

BAB III

TINJAUAN KASUS

Nama Mahasiswa	: Andi Riani Sapitri, S.Kep
Tempat Praktik	: RSUD Panembahan Senopati
Tanggal Praktik	: 28-31 Desember 2023
Tanggal Pengkajian	: 29 Desember 2023
Sumber Data	: Pasien, Keluarga Pasien dan RM

A. PENGKAJIAN

1. DATA UMUM KLIEN

Nama Klien	: Tn. H
No. RM	: 4654**
Umur	: 45 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Imogiri, Yogyakarta
Pendidikan	: Tamat SLTA
Pekerjaan	: Karyawan Rumah Sakit (Cleaning Service)
Status	: Menikah
Agama	: Islam
Tanggal masuk	: 28 Desember 2023
Ruang	: Setyaki, Kamar 3C
Diagnosa Medis	: Post Appendiktomi hari ke-0

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Alasan masuk rumah sakit :

Klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien sudah 3 hari mengalami nyeri di perut bagian kanan bawah, tidak dapat

buang air besar selama 2 hari terakhir, dan perutnya terasa mual. Lalu Tn. H dibawa oleh istrinya ke IGD RS Panembahan Senopati Bantul.

b. Keluhan utama saat ini :

Klien mengeluhkan nyeri di bagian perut kanan bawah (luka pasca operasi), nyeri terasa tersayat-sayat saat bergerak maupun tidak bergerak.

c. Riwayat kesehatan masalalu :

Klien mengatakan nyeri perut kanan bagian bawah sejak 3 hari lalu.

d. Riwayat kesehatan keluarga :

Klien dan keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit menular, gangguan kejiwaan dan penyakit kronis lainnya.

e. Penyakit keturunan :

Klien mengatakan tidak mempunyai penyakit keturunan

f. Riwayat kecelakaan/pembedahan:

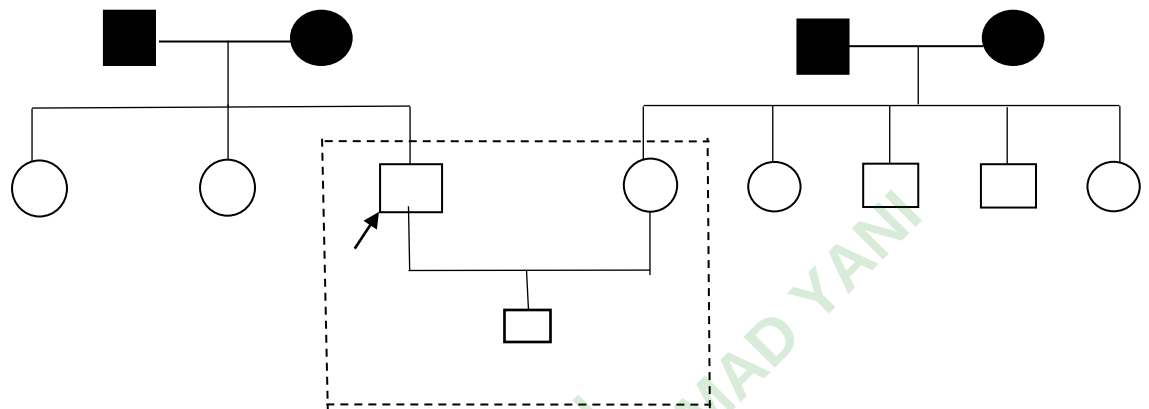
Klien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan atau riwayat pembedahan sebelumnya.

g. Riwayat alergi :

Klien mengatakan tidak mempunyai alergi obat maupun makanan

h. Genogram :

Gambar 3.1 Genogram



Keterangan :

- : Orang tua
- : perempuan
- : pria
- ↖ : pasien
- : garis keturunan
- : tinggal serumah

