

BAB IV
TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien

No. RM : 10135430
Nama Klien : Tn. S
Umur : 52 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Alamat : Sosrodipuran, GT 3/476
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Juru Parkir
Agama : Islam
Tanggal masuk : 15 Oktober 2024
Ruang : Tulip 2
Diagnosa Medis : Hemoroid Gr IV

2. Gambaran Kondisi Pasien

a. Riwayat Kesehatan Pasien

Alasan masuk RS :

Pasien mengeluh ada benjolan di anus, terasa nyeri, berdarah setiap BAB, keluhan dirasakan sejak kecil sekitar umur 7 tahun tetapi masih bisa ditahan dan tidak terlalu dirasakan, sebelum pasien masuk RS benjolan sempat di periksakan ke faskes pertama dan beli salep di apotik, pasien periksa di poliklinik tanggal 14 Oktober 2024 dan dijelaskan oleh dokter terkait tindakan operasi hemoroid dan pasien menyetujuinya

Keluhan utama saat ini :

Pasien mengatakan nyeri dan berdarah saat BAB, pasien masuk ruang operasi tanggal 15 Oktober 24 pukul 19.10, keluar ruang operasi pukul 20.30, pasien kembali ke bangsal pukul 20.30, pukul 01.00 pasien

mengatakan nyeri hebat post operasi hemoroidektomi skala 9-10, diberikan injeksi ketorolac 30mg. Tanggal 16 Oktober pukul 07.00 pasien masih mengeluh nyeri skala 7

Riwayat kesehatan masa lalu :

Pasien mengatakan belum pernah mengalami penyakit yang sama sebelumnya dan pasien mengatakan ini adalah operasinya yang ke 3.

Pasien juga tidak memiliki riwayat hipertensi, asma, atau DM

b. Sistem Neurosensori

Merasa pusing/mau pingsan : Tidak

Kesemutan/Kebas/lemah : Tidak

Pengecap : Normal, dibuktikan dapat merasakan rasa makanan

Penciuman : Normal, dibuktikan dapat membedakan bau makanan

Peraba : Normal, dibuktikan dapat merasakan ketika disentuh

Status mental : Normal, Tidak ada perubahan

GCS : E : 4 M : 6 V: 5 Total: 15

Memori : saat ini : normal ; masa lalu: normal

Pupil : isokor; ukuran: 4 mm, reaksi cahaya: R+ /L+

Facial droop : Tidak

Postur tubuh : postur netral, seimbang

Reflek tendon : Normal

Paralisis : Tidak

Nyeri : Ya

P: pasien mengatakan nyeri dibagian anus bekas operasi

Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan panas

R: nyeri pada bagian anus

S: skala nyeri 7 (1-10)

T: nyeri timbul terus-terusan

c. Sistem Muskuloskeletal

Kegiatan utama sebelum sakit: sehari-harinya pasien bekerja sebagai juru parkir.

Kegiatan senggang: selain bekerja pasien juga memelihara ikan dikolam halaman belakang rumah

Tidur malam: Ya/ 6-7 jam, Tidur siang: Tidak

Kesulitan untuk tidur: Tidak; Insomnia: Tidak

Rentang gerak : Normal, ROM Aktif

Kekuatan otot : 4444

Deformitas : Tidak ada

Postur : Normal

Gaya Berjalan : pasien nampak hati-hati saat berjalan sambil menahan nyeri

Kemampuan ADL's

(Menggunakan kode 2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

	0	1	2
Buang air besar		1	
Buang air kecil		1	
Menggunakan toilet		1	
Berdandan		1	
Makan			2
Berpakaian			2
Berpindah tempat		1	
Mobilisasi		1	
Naik tangga		-	-
Mandi		1	

Ket : Klien mengatakan takut mau BAB karena ada luka bekas operasi, pasien nampak gelisah.

