

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Fitria Endah Janitra, M.Kep

NIDN : 0613028605

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Isroul Khasanah

NIM : 48901700034

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Post Op Kolelitiasis (Batu Empedu) di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

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

Semarang, 14 Mei 2020

Pembimbing

Ns. Fitria Endah Janitra, M.Kep

NIDN. 0613028605

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Fitria Endah Janitra, M.Kep

NIDN : 0613028605

Pekerjaan : Dosen

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

Nama : Isroul Khasanah

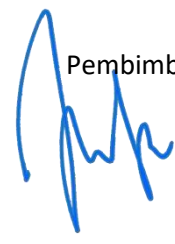
NIM : 48901700034

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Post Op Kolelitiasis (Batu Empedu) di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 26 Februari 2020 sampai dengan 3 Juli 2020 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

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

Semarang, 14 Mei 2020


Pembimbing

Ns. Fitria Endah Janitra, M.Kep

NIDN. . 0613028605

Lampiran 3

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

NAMA MAHASISWA : Isroul Khasanah
NIM : 48901700034
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan Post
Op Kolelitiasis (Batu Empedu) di Ruang Baitul Izzah 1 RSI Sultan Agung
Semarang.

PEMBIMBING : Ns. Fitria Endah Janitra, M.Kep

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
Rabu, 26 Februari 2020	Konsultasi mengenai kasus	Acc, melanjutkan selanjutnya	
Jumat, 28 Febuari 2020	Judul KTI	Mempersiapkan askep dengan benar	
Rabu, 4 Maret 2020	Askep	Pembuatan askep sesuai SIKI, SDKI,SLKI	

Jumat, 20 Maret 2020	Askep	Acc, mempersiapkan BAB I, II, III	
Senin, 23 Maret 2020	BAB I dan BAB II	Perbaiki BAB I pada latar belakang	
Jumat, 27 Maret 2020	BAB I dan BAB II	Perbaiki BAB I	
Selasa, 31 Maret 2020	BAB I dan BAB II	Perbaiki Pathways	
Sabtu, 4 April 2020	BAB I dan BAB II	Perbaiki penulisan daftar rujukan	
Senin, 6 April 2020	BAB I dan BAB II	Acc BAB I dan BAB II	

Jumat, 17 April 2020	BAB III, IV, V	Revisi BAB III sampai BAB V	
Kamis, 30 April 2020	BAB III sampai BAB V beserta lampiran	Perbaikan penulisan pada BAB III dan BAB IV	
Sabtu, 2 Mei 2020	BAB I sampai BAB V	ACC dengan perbaikan	
Rabu, 6 Mei 2020	BAB I sampai BAB V	ACC	
Sabtu, 9 Mei 2020	PPT dan Turnitin	ACC PPT	
Senin, 11 Mei 2020	Turnitin	Revisi Turnitin	
Kamis, 4 Juni 2020	Revisi setelah sidang BAB I, II, dan IV	Perbaiki penulisan sesuai EYD	

Senin, 15 Juni 2020	Revisi setelah sidang BAB IV	Perbaiki BAB IV dan gunakan EYD	
Jumat, 26 Juni 2020	Turnitin	Perbaiki Turnitin	
Jumat, 3 Juli 2020	Turnitin	ACC	

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Umum

2. Identitas

1) Identitas

Nama : Ny. S
Umur : 44 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Suku/Bangsa : Indonesia
Alamat : Tlahap, Coringsing, Kendal
Diagnosa medis : Cholelithiasis

Tanggal dan jam masuk : 27 Februari 2020

2) Identitas Penanggung jawab

Nama : Tn. S
Umur : 53 tahun
Jenis kelamin : laki-laki
Pekerjaan : karyawan

b. Keluhan utama

Klien mengeluh nyeri post op di bagian atas dan bawah abdomen, dan klien mengeluh badannya terasa lemas, sendinya terasa kaku

