

LAMPIRAN

Lampiran 1.

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIDN : NIDN. 0620068504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Abdul Hanif

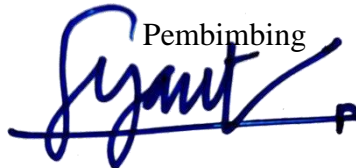
NIM : 48901700001

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. H dengan Ileus Obstruktif di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 6 Maret

2020

Pembimbing


Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB

Lampiran 2.

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIDN : NIDN. 0620068504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Abdul Hanif

NIM : 48901700001

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. H dengan Ileus Obstruktif di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Februari 2020 sampai dengan 10 Mei 2020 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 10 Mei 2020

Pembimbing


Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIDN. 0620068504

Lampiran 3. Lembar Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2020


NAMA MAHASISWA : Abdul Hanif





NIM : 48901700001






**JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn. H dengan Ileus
 Obstruktif di Ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.**


PEMBIMBING : Ns. Suyanto, M.Kep., Sp.Kep.MB

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
6 Maret 2020	Konsul judul	Judul sudah tepat sesuai dengan masalah pasien	

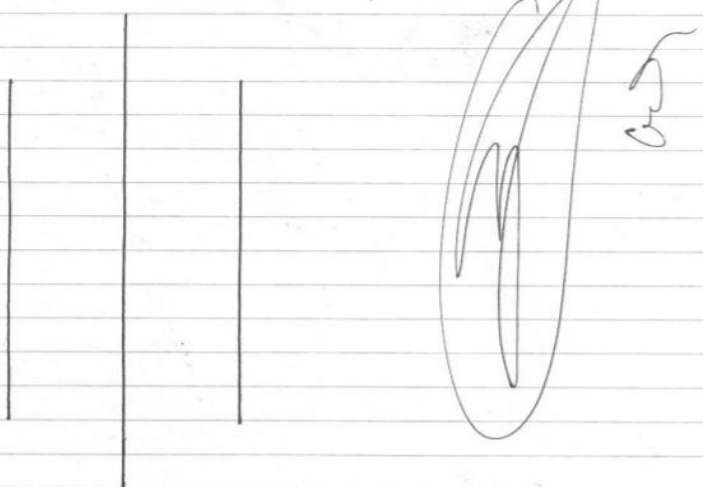
18 Maret 2020	Memperbaiki latar belakang	-Kurang kesimpulan pada latar belakang dan tindakan keperawatannya -Semua kata awal pada tujuan penulisan menggunakan kata Menjelaskan	
---------------	----------------------------	---	---

26 Maret 2020	Memperbaiki latar belakang dan BAB II	-Menyertakan sumber pada pathways keperawatan	
31 Maret 2020	Memperbaiki BAB II dan BAB III	-Sumber kutipan buku harus ditambahkan nama pengarang	
3 April 2020	Memperbaiki BAB III dan BAB IV	-Menambahkan ada tidak pengkajian yang belum dilakukan pada BAB IV -Apakah ada diagnosis selain 3 diagnosis yang diangkat -Mengganti kata diagnosa dengan diagnosis	
13 April 2020	Memperbaiki BAB IV dan BAB V	-Menuliskan apakah pengkajiannya sudah sesuai teori atau belum pada BAB V -Menuliskan evaluasi pada masing masing diagnosis -Menuliskan	

		diagnosis yang berhasil teratasi dan belum teratasi	
24 April 2020	Memperbaiki pembahasan dan tata aturan penulisan	-Tata aturan penulisan harus sesuai dengan format di buku panduan	
29 April 2020	Memperbaiki daftar pustaka	-Daftar pustaka harus sesuai dengan format di buku panduan	
4 Mei 2020	Konsul hasil turnitin	-Hasil turnitin masih terlalu tinggi, harus kembali di parafrasekan Ulang	
5 Mei 2020	Konsul PPT untuk sidang presentasi	-PPT masih terlalu banyak berisi tulisan	
7 Mei 2020	Konsul PPT ulang	-Baik PPT sudah baik dan sesuai	

9 Mei 2020	Persiapan sidang	-Siapkan materi, PPT, dan pelajari ACC	

LAMPIRAN 4 : ASKEP TULIS TANGAN

<p>ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. H DENGAN ILEUS OBSTRUKTIF DI RUANG BAITUSSALAM 1 RSI SULTAN AGUNG SEMARANG</p> 
<p>DI SUSUN OLEH : ABDUL HANIF 48901700001</p>
<p>PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG 2020</p>