d. Sistem Integumen

Riwayat alergi : Tidak ada

Integritas kulit : bagus; Scar: Tidak, Rash: Tidak, Laserasi: Tidak

Ulcer : Tidak

Luka bakar : Tidak
Pressure Ulcer : Tidak ada
Edema : Tidak ada

Tanda-tanda infeksi (REEDA atau KDRT): Nampak kemerahan, bengkak dan terasa panas pada bekas luka operasi dan terdapat 2 jahitan di bagian anus.

e. Sistem Eliminasi

Frekuensi BAB : 3-5 hari sekali

Konstipasi

Karakteristik feses

- Konsistensi : berbentuk bulat terpisah dan keras
- Warna : Coklat tua
- Bau : berbau khas tidak sedap

Penggunaan laxative : Tidak

Perdarahan per anus : Ya

Hemoroid : Ya/, Grade: IV

3. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal dlm satuan	Interpretasi
15/10/24	Hematologi			
	Darah Lengkap			
	Hemoglobin	13.5	13.2-17.3	
	Hematokrit	40.7	40-52	
	Lekosit	13.50	3.8-10.6	H
	Trombosit	320	150-400	
	Eritrosit	4.44	4.4-5.9	
	MPV	9.2	6.5-12.0	
	PDW	15.9		
	Index			
	MCV	91.7	82-92	
	MCH	30.4	27-31	
	MCHC	33.2	32-37	
	Hitung Jenis			
	Neutrofil	78.4	42-72	H
	Limfosit	14.6	25-45	L
	Monosit	4.0	3.0-9.0	
	Eosinofil	2.9	0.5-5.0	
	Basofil	0.1	0.0-1.0	
	Hemostasis			
	PT	12.0	10.7-14.0	
	APTT	19.4	21.0-36.5	L
	Kimia Klinik			
	GDS	88	70-140	
	Imunologi			
	HbsAg	Negatif	Negatif	
	Anti HIV	Non Reaktif	Non Reaktif	


4. Terapi Medis

Tabel 4.2 Terapi Medis

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi
15/10/24	- Infus NACL 0,9%	Intravena	20tpm/menit	- Untuk mengganti cairan
	- Injeksi Cefriaxon	Intravena	1gr/12 jam	- Untuk mengatasi infeksi bakteri
	- Injeksi Ketorolac	Intravena	30mg/8 jam	- Penatalaksanaan nyeri jangka pendek
	- Injeksi Asam tranexamat	Intravena	500mg/8jam	- Mengurangi/mencegah perdarahan
	- Injeksi Antrain	Intravena	1gr/8jam	- Analgetik/pereda nyeri
	- Injeksi Ondansentron	Intravena	4mg Extra	- Penanganan mual muntah

B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.3 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

 ANALISA DATA			
NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi di anus, skala nyeri 7 P : nyeri dipicu saat bergerak Q : nyeri tajam, berdenyut dan terasa terbakar R : terlokalisasi di anus, kadang menjalar ke tilang ekor dan paha dalam S : skala 7-9 T : muncul setelah efek anestesi hilang <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - terdapat luka post operasi hari pertama dengan kondisi luka kemerahan dan bengkak di bagian anus - TD 139/80 mmHg - RR 22 x per menit - Nadi : 89 x per menit 	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan takut mau BAB karena ada luka bekas operasi - pasien mengatakan belum BAB \pm 3 hari <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak gelisah - RR 22 x per menit - TD 139/80 mmHg - Nadi : 89 x per menit 	Ansietas	Kebutuhan tidak terpenuhi

3	DS : - Pasien mengatakan panas dibekas luka operasi DO : - terdapat luka post operasi dengan 2 jahitan di hari pertama dengan kondisi luka kemerahan dan bengkak dibagian anus - leukosit : 13.50 (H)	Resiko Infeksi	Kerusakan Integritas Jaringan
---	---	----------------	-------------------------------

Diagnosa Keperawatan (tuliskan sesuai prioritas) :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ditandai dengan

Data subyektif :

- Klien mengatakan nyeri pada luka operasi di anus, Skala nyeri 7
- P** : nyeri dipicu saat bergerak
- Q** : nyeri tajam, berdenyut dan terasa terbakar
- R** : terlokalisasi di anus, kadang menjalar ke tulang ekor dan paha dalam
- S** : skala 7-9
- T** : muncul setelah efek anestesi hilang