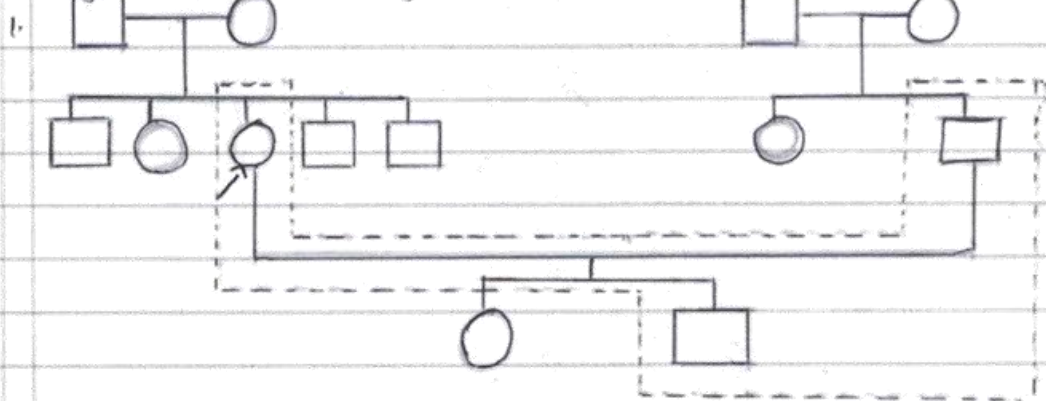
c. Status kesehatan saat ini

Klien mengatakan masuk PSI Sultan Agung karena sebelumnya dirujuk dari PS Islam Kendal dengan keluhan nyeri perut timbul secara bertahap, ± 5-10 menit. Saat klien merasakan nyeri klien hanya menahannya dan tidak melakukan upaya apapun untuk mengatasi nyeri.

d. Riwayat kesehatan lalu

Klien mempunyai riwayat hipertensi dan tidak memiliki alergi obat atau lainnya.

e. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan:

○ : Perempuan

□ : laki-laki

— : Garis pernikahan

T : Garis keturunan

..... : tinggal serumah

2. Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga

keluarga klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi

3. Penyakit yang sedang diderita keluarga

Hipertensi

f. Riwayat kesehatan lingkungan

1. Kebersihan rumah dan lingkungan

keluarga klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih

2. Kemungkinan terjadinya bahaya

klien mengatakan lingkungan rumahnya aman karena berada di perkampungan.

2. POLA KESEHATAN Fungsional

2. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1) sebelum sakit klien mengatakan tidak pernah mengatur pola makannya.

selama dirawat klien hanya mengonsumsi makanan yang diberikan oleh RS

2) Persepsi kesehatan diri

sebelum sakit : kesehatan diri adalah hal yang harus dijaga dan sehat itu mahal

selama dirawat klien mengatakan akan lebih peduli pada kesehatannya.

3) Pengetahuan tentang penyakit

sebelum sakit : klien tidak mengetahui tentang penyakitnya.

selama dirawat: klien mengetahui mengenai penyakitnya dan sedikit mengerti tentang perawatannya.

4) Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan.
sebelum sakit: klien dalam seminggu selalu menyempatkan untuk berolahraga (jalan santai)

selama dirawat: klien hanya terbaring di tempat tidur.

5) kemampuan mengontrol kesehatan

sebelum sakit: saat sakit klien biasanya membeli obat di apotek/berobat ke bidan.

selama dirawat: klien hanya mengonsumsi obat dari RS.

6) kebiasaan hidup

sebelum sakit: sering mengonsumsi gorengan, makanan bersantan
selama dirawat: hanya mengonsumsi makanan dari RS

7) Faktor sosioekonomi

keluarga klien mengatakan keadaan ekonomi keluarganya cukup untuk memenuhi kehidupan sehari-hari.

b. Pola nutrisi metabolik

- Pola makan

sebelum ~~dirawat~~^{sakit}: klien mengatakan makan 3x sehari, sebanyak 1 porsi.

selama dirawat: klien mengatakan tidak nafsu makan, makan 3x sehari sebanyak 1/2 porsi.

- klien tidak memiliki makanan pantangan, tidak mengonsumsi vitamin/obat nafsu makan, dan tidak mengalami gangguan dalam mengunyah maupun menelan.

