis

GCS :

E : 4

M : 5

V : 6

Total : 15

b. Tanda tanda vital :

1) Tekanan darah : 107/73 mmHg

2) Respiratory rate : : 24 x/menit

3) Nadi : 75x/menit

4) Temperatur : 36,8° c

c. Pemeriksaan antropometri

1) Tinggi badan : 167 cm

2) Berat badan : 60 kg

3) Indeks masa tubuh : 21,5 (kategori normal)

d. Kepala

1) Bentuk kepala :

Inspeksi : bentuk kepala simetris

Palpasi : tidak adanya nyeri tekan dan luka

2) Rambut dan kulit kepala

Rambut beruban dan bersih, kulit kepala lembab, tidak ada ketombe.

3) Mata

Sklera kuning, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor bila terkena cahaya pupil mengecil, dapat melihat pada jarak 1 m, kemampuan melihat kurang dan tidak memakai alat bantu penglihatan. Tidak ada nyeri tekan.

4) Hidung

Bentuk simetris, tidak ada secret, tidak ada polip, fungsi penciuman baik. Tidak ada nyeri tekan dan luka

5) Telinga

Bentuk simetris, tidak ada kelainan, sedikit terdapat serumen, tidak ada lesi, fungsi pendengaran menurun, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan

6) Mulut

Simetris, mukosa bibir kering, tidak ada sariawan, lidah bersih, fungsi pengecapian baik dan tidak ada gangguan menelan

7) Leher

Tidak ada pembesaran limfe dan kelenjar tiroid, tidak ada peningkatan vena jugularis dan tidak ada nyeri tekan

e. Dada / thorax

1) Paru-paru

Inspeksi : simetris, tidak ada lesi, pergerakan dada sama

Palpasi : pergerakan sesuai napas, RR: 22x/menit tidak ada nyeri tekan

Perkusi : terdengar bunyi sonor

Auskultasi : bunyi napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan seperti wheezing atau ronchi

2) Jantung

Inspeksi : tidak tampak ictus cordis

Palpasi : ictus cordis teraba di ICS ke V 1 cm lateral sinistra dari line midklavikula

Perkusi : bunyi pekak

Auskultasi : reguler S1 dan S2 (lub-dub), tidak ada bunyi jantung tambahan mur-mur

f. Abdomen

Inspeksi : simetris, terdapat luka post operasi TVP di perut bagian bawah, luka vertikal, panjang luka 5 cm dan terdapat 5 jahitan pada luka post operasi, luka tidak bengkak, luka tampak kemerahan, luka ditutup kassa, tidak ada edema. Pada perut bagian kanan terpasang drainase.

Auskultasi : peristaltik usus 18x/menit

Perkusi : terdengar bunyi timpani

Palpasi : ada nyeri tekan di kuadran bawah

g. Genetalia : bersih, terpasang DC kateter

h. Anus : bersih, tidak ada benjolan

i. Ekstermitas :

Kekuatan otot

4	4
4	4

Tabel 3.2 keterangan skala kekuatan otot

Skala	Kekuatan (%)	keterangan
0	0	Kontraksi otot tidak terdeteksi
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan otot normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan penuh

- 1) Superior : pasien dapat menggerakkan tangan kanan dan kiri sesuai perintah perawat, tidak terdapat sianosis, tidak terdapat edema dan tangan sebelah kiri terpasang infus RL, 20 tpm.
- 2) Inferior : pasien dapat menggerakkan kaki kanan dan kiri sesuai dengan perintah perawat, tidak terdapat sianosis, tidak terdapat edema.

j. Integumen :

warna kulit kuning langsung, turgor kulit baik, tidak ada lesi, kuku bersih, CRT <3 detik, akral hangat.