Data obyektif :

- Pasien tampak meringis
- terdapat luka post operasi hari pertama dengan kondisi luka kemerahan dan bengkak
- TD 139/80 mmHg
- RR : 22x/m
- Nadi : 89 x per menit

2. Ansietas berhubungan dengan Kebutuhan tidak terpenuhi, ditandai dengan

Data Subyektif :

- Klien mengatakan takut mau BAB karena ada luka bekas operasi
- Klien mengatakan belum BAB \pm 3 hari

Data Obyektif :

- pasien tampak Gelisah

- RR 22 x per menit
- TD 139/80 mmHg
- Nadi : 89 x per menit

3. Resiko Infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas jaringan dengan

Data subyektif :

- pasien mengatakan panas dibekas luka operasi pada bagian anus

Data Obyektif :

- terdapat luka post operasi dengan 2 jahitan dihari pertama dengan kondisi luka kemerahan dan bengkak dibagian anus
- leukosit : 13.50 (H)

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

C. Rencana Keperawatan

Tabel 4.4 Rencana Keperawatan

NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi di anus, skala nyeri 7 <p>P : nyeri dipicu saat bergerak</p> <p>Q : nyeri tajam, berdenyut dan terasa terbakar</p> <p>R : terlokalisasi di anus, kadang menjalar ke tilang ekor dan paha dalam</p> <p>S : skala 7-9</p> <p>T : muncul setelah efek anestesi hilang</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - terdapat luka post operasi hari pertama dengan kondisi luka kemerahan dan bengkak di bagian anus - TD 139/80 mmHg - RR 22 x per menit - Nadi : 89 x per menit 	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan Selama 2x24 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

			<p>4. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis secara tepat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian anlgetik jika perlu</p>
2	<p>Ansietas berhubungan dengan Kebutuhan tidak terpenuhi, ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut mau BAB karena ada luka bekas operasi - Klien mengatakan belum BAB ± 1 minggu <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak Gelisah - RR 22 x per menit - TD 139/80 mmHg - Nadi : 89 x per menit 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Pola tidur membaik 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan rasa kepercayaan. 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosa, pengobatan dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 4. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <p>1. kolaborasi pemberian obat ansietas jika perlu</p>

3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan panas dibekas luka operasi <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - terdapat luka post operasi dengan 2 jahitan di hari pertama dengan kondisi luka kemerahan dan bengkak dibagian anus - leukosit : 13.50 (H) 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar sel darah putih membaik 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kebersihan tangan meningkat 	<p>Edukasi Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan resiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Informasikan hasil pemeriksaan laboratorium 3. Anjurkan membatasi pengunjung 4. Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan dan istirahat 5. Ajarkan cara mencuci tangan
---	--	--	---

D. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

Tabel 4.5 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

NO DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
1	15/10/2 14.30	Mengukur TTV	15/10/24 14.40 S: Pasien mengatakan siap menjalani operasi O: - TD : 125/88 mmHg - N : 79 x/m - S : 36 - Rr : 20x/m	Wulan nurmalawati
	18.30	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik injeksi Antrain 1g	S : pasien mau mematuhi semua pengobatan dari dokter O :- Pasien masih nampak rilex	Wulan nurmalawati
	20.45	Mengobservasi KU pasien post operasi hemoroidektomi	S : - O : Pasien nampak belum sadar penuh karena masih ada efek obat anastesi	Wulan nurmalawati

	21.00		<p>S : Pasien mengatakan terasa tidak nyaman di bekas luka operasi, tetapi belum merasakan nyeri</p> <p>O : - pasien nampak lemes</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <p>-observasi KU -identifikasi skala nyeri -lanjutkan pengobatan sesuai advice dokter</p>	Wulan nurmalawati
2	15/10/24 15.00	Menjelaskan ulang prosedur tindakan dan sensasi yang mungkin dialami pasien	<p>15/10/24</p> <p>S : Pasien mengatakan paham terkait prosedur operasi</p> <p>O : - Pasien nampak sedikit tegang</p>	Wulan nurmalawati
	19.00	Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien	<p>S : pasien mengatakan butuh dukungan dari keluarga</p> <p>O : -</p>	Wulan nurmalawati
	20.30		<p>S : pasien mengatakan butuh dukungan dari keluarga</p> <p>O : - Keluarga pasien selalu disamping pasien</p> <p>A :</p>	Wulan nurmalawati

			Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intrvensi - observasi Ku - latih teknik relaksasi nafas dalam - monitor tanda-tanda ansietas	
3	15/10/24 16.00	Menjelaskan tanda dan gejala infeksi pada pasien	15/10/24 S : pasien mengatakan paham terkait tanda dan gejala infeksi O : - Pasien nampak paham dan bisa menjelaskan kembali	Wulan nurmalawati
	16.15	Menganjurkan pasien makan makanan bergizi, cukup nutrisi cairan dan istirahat	S : mengatakan mau mematuhi anjuran daari perawat O : pasien nampak lebih paham	Wulan nurmalawati
	21.00		S : pasien mengatakan mau mematuhi anjuran dari perawat dan dokter O : pasien nampak lebih paham A : masalah teratasi P : lanjutkan intervensi -ajarkan cara cuci tangan -anjurkan membatasi pengunjung	Wulan nurmalawati

NO DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
1	16/10/2 07.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi dan skala nyeri	16/10/24 jam 07.10 S: pasien mengatakan tadi malam terbangun jam 01.00 karena nyeri, skala nyeri 9 pagi berkurang menjadi 7 O: - Pasien nampak lesu - Pasien nampak menahan nyeri	Wulan nurmalawati
	07.15	Memberikan edukasi teknik nonfarmakologi melakukan tindakan kompres dingin untuk mengurangi nyeri	S : Pasien memahami dan mau dilakukan tindakan kompres dingin O : pasien nampak menahan nyeri	Wulan nurmalawati
	07.30	Menyiapkan kompres dingin Melakukan tindakan nonfarmakologis kompres dingin dan Mengukur skala nyeri	S :Pasien mengatakan merasa lebih nyaman saat dikompres dingin, skala nyeri dari 7 menjadi 5 O : -pasien nampak lebih nyaman	Wulan nurmalawati
	08.00	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik injeksi Antrain 1g	S : pasien mau mematuhi semua pengobatan dari dokter O : Pasien masih nampak menahan nyeri	Wulan nurmalawati

	12.30	Melakukan tindakan nonfarmakologis kompres dingin ke 2 dan Mengukur skala nyeri	S : pasien mengatakan sangat nyaman saat dikompres, skala nyeri 5 O : - pasien masih nampak menahan nyeri	Wulan nurmalawati
	13.30	Melakukan kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik injeksi antrain 1 ampul	S : pasien mau mematuhi semua pengobatan dari dokter O : nampak meringis berkurang	Wulan nurmalawati
	18.00	Melakukan tindakan nonfarmakologis kompres dingin yang ke tiga	S : pasien mengatakan sangat nyaman saat dikompres, skala nyeri 6 menjadi 4 O : - pasien masih nampak menahan nyeri	Wulan nurmalawati
	19.00		S : Pasien mengatakan terasa tidak nyaman di bekas luka operasi, nyeri berkurang dari skala 7 menjadi 5 O : - pasien nampak meringis menahan nyeri A : masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan -lanjutkan pengobatan sesuai advice dokter	Wulan nurmalawati

2	16/10/24 07.30	Mengidentifikasi tingkat ansietas pasien	16/10/24 S : Pasien mengatakan masih takut untuk BAB O : - Pasien nampak lesu - Pasien nampak menahan nyeri	Wulan nurmalawati
	07.45	Memonitor tanda-tanda ansietas	S : pasien mengatakan takut untuk BAB O : pasien nampak gelisah	Wulan nurmalawati
	10.00	Menganjurkan keluarga untuk tetap menemani pasien	S :Pasien mengatakan membutuhkan bantuan dan dukungan dari keluarga O : -pasien nampak lebih nyaman	Wulan nurmalawati
	14.00		S : pasien mengatakan masih takut jika terasa BAB O : -pasien nampak sedikit gelisah A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intrvensi - observasi Ku - monitor tanda tanda ansietas	Wulan nurmalawati