- Pola minum

sebelum sakit: klien mengatakan dalam sehari minum sebanyak 1 botol aqua besar. Jenis minuman yang dikonsumsi paling banyak adalah air mineral.

c. Pola eliminasi

1) Eliminasi feses

sebelum sakit: klien mengatakan BAB sehari 2 kali, berwarna kuning

selama dirawat: klien mengatakan BAB 2 hari sekali, warna kuning, konsistensi lunak.

2) Pola BAK

sebelum sakit: klien mengatakan BAK dalam sehari sebanyak 5-7 kali sehari, berwarna kuning

selama dirawat: klien mengatakan BAK dlm sehari sebanyak 5-7 kali sehari, warna kuning pekat.

d. Pola aktifitas dan latihan

sebelum ^{sabit} dirawat: klien mengatakan biasa mengerjakan pekerjaan ibu rumah tangga, seminggu sekali menyempatkan diri untuk berolahraga dan dapat melakukan perawatan diri secara mandiri
selama dirawat: klien hanya berbaring di tempat tidur, aktifitas fisik dibantu (bathing, dressing, toileting, transferring)
Indek Katz: E (kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, dan satu fungsi tambahan)

e. Pola istirahat dan tidur

sebelum sabit: klien mengatakan dapat tidur nyenyak selama 6-7 jam di malam hari.
selama dirawat: klien mengeluh sulit tidur karena mengeluh nyeri. hanya dapat tidur selama 3-4 jam.

f. Pola kognitif-perseptual sensori

sebelum sabit dan selama dirawat: klien tidak mengalami gangguan dalam penglihatan, pendengaran, dan mengingat.
klien mengeluh nyeri post op.

P: Nyeri post op

Q: tertekan

R: perut

S: skala 5

T: beritahap

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

- Harapan klien setelah menjalani perawatan, klien berharap dapat sembuh dan dapat beraktifitas seperti sedia kala.

- Konsep diri

a) Citra diri

klien mengatakan bersyukur dengan tubuhnya, dan sudah ikhlas menerima penyalakannya.

b) Identitas

sebelum dirawat: klien berstatus sebagai ibu rumah tangga dan dapat melakukan tugasnya sebagai ibu rumah tangga.

selama dirawat: klien ingin segera sembuh dan dapat menjalankan tugasnya sebagai ibu rumah tangga.

c) Peran

Mrs. S merupakan seorang ibu rumah tangga, hubungan Mrs. S dengan keluarganya masih baik dan lancar (komunikasi).

d) Ideal diri dan harga diri

klien berharap dapat sembuh dari penyakitnya dan dapat melakukan

aktivitas sehari-hari sebagai ibu rumah tangga.

h. Pola mekanisme coping

klien dapat manajemen coping stresnya, ini terlihat dari klien & keluarga yang menyatakan klien tidak merasa cemas, takut terhadap penyakitnya, ia sudah menerima dengan lapang dada, tapi klien tidak berhenti berharap & berdoa agar bisa sembuh.

i. Pola seksual-reproduksi

klien tidak ada gangguan dan masalah dalam sistem reproduksi

j. Pola peran-berhubungan dengan orang lain

Hubungan klien dengan orang lain baik, hal itu terbukti dari tetangga klien yang mengemukakan dan klien selalu bertutur kata sopan terhadap perawat.

k. Pola nilai dan kepercayaan

sebelum masuk RS: klien adalah orang yang rajin beribadah dan berdoa ~~atau~~.

selama dirawat: klien mengabdikan kesulitan dalam beribadah karena nyeri post op.

2. Pemeriksaan fisik.

a. Kesadaran

Composmentis

b. Perampilan

lemah, pucat

c. Vital sign

TD: 140/80 mmHg

MI: 80 x/menit

S: 36°C

RR: 20 x/menit

d. Kepala: mesocephal, warna hitam, rambut bersih, tidak ada benjolan.

e. Mata: simetris, penglihatan normal, konjungtiva tidak anemis.

f. Hidung: tidak ada sekret, tidak ada napas cuping hidung, menggunakan kanul oksigen.

g. Telinga: simetris, pendengaran normal, tidak terdapat serumen.

h. Mulut dan Tenggorokan:

Bibir kering, gigi bersih, tidak ada kesulitan dalam mengunyah, tidak ada pembesaran vena jugularis.

i Dada

Jantung

I: simetris, tidak ada luka

P: tidak ada nyeri tekan

P: pekak

A: S1 dan S2 reguler (tup dup)

Paru-paru

I: Perkembangan dada kanan kiri simetris

P: Tidak ada nyeri tekan

P: sonor

A: tidak ada suara tambahan

j Abdomen

I: simetris, ada balutan di bagian kanan atas dan bawah abdomen

A: ada suara bising usus 18x/menit

P: timpani

P: ada nyeri tekan di bagian kanan atas dan bawah abdomen

k. Genitalia: bersih, tidak ada luka, tidak ada hemoroid.

l. Ekstremitas atas dan bawah

- atas: tangan kiri terpasang infus, kulit lembab, furgor < 2 detik, CRT < 2 detik.

- bawah: dapat digerakkan tetapi tidak dapat menahan/melawan tekanan pasif.

m. kulit

warna sama, tidak ada luka, kulit lembab, furgor < 2 detik.

4. Data Penunjang

Tgl thr/usia/klmn : 13/03¹⁹⁷⁸/44/Pt

Jenis Pasien : JAKH MCH PBI

Dokter : Johnny Syoeib

Tgl Periksa : 27/02/2020

Ruang : B. Ictah I

W. Samping : 27/02/2020

Diagnosa : Cholelithiasis

W. Pekak : 27/02/2020

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI REFERANSI	SATUAN	KET
<u>HEMATOLOGY</u>				
Darah Putih			g/dl	
Hemoglobin	12.7	11.7 - 15.5	g/dl	
Hematokrit	38.8	33 - 45	%	
Leukosit	9.77	3.6 - 11.0	ribu/uL	
Trombosit	419	150 - 440	ribu/uL	
Golongan Darah/Ph	O/Positif			
APTT/PTT	25.1	21.8 - 28.0	Detik	

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
Kontrol	27.7	21.0 - 28.4	Detik	
PPT	9.1	9.3 - 11.4	Detik	
Kontrol	10.8	9.3 - 12.5	Detik	

IMUNOSEPOLOGI

HBsAg kualitatif Non Reaktif Non Reaktif -

KIMIA

Gula darah sewaktu	85	75 - 110	mg/dl
Ureum	11	10 - 50	mg/dl
Creatinin Darah	0.79	0.6 - 1.1	mg/dl
Bilirubin Total	0.27	0.1 - 1.0	mg/dl
Bilirubin Direk-Indirek			
Bilirubin Direk	0.13	0 - 0.2	mg/dl
Bilirubin Indirek	0.14	0 - 0.75	mg/dl
SGOT	16	0 - 35	u/l
SGPT	19	0 - 35	u/l

Mo, K, Cl

Natrium	141.8	135 - 147	mmol/L
Kalium	3.85	3.5 - 5	mmol/L
Chloride	108.4	95 - 105	mmol/L

EKG

HR = 83 bpm	
P-R = 720 ms	Axis = 65 deg
P-R = 158 ms	AV5 = 0.49 mV
QRS = 91 ms	SV1 = 0.42 mV
QT = 376 ms	AT5 = 0.91 mV
QTc = 443	

USG

Ts Yth:

Usg Abdomen

Hepar: bentuk dan ukuran normal, parenkim homogen, liver tip lancip, tepi regular, tak tampak nodul v. porta dan v. hepatica tak melebar. Duktus biliaris intra dan ekstra hepatica tak melebar.

Vesica fellea: bentuk dan ukuran normal, tak tampak massa, tampak lesi hiperkokk (uk 1,69 cm)

Pancreas: bentuk dan ukuran normal, tak tampak massa

Lien: bentuk dan ukuran normal, parenkim homogen, tak tampak

nodul . v. lienalis tak melebar

Ginjal kanan kiri : bentuk dan ukuran normal, PCS tak melebar, tak tampak batu/massa

Aorta : tak melebar, tak tampak limfadenopati paraorta

Vesica urinaria : dinding tak menebal, reguler, tak tampak batu/massa

Uterus : bentuk dan ukuran normal, endometrial line tak menebal
tak tampak cairan bebas intraabdomen, tak tampak cairan bebas supradiafragma.