5. DATA PENUNJANG

1. Hasil pemeriksaan laboratorium

Nama pasien : Tn s

Jenis kelamin : laki-laki

Tanggal pemeriksaan : 31 mei 2024

Tabel 3.3 hasil pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	hasil	satuan	Nilai rujukan
Lab-hematologi			
Darah rutin			
Hemoglobin (Hb)	* 11.0	g/dL	13.2~17
Lekosit	*17090	/uL	3800~10600
Trombosit	*525000	/uL	150000~400000
Eritrosit	*3.68	10 ⁶ /uL	4.4~5.9
HEMOSTASIS			
Masa pembekuan (CT)	3`52``	Menit	2~6
Masa pendarahan (BT)	1`00	Menit	0~6
KIMIA KLINIK			
Ureum	44.3	mg/dL	10-50
Kreatinin	1.1	mg/dL	0.6~1.4
Kalium (K)	4.41	mmol/L	3.6~5.5
Natrium (Na)	138.1	mmol/L	131~145
Klorida (Cl)	102.0	mmol/L	92~108
Glukosa	Darah 120	mg/dL	70~140
Sewaktu			
IMUNOSEROLOGI			
Anti HIV R1	Non reaktif		Non reaktif
HBsAg	Negatif		Negatif

Tanggal pemeriksaan : 31/05/2024

Tabel 3.4 hasil pemeriksaan laboratorium

pemeriksaan	hasil	satuan	Nilai rujukan
HEMOSTATIS			
PT	12.4	Detik	11~15
APTT	*56.3	Detik	25~35

2. Hasil pemeriksaan USG ABDOMEN

Tanggal pemeriksaan :

a. Rontgen :

x foto rontgen thorax Ap

Cor : batas jantung sn melebar caudo lateral elongasio aorta

Pulmo : - tampak bercak kesuraman perhiler para kardial dx dan sn

- Corakan bronchovaskuler meningkat

Diafragma dx dan sn dbn

Sinus costophrenikus dx dan sn dbn

Kesan : bronchopneumonia

Cardiomegali (lv)

b. Usg : USG VU : besar bentuk, dinding melebar irreguler, batu (-), tampak bayangan masa padat di pole bawah VU : batas kasar, echo struktur heterogen,

Kesan : USG tampak massa dipole bawah vesica urinaria

Ed/dd : Prostat hypertropia

Volume : 43 cc

6. TERAPI MEDIS

Tabel 3.5 Terapi Obat

Jenis terapi	Dosis	Rute	Fungsi
Infus RL	20 tpm	IV	Untuk menambah elektrolit tubuh agar mengembalikan keseimbangan tubuh
Ketorolac	3x30 mg	IV	Untuk meredakan nyeri dan peradangan
Ranitidine	2 x 50 mg	IV	Untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih
Kalnex	3x500	Oral	Untuk membantu menghentikan pendarahan
Metronidazol	3x500 mg	IV	Untuk antibiotik
Ondansentron	1x4 mg	IV	Untuk mencegah mual dan muntah pasca operasi
Ceftriaxon	2 x 1 gr	IV	Untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri yang terjadi pada tubuh
Tofedek	3x1	IV	Untuk mengurangi nyeri ringan sampai sedang pasca operasi
Fiopraz	2x1	IV	Pengobatan tukak lambung
Traksi dc	24 jam	IV	Penanganan sementara pada pasien operasi
Irigasi NACL	60 tpm	IV	Irigasi kandung kemih
Diit lunak TKTP		Oral	Diit pasien

A. ANALISA DATA

Tabel 3.6 Analisa Data pada Tn. S Post Operasi

Hari/ tanggal	Data	Problem	Etiologi	Paraf dan nama
Jumat, 31/05/2024	Ds : - pasien mengatakan tidak bisa kencing secara normal masih dibantu selang, dan terasa nyeri ringan - pasien mengatakan tidak bisa merasakan keinginan untuk BAK Do : -pasien tampak terpasang selang DC - Urine 1500 cc - Tampak urine berwarna kuning keruh - tampak terpasang drainase 10 cc	Inkontinensia urine fungsional (D.0044)	Penurunan tonus kandung kemih	Risma
Jumat, 31/05/2024	Ds : - pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi P : nyeri karena luka post operasi Q : pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat R:pasien mengatakan nyeri dibagian perut bawah dan kelamin S:skala nyeri 6,dilihat dari raut muka pasien dengan cara faces pain scale(skala wajah)	Nyeri akut (D. 0077)	Agen pencedera fisik	Risma