GELATIK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. H DENGAN ILEUS OBSTRUKTIF DI RUANG BAITUSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG	
A.	PENGKAJIAN KEPERAWATAN
	Tanggal pengkajian : 26 Februari 2020
	Ruang pengkajian : R. Baitus Salam 1
	1. DATA UMUM
	a. Identitas
	1) Identitas klien
	Nama : Tn. H
	Umur : 35 tahun
	Jenis kelamin : Laki-laki
	Agama : Islam
	Pendidikan : SMK
	Pekerjaan : Swasta
	Suku / bangsa : Jawa / Indonesia
	Alamat : Jepara
	Diagnosa medis : colic Abdomen Ileus Obstruktif.
	Tanggal dan jam masuk : 21 Februari 2020, 16.00 WIB
	2) Identitas Penanggung jawab
	Nama : Ny. G
	Umur : 29 tahun
	Jenis kelamin : Perempuan
	Agama : Islam
	Suku / bangsa : Jawa / Indonesia
	Pendidikan : SMA
	Pekerjaan : -
	Alamat : Jepara
	Hub. dengan klien : Istri
	b. Keluhan Utama
	Pasien mengatakan Perut kembung, nyeri sudah 1 bulan lebih.
	c. Status kesehatan saat ini
	Pasien mengatakan ia masuk rumah sakit karena perutnya terasa sakit, nyeri dan kembung, susah untuk BAB. Pasien sudah merasakan keluhan ini 1 bulan yang lalu. Pasien tidak mengetahui mengapa

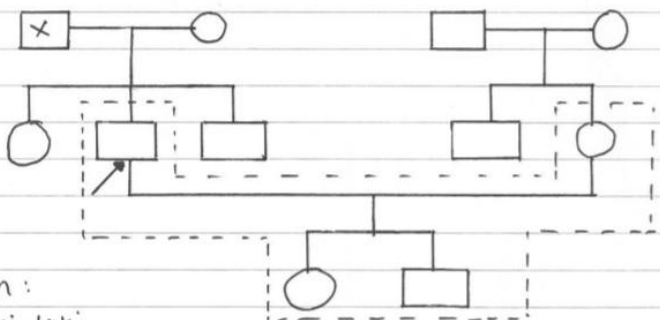
tiba-tiba perutnya sakit.

d. Riwayat kesehatan lalu

Pasien mengatakan pernah dirawat di salah satu RS di Jepara sebelumnya dengan indikasi dirawat yang sama yaitu nyeri di perutnya. Pasien mengatakan sudah pernah dirawat 2x di RS yaitu di Jepara dan di RS Sultan Agung. Pasien tidak pernah mengalami kecelakaan dan pasien tidak memiliki alergi baik obat ataupun makanan.

e. Riwayat Kesehatan keluarga

1.) Genogram 3 generasi



Keterangan :

□ = laki-laki

○ = Perempuan

x = meninggal

↗ = Pasien

--- = Tunggal serumah.

Klien mengatakan ia adalah anak ke 2 dari 3 bersaudara, istri klien adalah anak ke 2 dari 2 bersaudara. Mereka menikah dan dikaruniai 2 orang anak, perempuan dan laki-laki, masing-masing berumur 6 tahun dan 1 tahun. Klien mengatakan tidak ada keluarganya yang mempunyai masalah penyakit yang sama seperti klien. Klien juga mengatakan tidak ada Penyakit keturunan di keluarganya seperti PM ataupun hipertensi. Saat ini keluarga klien Alhamdulillah sehat, hanya klien yang saat ini sedang mengalami sakit.

f. Riwayat kesehatan lingkungan

Klien mengatakan rumahnya setiap hari dalam keadaan bersih, karena selalu dibersihkan oleh istrinya. Rumahnya juga terdapat

ventilasi cahaya yang cukup. Kondisi lingkungan di tempat tinggal klien juga bersih. Kemungkinan untuk terjadinya bahaya sangat kecil, karena semuanya tertata dengan rapi.