Kesan :

Cholesistolithiasis

Tak tampak batu pada vesica fellea, ginjal kanan kiri maupun vesica urinaria tak tampak kelainan pada organ intraabdomen lainnya secara sonografi

Terapi

Paracetamol 3x1 IV

adalah obat penurun demam dan pereda nyeri

Cefotaxime 1gr IV 2x1gr

adalah obat antibiotik sefalosporin ³/₄ membunuh bakteri penyebab infeksi.

B Analisa Data

Tgl/ Jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD				
28/20 02 18.00	Ds: klien mengeluh nyeri pada abdomen bagian atas dan bawah. P: klien mengeluh nyeri post op Q: tertekan A: perut S: skala 5 T: bertahap Do: klien tampak mengeris kesakitan	Nyeri akut	Agen pencedera fisik	26/				
28/20 02 15.00	Ds: klien mengeluh badannya terasa kemas dan sendinya terasa kaku, klien masih takut jika ingin bergerak Do: kekuatan otot <table><tr><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>3</td><td>3</td></tr></table> Pola aktifitas dan latihan sebelum sakit: klien mengatakan dapat mengerjakan pekerjaan ibu rumah tangga Selama dirawat: aktifitas fisik dibantu (bathing, dressing, toileting, transferring) Indeks katz: E (kemandirian dlm semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan)	4	4	3	3	Gangguan mobilitas fisik	Nyeri	26/
4	4							
3	3							
28/20 02 15.00	Ds: klien mengatakan nyeri post op Do: Terdapat 2 balutan luka sebesar 5-6 cm pada bagian bagian atas dan bawah abdomen	Risiko infeksi	Efek prosedur invasif	26/				

C. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen adera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri
3. Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif

D. Intervensi keperawatan

Tgl/ Jam	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
28/09 15.00	Nyeri akut b.d agen adara fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat me- penuhi kriteria hasil: - Mampu mengontrol nyeri dan dapat mengetahui penyebab nyeri - Mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dari skala 5 mjd 2	- Identifikasi skala nyeri - Berikan teknik nonfarma- kologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik klasik) - Ajarkan teknik nonfarmako- logis u/ mengurangi rasa nyeri (teknik 5 jari) - Kolaborasi pemberian analgetik
28/09 15.05	Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat me- penuhi kriteria hasil: - tidak terjadi kontraktur sendi - Bertambahnya kekuatan otot - klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitasi	- Monitor Ht - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini.
28/09 15.10	Resiko infeksi b.d efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan klien dapat mem- enuhi kriteria hasil: - keadaan umum baik - tidak ada tanda** infeksi	- Monitor tanda dan gejala infeksi - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area luka - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Kolaborasi pemberian obat

E. Implementasi

Tgl/bm	Dx	Intervensi	Implementasi	TTD
28/20 07 18.00	2	Memonitor tttv	Ds: klien mengatakan bersedia untuk diperiksa. Do: TD : 140/80 S = 36°C N : 80 RR = 20 x/mnt	26/
08.05	1	Mengidentifikasi skala nyeri	Ds: klien mengeluh nyeri pada bagian kanan atas dan bawah abdomen P: Nyeri tekan post op Q: tertekan A: abdomen S: skala 5 T: bertahap Do: klien tampak meringis kesakitan.	26/
18.15	1	Memberikan terapi non farmakologis (terapi musik)	Ds: klien mengatakan bersedia diberikan tindakan	26/
	1	Mengajarkan teknik non farmakologis (teknik 5 jari)	Do: klien tampak mengikuti instruksi perawat.	
18.45	3	Memonitor tanda dan gejala infeksi	Ds: klien mengatakan nyeri pada abdomen Do: terdapat 2 balutan luka pada bagian abdomen kanan atas dan bawah. tidak terdapat tanda-tanda infeksi (tumor, kemerahan, color, fungsi kesa)	
18.55	3	Membatasi jumlah pengunjung	Ds: klien mengatakan bersedia membatasi jumlah pengunjung Do: hanya tampak 1 pengunjung yang menunggui pasien yaitu suami.	26/
19.00	1 3	Mengkolaborasi pemberian obat	Ds: klien mengatakan bersedia diberikan obat. Do: Parasetamol 3x1 Cefotaxime	26/
19.10	3	Mengajarkan cara mencuci tangan	Ds: klien mengatakan bersedia diajari Do: klien tampak mengikuti	26/