	T : nyeri hilang timbul saat melakukan pergerakan Do : -pasien tampak meringis menahan nyeri Ku:sedang,kesadaran composmentis Hasil TTV : TD: 130/85 mmHg N : 72x/menit S: 36°c RR: 22x/menit			
Jumat, 31/05/2024	Ds : -pasien mengatakan terdapat luka post operasi diperut bagian bawah dan pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi Do : - tampak luka insisi post operasi di abdomen bawah, luka vertikal, panjang luka 5 cm dan terdapat 5 jahitan pada luka post operasi prostat, - pasien tampak menghindari luka insisi, luka tampak kemerahan, luka ditutup kassa dan terlihat kotor. - Hasil TTV : TD: 130/85 mmHg N : 72x/menit S: 36°c RR: 22x/menit	Resiko infeksi (D. 0142)	Efek prosedur invasif (post operasi BPH)	Risma

Jumat, 31/05/2024	Ds : - pasien mengatakan saat bergerak merasakan nyeri pada luka post operasi - pasien mengatakan selama sakit tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri dan aktivitas dibantu oleh keluarganya - keluarga pasien mengatakan pasien hanya berbaring ditempat tidur Do : - pasien tampak lemah, tampak berbaring ditempat tidur, pasien tampak tidak nyaman - pasien dibantu keluarga saat dalam beraktifitas	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Keterbatasan gerak	Risma
----------------------	--	--	-----------------------	-------

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.7 diagnosa keperawatan pada Tn. S post operasi

Hari/tanggal	No Dx	Diagnosa dan no diagnosa	Paraf dan nama
Jumat 31/05/2024	1	Inkontinensia berhubungan dengan penurunan tonus kandung kemih ditandai dengan pasien mengatakan tidak bisa merasakan keinginan BAK (D.0044)	Risma
Jumat 31/05/2024	2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Risma
Jumat 31/05/2024	3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Risma
Jumat 31/05/2024	4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri saat bergerak (D.0054)	Risma

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.8 intervensi keperawatan pada Tn. S post operasi

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	intervensi	TTD
1	Inkontinensia berhubungan dengan penurunan tonus kandung kemih ditandai dengan pasien mengatakan tidak bisa merasakan keinginan BAK (D.0044)	SLKI : inkontinensia urine (L.04036) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan inkontinensia urine menurun dengan kriteria hasil: 1. kemampuan berkemih meningkat 2. frekuensi berkemih membaik 3. sensasi berkemih membaik	Perawatan inkontinensia urine (I.04163) 1. Observasi - identifikasi penyebab inkontinensia urine (mis disfungsi neuorologis, gangguan medula spinalis, gangguan refleks destrusor, obat-obatan, usia, riwayat operasi, gangguan fungsi kognitif) - Identifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urine yang dialaminya - monitor keefektifan obat, pembedahan dan terapi modalitas berkemih - monitor kebiasaan BAK 2. Terapeutik - bersikan genital dan kulit sekitar secara rutin - berikan pujian atas keberhasilan mencegah inkontinensia urine - buat jadwal konsumsi obat-obat diuretik - ambil sampel urine untuk pemeriksaan urine lengkap atau kultur 3. Edukasi	Risma

				- jelaskan definisi, jenis inkontinensia, penyebab inkontinensia urine - jelaskan program penanganan inkontinensia urine - jelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih - ajurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur - Ajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urine - anjurkan minum minimal 1500 cc/hari jika tidak kontraindikasi - anjurkan menghindari kopi, minuman bersoda, the dan coklat - anjurkan mengkonsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi	
				4. Kolaborasi - rujuk ke ahli inkontinensia jika perlu	
2	Nyeri berhubungan dengan pencedera (D.0077)	akut agen fisik	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. keluhan nyeri menurun 2. meringis menurun 3. gelisah menurun	SIKI : Manejemen nyeri I.08238 Observasi 1. identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. identifikasi skala nyeri 3. identifikasi skala nyeri non verbal 4. identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri 5. identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	Risma