2. POLA KESEHATAN FUNSIONAL (DATA FOKUS)

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- Pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak memperhatikan kesehatannya, suka makan makanan sembarangan, setelah pasien merasa sakit dan mengetahui tentang penyakitnya, pasien mulai menjaga kesehatan dan mengetahui pola diet makanan yang baik yang diberikan oleh ahli gizi tempatnya di rawat.
- Pasien mengatakan aktivitasnya terganggu ketika sedang sakit.
- Pasien mengatakan bahwa sekarang pasien sudah mengetahui tentang penyakitnya dan sudah mengerti bagaimana pola makan/diet yang baik untuk mengatasi penyakitnya.
- Pasien mengatakan sebelum sakit ia jarang untuk mengecek status kesehatannya di puskesmas atau di layanan kesehatan lainnya, ia kurang memperhatikan kesehatannya. Setelah sakit pasien lebih memperhatikan kesehatannya, ia sering kontrol kesehatannya di Puskesmas atau RS.
- Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol, pasien tidak merokok, pasien tidak mengonsumsi jamu atau obat-obatan tertentu.
- Status ekonomi keluarga pasien cukup, pasien berobat dengan menggunakan layanan BPJS.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik.

- Pola makan

- Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan sehari 2x atau terkadang 3x dengan porsi sedang. Pada saat sakit pasien mengatakan tidak nafsu makan, ia merasa mual tiap kali makan lewat mulut, sehingga saat sakit sekarang ini pasien makan melalui selang NGT, ia hanya minum susu saja 6 x 100 ml per hari melalui NGT.
- Pasien mengatakan membatasi makan makanan yang keras-keras. ia harus memakan makanan yang lembut.
- Pasien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat atau vitamin penambah nafsu makan.
- Pasien mengeluh tidak nafsu makan, selalu mual dan muntah jika makan, saat sakit pasien hanya mengonsumsi susu 6 x 100 ml per hari saja. Hal ini karena usus pada pasien mengalami masalah.

- Pasien mengatakan akan mual dan muntah tiap kali makan, sehingga ia hanya makan melalui NGT.
- Pasien tidak mengalami gangguan mengunyah dan menelan
- Pasien mengatakan tidak mengetahui apakah ada penurunan BB atau tidak dalam 6 bulan terakhir.
- Pasien sehari-hari minum 6×100 ml susu melalui NGT, dengan terkadang di selingi air putih.
- Pasien terpasang infuse di tangan kiri dengan rata-rata sehari 2000 ml
- Pasien tidak mengeluh demam.

c. Pola Eliminasi

1) Eliminasi feses

a) Pola BAB

Pasien mengalami konstipasi. Ia selalu menggunakan enema/pencacah untuk mematu BAB. Sehari biasanya 2x pada pagi dan malam hari.

b) Pasien tidak terpasang colostomy

2) Pasien mengatakan BAK masih normal. sehari kira-kira 3 sampai 4 kali dengan jumlah 50-100 ml per BAK.

d. Pola aktivitas dan latihan

- Pada saat sakit sekarang ini pasien mengalami kesulitan dalam beraktivitas
- Pergerakan tubuh pasien terbatas, pasien mengatakan sangat lemas.
- Setiap hari pasien dibantu oleh keluarganya dalam melakukan ADL nya.

e. Pola istirahat dan tidur

- Kebiasaan tidur: pasien mengatakan bisa tidur, sehari \pm 8 jam
- Kesulitan tidur: pasien mengatakan mudah terbangun saat tidur malam.

f. Pola Kognitif - perseptual sensor

- Pasien tidak memiliki gangguan penglihatan maupun pendengaran.
- Daya ingat pasien baik, pasien dapat berbicara dan mampu memahami pesan yang diterima dengan baik. Pasien juga masih bisa

untuk mengambil keputusan.

- Pasien mengatakan penutupnya nyeri.

P = Nyeri saat pasien bergerak.

Q = Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk.

R = di seluruh penit.

S = 5

T = Hilang timbul.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri.

- Pasien berharap agar penyakitnya segera sembuh, bisa beraktivitas seperti sedia kala tanpa ada gangguan. Setelah menjalani perawatan pasien mengatakan akan menjaga makannya dengan ia meminta tim ahli gizi untuk membuatkan tips diet makanan untuknya.

Status emosi : pasien terlihat sangat sabar, tabah, dan ikhlas menerima cobaan sakitnya ini

- Pasien mengatakan ia tetap bersyukur bagaimana keadaan tubuhnya sekarang. Penyakitnya sekarang tidak mempengaruhi bagaimana persepsi dirinya terhadap kondisi tubuhnya.