			instruksi perawat.	
19.15	2	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Ds: klien mengatakan betas operasinya masih sakit dan tidak berani untuk bergerak Do: klien tampak masih lemas. kekuatan otot $\frac{4}{3} \mid \frac{4}{3}$	26
19.20	2	Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	Ds: klien mengatakan bersedia untuk diberikan penjelasan. Do: klien dan keluarga tampak paham dengan penjelasan perawat.	26
19.40	2	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	Ds: klien dan keluarga bersedia untuk melakukan mobilisasi Do: klien tampak meregangkan tangannya.	26
19.55	2	Memfasilitasi pergerakan	Ds: keluarga dan klien mengatakan bersedia dilakukan mobilisasi Do: klien dibantu miring kiri	26
$\frac{89}{09} / \frac{20}{09}$	2	Memonitor TTV	Ds: klien mengatakan bersedia dilakukan tindakan Do: TD: 130/70 S: 37 M: 86 FR: 22 x/mnt	26
15.00				
15.10	1	Mengidentifikasi skala nyeri	Ds: klien mengatakan masih merasakan nyeri P: Nyeri post op Q: tertekan A: Abdomen S: skala 3 T: bertahap Do: klien tampak lemah, tampak meringis kesakitan	26
15.20	1	Memberikan terapi musik Mengajarkan teknik non farmakologi (teknik 5 jari)	Ds: klien mengatakan bersedia diberikan tindakan. Do: klien tampak memperhatikan apa yang diajarkan perawat.	26

16.00	2	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Ds: klien mengatakan masih merasa nyeri dan badannya terasa kaku. Do: ketubuhan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$	26
16.15	2	Memfasilitasi pergerakan	Ds: klien mengatakan ingin BAB di toilet Do: perawat membantu klien	26
16.30	2	Menganjurkan kebutuhan mobilisasi	Ds: klien dan keluarga bersedia melakukan mobilisasi Do: klien dan tlg tampak paham	26
16.40	3	Memonitor tanda dan gejala infeksi	Ds: klien mengatakan nyeri post abdomen kanan atas & bawah Do: tidak ada tanda-tanda infeksi (color, tumor, fungsi & lesa).	26
17.00	3	Mengajarkan cara mencuci tangan.	Ds: klien mengatakan masih ingat langkah-langkah dalam mencuci tangan. Do: klien tampak memperhatikan apa yang diajarkan.	26
19.00	1 3	Mengkolaborasi pemberian obat	Ds: klien mengatakan bersedia diberikan obat Do: pcat 3x1 Cefotaxime	26
01/20 03	2	Memonitor tTV	Ds: klien mengatakan bersedia untuk diperiksa Do: TD: 130/70 S: 36°C N: 82 RR: 20"/mnt	26
08.00				
08.10	1	Mengidentifikasi skala nyeri	Ds: klien mengatakan masih merasakan nyeri tetapi sdh berkurang drpd kemarin P: Nyeri post-op S: skala 2 A: tertekan T: bertahap A: Abdomen Do: klien tampak merangs kesakitan.	26
08.30	1	Memberikan terapi 5 jari	Ds: klien mengatakan masih ingat apa yang sudah diajarkan	26

09.00	3	Memoritor tanda & gejala infeksi	Do: klien tampak rileks dan dapat mempraktekkan sendiri Ds: klien mengatakan masih sedikit merasakan nyeri pd abdomen (kan atas & bawah) Do: tdk ada tanda "infeksi" (color, tumor, tubor, fungsi laesa)	20
	3	Memberikan perawatan luka	Do: klien mengatakan nyeri Do: luka pada abdomen kanan atas dan bawah dg ukuran 5-6 cm, tampak kering, tdk ada tanda "infeksi".	20
	2	Memfasilitasi pergerakan	Do: klien mengatakan sudah berani turun dr bed ke kamar mandi tetapi masih dibantu. Do: klien tampak bersemangat	20
	2	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik	Do: klien mengatakan masih sedikit merasakan pegal "dan nyeri" Do: kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$ Indeks Katz C (kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi lainnya)	20