-
6. identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 7. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 1. monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

1. berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
2. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. fasilitasi istirahat dan tidur
4. pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
 2. jelaskan strategi meredakan nyeri
 3. anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 4. anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 5. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
-

3	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	SLKI : TINGKAT INFEKSI (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1.demam menurun 2.kemerahan menurun 3.nyeri menurun 4.bengkak menurun	INTERVENSI UTAMA SIKI Pencegahan infeksi I.14539 1. Obsevasi : - monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Teraupeutik: - batasi jumlah pengunjung - berikan perawatan kulit pada daerah edema - cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi 3. Edukasi: - jelaskan tanda dan gejala infeksi - ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - ajarkan etika batuk - ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - anjurkan meningkatkan asupan cairan 4.Kolaborasi: - kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	Risma
---	--	---	---	-------

4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri saat bergerak (D.0054)	SLKI: GANGGUAN MOBILITAS FISIK (L.05042) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1.pergerakan ekstermitas meningkat 2.kekuaatan otot meningkat 3.rentang gerak meningkat	INTERVENSI UTAMA SIKI :DUKUNGAN AMBULASI (I.06171) 1. Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 2. Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, tongkat, kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik,jika perlu - libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi 3. Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi - Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)	Risma
---	--	--	---	-------

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.9 implementasi keperawatan pada Tn. S post operasi

Hari/ tanggal/jam	No. Dx	Implementasi	Respon hasil	Paraf dan nama
Jumat, 31/05 2024 Jam 08.00	1,2,3	Mengkaji keadaan umum pasien dan mengukur ttv	Ds : pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan Do : pasien tampak lemah, dan terpasang kateter TD : 107/73 mmHg N : 71 x/menit RR : 24 x / menit S: 36,8 ° c	Risma
Jam 08. 15	2	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik nyeri, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Ds : pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi P : luka post operasi Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : nyeri pada luka post operasi S : skala nyeri 6 T : nyeri hilang timbul	Risma

			Do : pasien tampak meringis	
Jam 08.20	1	Mengidentifikasi inkontinensia urine	Ds :pasien mengatakan tidak merasakan keinginan untuk BAK sejak terpasang kateter urine Do :pasien tampak terpasang kateter DC	Risma
Jam 08.25	2	Memberikan obat analgetik sesuai advice dokter Ketorolac 30 mg	Ds : pasien mengatakan bersedia diberikan obat Do : obat masuk melalui IV	Risma
Jam 08.35	2	Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (memberikan terapi musik (mendengarkan murottal asmaul husna)	Ds : pasien mengatakan bersedia dan akan mengikuti intruksi perawat Do : pasien tampak rileks saat diberikan terapi mendengar murottal asmaul husna	Risma
Jam 09.00	3	Memonitor tanda dan gejala infeksi	Ds :pasien mengatakan ada luka pada perut bagian bawah pusar, pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi Do : pasien tampak luka post operasi dibagian perut bawah, luka berbentuk vertical dengan panjang 5 cm dan terdapat 5 jahitan, luka tampak kemerahan	Risma
Jam 09.30	2	Memberikan obat analgetik sesuai advice dokter metronidazol 500 mg	Ds :pasien mengatakan bersedia Do :obat masuk melalui IV	Risma