- Pasien mengatakan statusnya sebagai laki-laki dan sebagai kepala keluarga tidak terganggu sebagai akibat dari sakitnya.

- Pasien mengatakan harapannya agar segera sembuh dari penyakitnya dan kembali berkumpul dengan keluarga dan tetangga-tetangganya.

- Pasien tidak pernah merasa rendah diri dengan keadaannya sekarang, ia percaya bahwa sakit adalah cobaan untuk dirinya agar lebih kuat.

h. Pola Mekanisme koping.

- Pasien mengatakan ketika ia sedang ada masalah / sakit seperti ini ia selalu berusaha berobat didukung dan dibantu oleh anggota keluarganya.

- Pasien mengatakan ketika mengambil keputusan ia selalu melibatkan keluarganya agar dapat dipertahankan bersama-sama.

- Pasien meminta agar perawat selalu mendoakannya agar cepat sembuh dan memberikan pelayanan asuhan keperawatan dengan baik. Pasien mendoakan agar perawat selalu diberikan kemudahan dalam setiap urusannya.

i. Pola Seksual-Reproduksi

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan dengan fungsi reproduksinya baik pasien ataupun istrinya.

j. Pola peran-perhubungan dengan oranglain.

- Pasien mengatakan selalu membina hubungan yang baik dengan keluarganya sendiri, dengan oranglain, ataupun dengan lingkungan sekitar.
- Pasien mampu berkomunikasi dengan jelas, mampu berekspresi dan mampu memahami pesan yang disampaikan oleh oranglain dengan baik.
- Pasien mengatakan orang terdekat dan yang sangat berpengaruh bagi pasien adalah istri dan anak-anaknya.
- Pasien mengatakan ketika ia sedang ada masalah, ia selalu meminta bantuan dan membi carakannya dengan istrinya.
- Pasien mengatakan hubungan dengan perkawinan, orangtuanya, dan sanak saudaranya sangat baik.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

- Pasien mengatakan beragama Islam dan menjalankan sholat lima waktu.
- Pasien mengatakan ketika sakit ia merasa kesulitan untuk melaksanakan ibadah sholat, ia hanya bisa bertayamum dan sholat dengan berbaring di tempat tidur.
- Pasien mengatakan tidak ada kepercayaan atau kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan.
- Pasien mengatakan tidak ada pertentangan nilai/keyakinan / kebudayaan terhadap pengobatan yang sedang ia jalani.

	<p>3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)</p> <p>a. Kesadaran : Composmentis</p> <p>b. Penampilan : Lemah, lemas</p> <p>c. Vital sign</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.) Suhu tubuh = $36,5^{\circ}\text{C}$ 2.) Tekanan darah = $126/80$ mm Hg 3.) Respirasi = $20 \times$ / menit 4.) Nadi = $80 \times$ / menit <p>d. Kepala</p> <p>Bentuk kepala mesocephal, rambut warna hitam bersih, tidak ada ketombe, tidak ada rambut rontok.</p> <p>e. Mata</p> <p>Kemampuan penglihatan pasien baik, ukuran kedua pupil simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, tidak ada sekret. 8/20</p> <p>f. Hidung</p> <p>Kedua lubang hidung sama bersih, pasien terpasang selang NGT di lubang hidung sebelah kiri, tidak ada polip, tidak ada pemapasan cuping hidung, pasien tidak memakai oksigen.</p> <p>g. Telinga</p> <p>Bentuk kedua telinga sama simetris, fungsi pendengaran baik, tidak ada penumpukan serumen, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.</p> <p>h. Mulut dan tenggorokan</p> <p>Tidak ada gangguan bicara, kondisi gigi bersih, pasien mengalami kesulitan menelan karena terpasang NGT, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.</p> <p>i. Dada</p> <p>- Jantung</p> <p>Inspeksi : Bentuk kedua dada simetris, pergerakan pengembangan dada simetris kanan dan kiri, tidak ada luka / benjolan</p> <p>Palpasi : Tidak ada benjolan maupun nyeri tekan</p> <p>Perkusi = tidak ada pelebaran jantung, suara redup</p> <p>Auskultasi : Tidak ada suara tambahan, suara jantung resonan.</p> <p>- Paru - paru</p> <p>Inspeksi : Bentuk simetris, pergerakan simetris, tidak ada luka.</p> <p>Palpasi = Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi = sonot</p>
--	---