P. Evaluasi

Tgl/1 ^a	Dx	Catatan Perkembangan	H/D
28/20 09	1	S: klien mengeluh nyeri post op P: klien mengeluh nyeri post op Q: tekanan A: perut S: skala 5 T: bertahap O: klien tampak meringis kesakitan. A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Berikan terapi musik klasik 3. Ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik 5 jari) 4. Kolaborasi pemberian analgetik	26
28/20 09	2	S: klien mengeluh badannya lemas dan sendinya terasa kaku O: kekuatan otot $\frac{4}{3} \mid \frac{4}{3}$ Pola aktifitas dan latihan selama sakit: aktifitas fisik dibantu (bathing, dressing, toileting, transferring) Indeks Katz: E (kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, memakai kecap, dan satu fungsi tambahan) A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor ttt 2. Identifikasi adanya nyeri 3. Fasilitasi melakukan pergerakan 4. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 5. Anjurkan melakukan mobilisasi dini.	26
28/20 09	3	S: klien mengatakan nyeri pada luka abdomen bagian atas bahu O: terdapat 2 balutan luka pd bagian abdomen bagian atas bawah dg lebar luka 5-6 cm, tdk terdapat tanda infeksi (kemerahan, color, fungsi (aesa) A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor tanda & gejala infeksi	26

		2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan luka 4. Ajarkan cara mencuci tangan 5. Kolaborasi pemberian obat					
09/20 02	1	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri post op P: Nyeri post op S = Skala 3 O: tertekan T: bertatap P: Percur O: klien tampak cemas, tampak meringis kesakitan A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Berikan terapi musik klasik 3. Ajarkan teknik nonfarmakologi (teknik 5 jari) 4. Kolaborasi pemberian obat.	26				
	2	S: klien mengatakan masih lemas dan badannya terasa kaku O: kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>S</td> <td>S</td> </tr> <tr> <td>S</td> <td>S</td> </tr> </table> Indeks katz E (kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, kamar mandi, dan satu fungsi tambahan). A: Masalah belum teratasi P: Pertahankan Intervensi 1. Anjurkan melakukan mobilisasi	S	S	S	S	26
S	S						
S	S						
	3	S: klien mengatakan nyeri pada luka abdomen bagian atas & bwh O: terdapat 2 batuan luka pada bagian abdomen kanan atas bwh dengan lebar luka 5-6 cm, tidak terdapat tanda infeksi (timor, color, fungsi dasar) A: Masalah blm teratasi P: Pertahankan Lanjutkan Intervensi 1. Monitor tanda & gejala infeksi 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan luka 4. Kolaborasi pemberian obat. 5. Ajari cara tangan	26				

1/10 03	1	S: klien mengatakan masih merasakan nyeri tapi sdh lebih baik dr kemarin D: Nyeri post-op Q: tekanan P: perut O: klien tampak rileks A: Masalah teratasi P: Pertahankan Intervensi 1. Identifikasi skala nyeri 2. Berikan terapi musik klasik 3. Ajarkan terapi 5 jari 1. kolaborasi pemberian analgetik	26
	2	S: klien mengatakan sudah berani utk ketamarmendi walau dibantu O: kelakuan otot $\frac{5}{5}$ $\frac{5}{5}$ Indeks Katz C: kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi lainnya. A: Masalah teratasi P: Pertahankan Intervensi 1. Anjurkan mobilitasi	26
	3	S: klien mengatakan nyeri pada luka abdomen kuadran kiri atas, bawah O: terdapat 2 katutan luka, pd bagian abdomen kuadran kiri atas, bawah dg luka 5-6 cm, tdk ada tanda-tanda infeksi (femor, calor, rubor, fungsi aesa) A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor tanda & gejala infeksi 2. Berikan perawatan luka 3. Ajari cuci tangan 1. kolaborasi pemberian obat.	26