3	16/10/24 07.30	Memoonitor tanda-tanda infeksi	17/10/24 S : pasien mengatakan bekas operasi terasa tidak nyaman dan panas, terasa bengkak O : - Pasien nampak tidak nyaman	Wulan nurmalawati
	08.30	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian injeksi antibiotik cefriaxon 1gr	S : pasien mau mematuhi pengobatan O : pasien mau diberikan pengobatan	Wulan nurmalawati
	09.00	Menganjurkan pasien makan cukup nutrisi, cairan dan istirahat cukup	S : pasien mengatakan mulai sekarang mau makan makanan bergizi O : pasien nampak paham	Wulan nurmalawati
	13.00		S : pasien mengatakan bekas operasi terasa panas O : pasien nampak tidak nyaman A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi - Monitor tanda2 infeksi - Kolaborasi dengan dokter pemberian injeksi antibiotik cefriaxon /12 jam	Wulan nurmalawati

NO DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI (TANGGAL/JAM)	PARAF
1	17/10/2 07.30	Mengidentifikasi lokasi, skala nyeri pasien dan melakukan tindakan nonfarmakologis kompres dingin ke 4	17/10/24 S: pasien mengatakan nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 4 O: Nampak meringis berkurang	Wulan nurmalawati
	08.30	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik injeksi antrain 1a	S : pasien mau mematuhi semua pengobatan dari dokter O : Pasien masih nampak rilex	Wulan nurmalawati
	12.00	Melakukan tindakan nonfarmakologis kompres dingin ke 5	S : pasien mengatakan sudah lebih nyaman, nyeri menjadi skala 3 O : - pasien nampak lebih rilex dan bisa tersenyum	Wulan nurmalawati
	17.00	Melakukan tindakan nonfarmakologis kompres dingin ke 6	S : pasien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 3 dan sudah diperbolehkan pulang O : - pasien nampak lebih rilex dan bisa tersenyum	Wulan nurmalawati
	17.30		S : Pasien mengatakan nyeri berkurang banyak dari sejak hari pertama sampai saat ini, skala 3	Wulan nurmalawati

			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien nampak lebih rilex - pasien sudah bisa tersenyum <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien BLPL - Edukasi kompres dingin saat dirumah jika masih nyeri 	
2.	17/10/24 08.00	Memonitor tanda-tanda ansietas	<p>17/10/24</p> <p>S : pasien mengatakan masih sedikit takut jika terasa BAB</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak sedikit gelisah 	Wulan nurmalawati
	10.00	Melatih teknik relaksasi jika terasa mau BAB	<p>S :</p> <p>Pasien mengikuti latihan teknik relaksasi</p> <p>O : pasien nampak sedikit lega</p>	Wulan nurmalawati
	13.00		<p>S : pasien mengatakan rasa takut untuk Bab berkurang setelah mengetahui cara relaksasi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien nampak lebih tenang <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien BLPL 	Wulan nurmalawati

3.	17/10/24 08.30	Melakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotik injeksi cefriaxon 1 gr	17/10/24 S : pasien mengatakan mau mematuhi semua pengobatan di RS O : Pasien nampak rilex Tidak ada tanda-tanda infeksi	Wulan nurmalawati
	10.00	Mengajarkan pasien dan keluarga cara mencuci tangan	S : pasien dan keluarga mengatakan paham cara cuci tangan yang benar O : pasien dan keluarga bisa mengulangi cara cuci tangan	Wulan nurmalawati
	14.00		S : pasien mengatakan rasa panas bekas luka operasi berkurang O : pasien nampak lebih rilex A : masalah teratasi sebagian P : pasien BLPL - Anjurkan melakukan tindakan nonfarmakologis komres dingin secara mandiri - Anjurkan cuci tangan	Wulan nurmalawati