Auskultasi : Tidak ada suara tambahan, vasi kuler.				
j. Abdomen				
Inspeksi = simetris, tidak ada luka, perut cembung				
Auskultasi = Bising usus hipoaaktif 5 x / menit.				
Perkusi = Terdengar suara timpani				
Palpasi = Terdapat nyeri tekan di area abdomen bawah.				
k. Genitalia				
Pasien tidak terpasang kateter, tidak ditemukan adanya hemoroid.				
l. Ekstremitas				
Atas = Keadaan kuku bersih, turgor kulit baik, tidak ada edema, CRT < 3 detik, terpasang infus di tangan kiri, tidak ada nyeri tekan di ekstremitas atas.				
Bawah : Keadaan kuku bersih, tidak ada edema, CRT < 2 detik kemampuan mobilitas baik.				
m. Kulit				
warna kulit coklat sawo matang, kondisi kulit bersih, turgor kulit baik, tidak ada edema, tidak ditemukan adanya luka atau bekas jahitan.				
4. DATA PENUNJANG				
1. Pemeriksaan Laborat				
Tgl Periksa : 21 Februari 2020				
PEMERIKSAAN	HASIL	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGY				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	15,5	13.2 - 17.3	g/dl	
Hematokrit	42.2	33 - 45	%	
Leukosit	8.72	3.8 - 10.6	ribu/ul	
Trombosit	313	160 - 440	ribu/ul	
Colongan darah / Rh	B/positif		-	
APTT / PTTK	29.5	H 21.8 - 28.0	Detik	
Kontrol	25.2	21.0 - 28.4	Detik	
PPT	11.2	9.3 - 11.4	Detik	
Kontrol	11.1	9.3 - 12.5	Detik	
IMUNOSEROLOGY				
HBs Ag kualitatif	Non Reaktif.	Non Reaktif		

KIMIA						
Gula Darah sewaktu	59	L	75-110	mg/dl		DUPLO
Ureum	25		10-50	mg/dl		
Kreatinin darah	0.84		0.7-1.3	mg/dl		
Na, K, Cl						
Natrium	130.3	L	135-147	mmol/L		
Kalium	3.81		3.5-5	mmol/L		
Chloride	101.3		95-105	mmol/L		

Tanggal pemeriksaan : 22 Februari 2020

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI RUJUKAN	SATUAN	KETERANGAN
KIMIA				
SGOT	17	0-50	U/l	
SGPT	24	0-50	U/l	

2. Pemeriksaan Radiologi

Tgl pemeriksaan : 21 Februari 2020

1. Thorax Besar (Non kontras)

Kesan :

COR : BENTUK DAN LETAK NORMAL

PULMO : TAK TAMPAK KELAINAN

2. Abdomen 2 posisi (Non kontras)

Kesan :

Heus Obstruktif letak tinggi parsial

Tak tampak Pneumoperitoneum.

b. Diet yang diperoleh

Sonde susu 6 x 100 ml Air gula 4 x 50 ml

c. Therapi yang didapat klien

- Infus RL 30 tpm = Jalur IV, berfungsi untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang.

- Ketorolac = Jalur IV, berfungsi untuk pereda nyeri sedang hingga nyeri berat untuk sementara.

- Ranitidin = Jalur IV, berfungsi untuk peranganan gejala penyakit asam lambung dan tukak usus.

- Metoclopramide 3x1 = Jalur IV, berfungsi untuk mengobati beberapa masalah di perut dan usus.

- Alinamin 1x1 = Jalur iv, berfungsi untuk memenuhi asupan vitamin B kompleks, terutama vitamin B1, B2, dan B6.
- Prostigmin = Jalur iv, berfungsi untuk memengaruhi zat kimia di dalam tubuh yang terlibat dalam komunikasi antara impuls saraf dan pergerakan otot.
- fleet enema = Jalur supositoria, berfungsi sebagai pemacu untuk BAB.