Jam 09.45	4	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Ds : pasien mengatakan saat bergerak terasa nyeri pada luka post operasi Do : tampak luka post operasi diperut bagian bawah, pasien tampak gelisah	Risma
Jam 10.00	3	Memberikan perawatan kulit pada daerah luka	Ds : pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan Do : pasien tampak kooperatif, pasien tampak meringis, dan tampak balutan bersih	Risma
Jam 10.20	4	Mengidentifikasi melakukan pergerakan	Do : pasien mengatakan selama sakit melakukan aktivitas dibantu oleh keluarganya dan jarang melakukan pergerakan Do : pasien tampak berbaring ditempat tidur dan lemah	Risma
Jam 10.30	1	Memonitor kebiasaan BAK pasien	Ds : pasien mengatakan tidak bisa kencing secara normal dan masih dibantu dengan selang kateter Do :	Risma
Jam 11.00	1	Mengidentifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urine yang dialaminya	Ds : pasien mengatakan tidak mengerti tentang inkontinensia Do : pasien tampak bingung	Risma

Jam 12.00	3	Memberikan obat antibiotik sesuai advice dokter Ceftriaxon 1 gr	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : tampak obat masuk melalui IV	Risma
Jam 12.05	2	Memfasilitasi istirahat dan tidur	Ds : pasien mengatakan susah tidur karena merasa nyeri Do : pasien tampak meringis menahan nyeri	Risma
Jam 12.10	2	Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (memberikan terapi musik (mendengarkan murottal asmaul husna)	Ds : pasien mengatakan bersedia diberikan teknik terapi mendengar murottal asmaul husna Do : pasien tampak rileks	Risma
Jam 13.00	2	Mengobservasi tindakan pemberian teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (tehnik distraksi mendengarkan murottal asmaul husna)	Ds : pasien mengatakan masih terasa nyeri diperut bawah P : luka post operasi Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : nyeri pada luka post operasi S : skala nyeri 6 T : nyeri hilang timbul Do : pasien tampak meringis	Risma

Jam 14.00	1	Membersihkan genital dan kulit secara rutin	Ds: pasien bersedia dibersihkan area genital dan kulitnya Do : pasien tampak lebih nyaman dan genital terlihat bersih	Risma
Sabtu, 1/06/2024 Jam 08.00	2	Memberikan obat analgetik sesuai advice dokter Ketorolac 30 mg	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : tampak obat masuk melalui IV	Risma
Jam 08.10	1,2,3,4	Mengukur TTV	Ds : pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan Do : TD : 110/80 mmHg N : 72 x/menit RR : 24 x / menit S: 36,8 ° c	Risma
Jam 08.20	2	Mengidentifikasi tingkat nyeri pasien	Ds : Pasien mengatakan keluhan nyeri berkurang, P : luka post operasi Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : nyeri pada luka post operasi S : skala nyeri 5	Risma

			T : nyeri hilang timbul Do : pasien tampak sedikit meringis	
Jam 08.25	2	Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan	Ds : pasien mengatakan nyeri timbul saat digunakan duduk/bergerak Do : pasien tampak meringis sedikit	
Jam 08.30	2,3	Memberikan obat analgetik sesuai advice dokter Ketorolac 30 mg	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : tampak obat masuk melalui IV	Risma
Jam 08.35	2	Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (memberikan terapi musik (mendengarkan murottal asmaul husna)	Ds : pasien tampak bersedia diberikan teknik terapi mendengar murottal asmaul husna Do : pasien tampak tenang dan rileks	Risma
Jam 08.40	1	Memberikan tindakan perawatan kateter	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : pasien tampak kooperatif	Risma
Jam 08.45	4	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Ds : pasien dan keluarga mengatakan paham setelah dijelaskan Do : pasien dan keluarga tampak kooperatif	Risma
Jam 09.00	3	Memberikan perawatan luka	Ds : pasien mengatakan bersedia dilakukan tindakan perawatan luka	Risma