ANALISA DATA

Tgl/Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TDO
26-2-2020 08.00	<p>Ds = Pasien mengatakan perut kembung, dan nyeri sudah 1 bulan lebih.</p> <p>Do = Perut pasien tampak kembung, pasien tampak gelisah, pasien tampak meringis menahan nyeri</p> <p>Ku = lemah</p> <p>TD = 126/87</p> <p>N = 86x/menit</p> <p>S = 36,6 °C</p> <p>RR = 20x/menit</p> <p>skala nyeri = 5</p>	Nyeri Akut	Agen cedera fisiologis	Jr.
26-2-2020 09.00	<p>Ds = Pasien mengatakan ia mengalami konstipasi, susah untuk BAB, harus dipacu dahulu agar bisa BAB</p> <p>Do = Perut pasien tampak kembung dan terasa keras, bising usus terdengar 5x per menit, pasien tampak lemah.</p>	Konstipasi	Penurunan motilitas gastro intestinal	Jr.
26-2-2020 10.00	<p>Ds = Pasien mengatakan mengalami kesulitan dalam beraktivitas, pergerakan tubuhnya terbatas, setiap harinya ia hanya bedrest di tempat tidurnya.</p> <p>Do = Pasien tampak lemah, ADL pasien selalu dibantu oleh keluarganya</p>	Resiko Intoleransi aktivitas		Jr.

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN.

1. Nyeri Akut b.d. Agen cedera fisiologis.
2. Konstipasi b.d. Penurunan motilitas gastrointestinal
3. Resiko Intoleransi Aktivitas d.d. ketidakbugaran status fisik.

D. INTERVENSI KEPERAWATAN.

Tgl/Jam	Dx. Kep.	Tujuan dan K.H.	Intervensi	TTP
26-2-2020	1	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri pada pasien dapat menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Ekspresi menngis.. menurun 3. sikap pro tektif menurun 4. Bersah' menurun. 5. Kesulitan tidur menurun.	1. Kaji karakteristik nyeri (skala, lokasi, frekuensi, quality, durasi). 2. Berikan teknik nonfarmakologis utk mengurangi nyeri 3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 4. Kolaborasi dalam pemberian terapi analgetik.	f.
26-2-2020	2.	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal pada pasien dapat membaik. dengan kriteria hasil : 1) Kontrol pengeluaran feses meningkat 2) Keluhan defekasi sulit dan lama menurun 3) Mengejan saat defekasi menurun	1. Periksa tanda dan gejala konstipasi 2. Anjurkan pasien untuk diet tinggi serat 3. Lakukan masase abdomen jika perlu. 4. Anjurkan peningkatan asupan cairan jika tidak ada kontra indikasi 5. Kolaborasi penggunaan obat pencahar jika perlu.	f.
26-2-2020	3	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah resiko intoleransi aktivitas dapat	1. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan 2. Monitor nutrisi dan sumber	f.

		teratasi dengan kriteria hasil :	energi yang adekuat
		1. Pasien dapat berpartisipasi dalam beraktivitas fisik tanpa disertai Peningkatan TTV	3. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien
		2. Pasien dapat melakukan APL secara mandiri	4. Motivasi klien Untuk sesekali bangun duduk atau berjalan sebentar di sekitar tempat tidur
		3. Keseimbangan dalam aktivitas dan istirahat	

B. IMPLEMENTASI

Tgl/Jam	Dx. Kep	Implementasi	Respon Pasien	TD
26-2-2020 08.30	1	Mengkaji karakteristik nyeri	Ds = Pasien mengatakan P = Nyeri terutama saat bergerak Q = Nyeri seperti di tusuk tusuk R = Di Abdomen S = Skala 5 T = Hilang timbul Do = Pasien terlihat lemas, Kesakitan menahan nyeri, ku pasien lemah.	f..
26-2-2020 08.50	1	Mengajarkan pasien teknik non farmakologis utk mengatasi nyeri : tarik nafas dalam	Ds = Pasien mengatakan bersedia diajarkan teknik distraksi relaksasi dengan tarik nafas dalam. Do = Pasien terlihat memperhatikan apa yang dijelaskan oleh perawat	f..
26-2-2020 09.30	1	Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri	Ds = pasien mengatakan bed nya terlalu tinggi, udaranya sumpek	f..