			Do : tampak luka bersih, tidak ada pus, tidak bengkak, pasien tampak kooperatif	
Jam 10.00	3	Memberikan antibiotik sesuai advice dokter Metronidazole 500 mg	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : tampak obat masuk melalui IV	Risma
Jam 10.15	3	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Ds : pasien dan keluarga mengatakan bersedia diberi penjelasan Do : pasien dan keluarga tampak mendengarkan dengan baik	Risma
Jam 10.30	3	Menjelaskan cara memeriksa luka	Ds : pasien dan keluarga mengatakan bersedia diajari Do : pasien dan keluarga tampak kooperatif	Risma
Jam 10.45	2	Mengobservasi tindakan pemberian teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik distraksi mendengarkan murottal asmaul husna)	Ds : pasien mengatakan nyeri dibawah perut berkurang karena telah diberikan tehnik distraksi mendengar murottal asmaul husna dengan media headsheat Do : pasien tampak nyaman	Risma
Jam 11.00	2	Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (memberikan	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : pasien tampak rileks	Risma

		terapi musik (mendengarkan murottal asmaul husna)		
Jam 12.00	3	Memberikan obat antibiotik sesuai advice dokter Ceftriaxone 1 gr	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : tampak obat masuk melalui IV	Risma
Jam 12.05	1	Menganjurkan konsumsi buah dan sayur untuk menghindari konstipasi	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : tampak kooperatif	Risma
Jam 12.30	4	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang dapat dilakukan pasien	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : tampak kooperatif	Risma
Jam 12.40	4	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ds : pasien mengatakan merasa nyaman dan nyeri sedikit Do : pasien tampak melakukan pergerakan dengan baik dan sedikit kaku	Risma
Jam 13.30	2	Mengobservasi tindakan pemberian teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (teknik distraksi mendengarkan murottal asmaul husna)	Ds : pasien mengatakan masih terasa nyeri diperut bawah P : luka post operasi Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : nyeri pada luka post operasi S : skala nyeri 4 T : nyeri hilang timbul	Risma

			Do : pasien tampak sedikit meringis	
Jam 13.35	2	Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri	Ds : pasien mengatakan lingkungannya berisik ketika banyak pengunjung Do : pasien tampak gelisah	Risma
Jam 13.45	3	Memonitor asupan nutrisi pasien	Ds: keluarga mengatakan pasien makan ½, pagi dan siang 200 cc Do : pasien tampak lemah	Risma
Jam 14.00	1	Menganjurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur	Ds : pasien mengatakan minum tidak terlalu banyak saat menjelang tidur Do : pasien tampak nyaman dan bisa tidur	Risma
Minggu 2/06/2024 Jam 08.00	2	Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (memberikan terapi musik (mendengarkan murottal asmaul husna)	Ds :pasien bersedia Do : pasien tampak tenang dan nyaman	Risma
Jam 08.10	1,2,3,4	Mengukur TTV	Ds : pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan pemeriksaan Do : TD : 110/70 mmHg N : 75 x/menit	Risma

			RR : 24 x / menit S: 36,8 ° c	
Jam 08.20	2	Mengidentifikasi tingkat nyeri pasien	Ds : pasien mengatakan nyeri berkurang P : luka post operasi Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : nyeri pada luka post operasi S : skala nyeri 3 T : nyeri hilang timbul Do : pasien tampak meringis berkurang	Risma
Jam 08.30	1	Memberikan obat analgetik sesuai advice dokter	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : tampak obat masuk melalui IV	Risma
Jam 09.00	4	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang dapat dilakukan pasien	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : tampak kooperatif	Risma
Jam 09.05	4	Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	Ds : pasien mengatakan merasa nyaman dan nyeri sedikit Do : pasien tampak melakukan pergerakan dengan baik dan sedikit kaku	Risma

Jam 09.10	4	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan pasien	Ds : keluarga mengatakan bersedia Do : keluarga tampak membantu pasien dalam melakukan pergerakan	Risma
Jam 10.00	2	Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (memberikan terapi musik (mendengarkan murottal asmaul husna)	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : pasien tampak lebih nyaman dan tampak rileks	Risma
Jam 10.30	3	Memberikan tindakan perawatan luka	Ds : pasien mengatakan bersedia dirawat lukanya Do : pasien tampak kooperatif	Risma
Jam 11.00	3	Memberikan obat antibiotik sesuai advice dokter metronidazole 500 mg	Ds : pasien mengatakan bersedia Do : Tampak obat masuk ke IV	Risma
Jam 11.10	2	Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri	Ds : pasien mengatakan nyaman diruangan saat pembatasan pengunjung Do : pasien tampak nyaman	Risma
Jam 11.20	1	Menganjurkan minum minimal 1500 cc/hari jika tidak ada kontraindikasi	Ds : pasien mengatakan sudah minum sesuai yang dianjurkan Do : pasien tampak lebih nyaman	Risma
Jam 13.00	2	Mengobservasi tindakan pemberian teknik nonfarmakologis untuk	Ds : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang P : luka post operasi	Risma

mengurangi nyeri (teknik distraksi mendengarkan murottal asmaul husna)	Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk R : nyeri pada luka post operasi S : skala nyeri 3 T : nyeri hilang timbul Do : pasien tampak tersenyum dan lebih nyaman
---	--

1. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.10 evaluasi keperawatan pada Tn. S post operasi

Hari/ tanggal /jam	Dx keperawatan	Evaluasi	Paraf dan nama
Jumat,31/05/2024 Jam 14.00	Inkontinensia urine b.d penurunan tonus kandung kemih d.d pasien mengatakan tidak bisa merasakan keinginan BAK	S : 1. Pasien mengatakan tidak bisa kencing secara normal masih dibantu selang kateter, dan terasa nyeri diperut bawah 2. Pasien mengatakan tidak bisa merasakan keinginan untuk BAK O :	Risma

		3. Pasien tampak terpasang kateter	
		A : masalah belum teratasi	
		P : lanjutkan intervensi	
		1. Identifikasi perasaan dan persepsi pasien terhadap inkontinensia urine yang dialaminya	
		2. monitor keefektifan obat, pembedahan dan terapi modalitas berkemih	
		3. monitor kebiasaan BAK	
Jam 14.00	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri (D.0077)	S : pasien mengatakan nyeri berkurang	Risma
		P : luka post operasi	
		Q : nyeri seperti ditusuk- tusuk	
		R : nyeri pada luka post operasi	
		S : skala nyeri 6	
		T : nyeri hilang timbul	
		O : pasien tampak meringis menahan nyeri.	
		Hasil TTV :	
		TD : 107/73 mmHg	
		N : 71 x/menit	
		RR : 24 x / menit	
		S: 36,8 ° c	

		A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Memberikan obat analgetik sesuai advice dokter 2. Mengidentifikasi tingkat nyeri pasien 3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (memberikan terapi musik)
Jam 14.00	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)	S : pasien mengatakan nyeri berkurang dan merasa lebih baik setelah luka dibersihkan Risma O : - tampak luka post operasi dibagian perut bawah, luka berbentuk vertical dengan panjang 5 cm dan terdapat 5 jahitan, warna kemerahan - pasien tampak lemah - tampak balutan luka post operasi bersih - hasil ttv : TD : 107/73 mmHg N : 71 x/menit

		RR : 24 x / menit S: 36,8 ° c A : masalah belum teratasi P : lanjutkann intervensi 1. berikan perawatan kulit pada daerah edema 2. cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	
Jam 14.00	Gangguan mobilitas fisik b.d keterbatasan gerak d.d mengeluh nyeri saat bergerak (D.0054)	S : - Pasien mengatakan selama sakit dibantu keluarganya dalam melakukan aktifitas - Pasien mengatakan jarang melakukan pergerakan O : - Pasien tampak berbaring ditempat tidur, tampak lemah,aktifitas tampak dibantu keluarga A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Risma

		1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi	
Sabtu, 1/06/2024	Inkontinensia urine b.d penurunan tonus kandung kemih d.d pasien mengatakan tidak bisa merasakan keinginan BAK Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri (D.0077)	S : - Pasien mengatakan sudah mulai bisa merasakan keinginan berkemih O : - Pasien tampak lemah, tampak terpasang selang kateter A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. jelaskan jenis pakaian dan lingkungan yang mendukung proses berkemih 2. ajurkan membatasi konsumsi cairan 2-3 jam menjelang tidur 3. Ajarkan memantau cairan keluar dan masuk serta pola eliminasi urine	Risma
Jam 14.00	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri (D.0077)	S : pasien mengatakan nyeri berkurang P : luka post operasi	Risma