			sehingga ia kadang merasa tidak nyaman. Do = Pasien terlihat gelisah, perawat mengatur posisi bed senyaman klien dan membuka gorden kamar pasien.	
26-2-2020 12.00	1	Berkolaborasi dalam pemberian terapi analgetik.	Ds = Pasien mengatakan beres sedia diberikan injeksi Do = Injeksi ketorolac 1x 30 mg masuk melalui iv	Jr.
26-2-2020 09.30	2	Memeriksa tanda dan gejala konstipasi	Ds = Pasien mengatakan susah BAB, perutnya terasa sakit, pasien mengejan saat defekasi tetapi tidak keluar. Pasien mengatakan harus dipatu dgn obat agar bisa BAB. Do = Perut pasien terlihat kembung dan keras, bising usus pasien menurun 5x/menit	Jr.
26-2-2020 10.00	2	Menganjurkan pasien untuk diet tinggi serat	Ds = Pasien mengatakan jika ia pulang dari RS ia akan mencoba makan makanan yang tinggi serat seperti buah apel, pir, dan sayur brokoli, kacang Do = pasien terlihat memahami dan mengerti apa yang disarankan oleh perawat.	Jr.
26-2-2020 10.30	2	Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan cairan	Ds = Pasien mengatakan sehari hari minum susu 6x100 ml dan diselingi air	Jr.

				<p>Putih kira-kira sebanyak 500ml per hari</p> <p>Do = Perawat menjelaskan kepada pasien Pentingnya pemenuhan kebutuhan cairan dalam tubuh juga berperan untuk mengatasi konstipasi</p>	
26-2-2020 11.30	1	Melakukan masase pada abdomen pasien	<p>Ds = Pasien mengatakan bersedia diajarkan dan dibenarkan contoh masase pada abdomen untuk mengatasi konstipasi.</p> <p>- Pasien mengatakan lebih nyaman setelah dilakukan masase.</p> <p>Do = Perawat melakukan masase pada abdomen pasien, pasien terlihat nyaman</p>	f.	
26-2-2020 12.20	3.	Mengkaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan	<p>Ds = Pasien mengatakan sehari-hari hanya tiduran di bed.</p> <p>Do = Keluarga pasien tampak sehari-hari membantu ADL pasien, pasien tampak lemah</p>	g.	
26-2-2020 12.30	3.	Memonitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat	<p>Ds = pasien mengatakan sehari-hari hanya minum sonde susu lewat NGT 6x100ml. Pasien tidak makan apapun karena susah untuk menelan terhalang NGT.</p>	f.	

			Do = Pasien terlihat lemas.	
26-2-2020 12.30	3	Memotivasi klien untuk sesekali bangun duduk atau jalan sebentar di sekitar tempat tidur.	Do = pasien mengatakan untuk duduk pasien bisa tetapi untuk jalan Pasien masih lemas tidak kuat. Do = Pasien terlihat bisa untuk duduk. pasien lemas.	fr.
26-2-2020 13.00	3	Memonitor pola tidur dan lamanya tidur /istirahat pasien	Do = pasien mengatakan bisa tidur, ± 8 jam dalam sehari dengan 2 jam di siang hari dan 6 jam di malam hari. Pasien mudah terbangun. Do = -	fr.
27-2-2020 21.30	1	Memonitor TTV dan karakteristik nyeri	Do = Pasien mengatakan P = Nyeri saat bergerak Q = Nyeri di tusuk-tusuk R = Nyeri di Abdomen S = Skala 4 T = Hilang timbul DO = TD = 120/70 mmHg M = 80x/menit S = 36,6 °C RR = 21x/menit	fr.
27-2-2020 23.50	1	Berkolaborasi dalam pemberian terapi analgetik	Do = Pasien mengatakan bersedia diberikan terapi Injeksi Do = Injeksi metoclopramide 1 amp per 8 jam masuk melalui iv	fr.

28-2-2020 05.30	1	Mengajarkan pasien teknik non farmakologis untuk mengatasi nyeri : mendengarkan murattal	Ps = - Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisinya - Pasien ingin mendengarkan murattal melalui HP - Pasien ingin mendengarkan selama 30 menit. Do = Pasien terlihat nyaman mendengarkan murattal yang telah diputarkan.	h.
28-2-2020 07.00	1	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	Ds = Pasien mengatakan sudah nyaman dengan posisinya. Do = Pasien terlihat lebih rileks.	h.
27-2-2020 22.00	2	Berkolaborasi dalam penggunaan obat pencahar	Ds = pasien mengatakan tadi pagi sudah diberi enema dan bisa BAB. Pasien mengatakan bersedia diberikan enema Do = fleet enema 1 botol 133 ml masuk via dubur	h.
28-2-2020 06.30	2	Melakukan masase Abdomen	Ds = Pasien mengatakan bersedia dilakukan masase abdomen. Do = Perawat melakukan masase pada abdomen pasien. Pasien terlihat nyaman.	
28-2-2020 06.00	3	Membantu klien untuk	Ds = Pasien mengatakan	