		Q : neri seperti ditusuk- tusuk R : nyeri pada luka post operasi S : skala nyeri 5 T : nyeri hilang timbul O : pasien tampak meringis Hasil ttv : TD : 110/80 mmHg N : 72 x/menit RR : 24 x / menit S: 36,8 ° c A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (memberikan terapi musik)
Jam 14.00	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)	S : pasien mengatakan merasa lebih baik setelah luka dibersihkan O :

		- tampak luka post operasi dibagian perut bawah, luka berbentuk vertical dengan panjang 5 cm dan terdapat 5 jahitan - pasien tampak lemah - tampak balutan luka post operasi bersih - hasil ttv : TD : 110/80 mmHg N : 72 x/menit RR : 24 x / menit S: 36,8 ° c A : masalah belum teratasi P : lanjutkann intervensi 1. pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	
Jam 14.00	Gangguan mobilitas fisik b.d keterbatasan gerak d.d mengeluh nyeri saat bergerak (D.0054)	S : - Pasien mengatakan nyeri saat melakukan pergerakan - Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga O :	Risma

			- Pasien tampak berbaring ditempat tidur, tampak lemah
			A : masalah teratasi sebagian
			P : lanjutkan intervensi
			1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi
Minggu,2/06/2024	Inkontinensia urine b.d penurunan tonus kandung kemih d.d pasien mengatakan tidak bisa merasakan keinginan BAK	S :	Risma
jam 13.00		- Pasien mengatakan sudah mulai bisa merasakan keinginan berkemih, bisa mengontrol saat ingin BAK,nyeri sedikit.	
		O :	
		- Pasien tampak kooperatif, tampak lebih baik	
		A : masalah teratasi	
		P : hentikan intervensi	
		S : pasien mengatakan nyeri berkurang	
		P : luka post operasi	
		Q : neri seperti ditusuk- tusuk	
		R : nyeri pada luka post operasi	
		S : skala nyeri 3	

		T : nyeri hilang timbul O : pasien tampak lebih baik dan tenang, nyaman Hasil ttv : TD : 110/70 mmHg N : 75 x/menit RR : 24 x / menit S: 36,8 ° c A : masalah teratasi P : hentikan intervensi	
Jam 13.00	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d mengeluh nyeri (D.0077)	S : pasien mengatakan nyeri berkurang P : luka post operasi Q : nyeri seperti ditusuk- tusuk R : nyeri pada luka post operasi S : skala nyeri 3 T : nyeri hilang timbul O : pasien tampak lebih baik dan tenang, nyaman Hasil ttv : TD : 110/70 mmHg N : 75 x/menit	Risma

		RR : 24 x / menit S: 36,8 ° c A : masalah teratasi P : hentikan intervensi
Jam 13.00	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif (D.0142)	S : pasien mengatakan merasa lebih baik setelah luka dibersihkan dan nyeri berkurang O : - tampak luka post operasi dibagian perut bawah, luka berbentuk vertical dengan panjang 5 cm dan terdapat 5 jahitan, kemerahan menurun - pasien tampak baik dan segar - tampak balutan luka post operasi bersih - hasil ttv : TD : 110/70 mmHg N : 75 x/menit RR : 24 x / menit S: 36,8 ° c A : masalah teratasi

P : hentikan intervensi		
Jam 13.00	Gangguan mobilitas fisik b.d keterbatasan gerak d.d mengeluh nyeri saat bergerak (D.0054) S : - Pasien mengatakan lebih segar saat melakukan pergerakan dan mampu melakukan pergerakan sederhana secara mandiri O : - Pasien tampak lebih baik dan terlihat segar A : masalah teratasi P : hentikan intervensi	Risma