			melakukan ADL nya sendiri	akan bangun duduk dan memasukkan sonde sendiri Do = Pasien terlihat bisa untuk memasukkan sonde sendiri dengan diawasi oleh perawat	
28-2-2020 07.00	3	Motivasi klien untuk sedikit-sedikit bergerak.		Ps = Pasien mengatakan bisa untuk mencobanya. Do = -	<i>g</i>

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Tgl / Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	TTD
26-2-2020 14.00	1. Nyeri akut b.d. agen ti dera fisiologis	S = Pasien mengatakan : P = Nyeri terutama saat bergerak Q = Ditusuk-tusuk R = Abdomen S = skala 4 T = Hilang timbul O = Kesadaran pasien composmentis. Pasien tampak lebih rileks. TD = 125/78 mmHg. M = 78x/menit S = 36,5°C RR = 21x/menit A = Masalah teratasi sebagian. P = Lanjutkan intervensi - Monitor TV dan skala nyeri - Ajarkan teknik distraksi relaksasi - Kolaborasi dalam pemberian terapi Analgetik.	<i>g</i>
26-2-2020 14.30	2. Konstipasi b.d. Penurunan motilitas gastrointestinal	S = Pasien mengatakan tadi pagi sudah BAB dgn dipacu dengan fleet enema Pasien mengatakan perutnya masih	<i>g</i>

		<p>kembung, mual mual.</p> <p>O = Pasien terlihat lemas, KU cukup</p> <p>A = Masalah belum teratasi</p> <p>P = Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan masase abdomen - Anjurkan asupan cairan yang cukup - Kolaborasi dalam pemberian obat pentahar. 	
28-2-2020 09.00	3.) Resiko intoleransi aktifitas d.d. ketidak bugaran status fisik	<p>S = Pasien mengatakan sudah mendingan, pasien tidak mudah pusing saat bangun dari tempat tidur.</p> <p>O = KU lemah: pasien tampak mual bedrest.</p> <p>TD = 129/80 mmHg.</p> <p>N = 82 x /menit</p> <p>S = 36,5 °C</p> <p>RR = 22 x /menit</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian</p> <p>P = Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor aktivitas - Motivasi untuk melakukan ADL sendiri 	<i>J.</i>
27-2-2020 11.30	1. Nyeri akut b.d. agen tidera fisiologis	<p>S = Pasien mengatakan :</p> <p>P = Nyeri terutama saat bergerak</p> <p>Q = Nyeri ditusuk-tusuk</p> <p>R = Abdomen</p> <p>S = skala 3</p> <p>T = Hilang - timbul</p> <p>O = Kesadaran pasien composmentis. Pasien tampak lebih rileks.</p> <p>TD = 130/80 mmHg</p> <p>N = 84 x /menit</p> <p>S = 36,6 °C</p> <p>RR = 22 x /menit.</p>	<i>J.</i>

		<p>A = masalah teratasi sebagian P = Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik distraksi relaksasi - kolaborasi dalam pemberian terapi analgetik. 	
28-2-2020 05.00	2. konstipasi b.d. Penurunan motilitas gastrointestinal	<p>S = pasien mengatakan semalam sudah BAB setelah diberi obat pencahar. Pasien mengatakan masih mual. Perut kembung</p> <p>O = Abdomen pasien masih terasa keras, bising usus 6x per menit, Abdomen tampak kembung.</p> <p>A = Masalah teratasi sebagian P = Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan masase abdomen - kolaborasi dalam pemberian obat pencahar jika perlu. 	gr.
28-2-2020 11.00	1. Nyeri akut b.d. Agen tidera fisiologis.	<p>S = Pasien mengatakan : P = Nyeri sedikit terasa Q = Nyeri ditusuk-tusuk R = Abdomen S = skala 2 T = Hilang timbul</p> <p>O = Pasien tampak rileks, raut wajah pasien sudah tidak menggambarkan rasa nyeri. Ku pasien cukup</p> <p>A = Masalah teratasi P = Lakukan intervensi jika pasien merasa nyeri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi 	