3. PENGKAJIAN FISIK

a. Sistem Pernafasan

1. Dispnea : Tidak
2. Sputum : Tidak
3. Riwayat penyakit
 - Bronkitis : Tidak
 - Asma : Tidak
 - TBC : Tidak
 - Emphysema : Tidak
4. Merokok : Ya
5. Respirasi
 - Frekuensi : 20x/menit

- Kedalaman : Dalam
- Irama : Reguler
- Pergerakan dada : Simetris
- 6. Fremitus : Tidak
- 7. Nasal flaring : Tidak
- 8. Sianosis : Tidak
- 9. Penggunaan otot bantu pernafasan : Ya/Tidak
- 10. Pemeriksaan Thorax
 - Inspeksi : Pergerakan kedua dinding dada simetris, tidak ada kelainan bentuk dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan.
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, taktil fremitus normal.
 - Perkusi : Sonor di kedua lapang paru
 - Auskultasi : Suara napas vesikuler, tidak ada suara tambahan

b. Sistem Kardiovaskuler

1. Riwayat penyakit
 - Hipertensi : Tidak
 - Gangguan jantung : Tidak
2. Edema kaki : Tidak
3. Plebitis : Tidak
4. Claudicatio : Tidak
5. Dysreflexia : Tidak
6. Palpitasi : Tidak
7. Sinkop : Tidak
8. Rasa kebas/kesemutan : Tidak
9. Batuk berdarah : Tidak
10. Tekanan darah
 - Hasil : 130/86 mmHg

- Pengukuran di : Lengan (brachialis dextra)
- Posisi pengukuran : Supinasi/terlentang

11. Nadi

- Hasil : 56x/menit
- Pengukuran di : Radialis sinistra
- Kualitas nadi : Kuat

12. CRT : >3 detik

13. Homan sign : Negative (tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas bawah pada saat kaki di dorsofleksikan)

14. Abnormalitas kuku : Kuku tampak pendek, bersih

15. Membran mukosa : Lembab

16. Pemeriksaan Kardiovaskuler

- Inspeksi : *Ictus cordi* tidak terlihat
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, *Ictus cordi* terletak di garis midklavikula sinistra intercostae V.
- Perkusi : Pekak pada batas jantung
- Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 normal.

c. Sistem Gastrointestinal

1. Antropometri

- BB : 53 Kg
- TB : 165 cm
- IMT : 19,46
- Status Gizi : Gizi baik/normal

2. Biochemical

Hemoglobin : 14,2g/dl
 Hematokrit : 41,2%
 Albumin : Tidak ada
 Serum glukosa : 121mg/dl

3. *Clinical sign*

- Turgor kulit : Elastis
- Membran mukosa : Lembab
- Edema : Tidak
- Ascites : Tidak
- Pembesaran tiroid : Tidak
- Kondisi gigi & mulut : Bersih, tidak ada perdarahan pada gusi
- Kondisi lidah : Bersih, tidak ada stomatis
- Halitosis : Tidak
- Hernia : Tidak
- Distensi abdomen : Ya
- Bising usus : 4x/menit

4. Diet

- Pola makan sebelum dirawat
 - Frekuensi : 3-4x/hari
 - Waktu : Pagi, siang, sore/malam.
 - Komposisi : Nasi dan lauk pauk
- Pola makan selama sakit :
 - Frekuensi : 3-4x/hari
 - Waktu : Pagi puasa, siang puasa, malam pukul 19.00
 - Komposisi : Bubur dan susu
- Pantangan : Tidak ada pantangan
- Penggunaan suplemen makanan : Tidak
- Kehilangan nafsu makan : Ya
- Mual/muntah : Ya (mual)
- Alergi makanan : Tidak
- Masalah menelan : Tidak
- Gigi palsu : Tidak

- Penggunaan diuretik : Tidak
- Gangguan pola makan selama sakit: Ya

5. Pemeriksaan fisik abdomen

Inspeksi Terlihat datar, bentuk simetris,
: terdapat luka post appendiktomi
Auskultasi Peristaltik usus 4x/menit
:
Perkusi Timpani di seluruh kuadran
:
Palpasi : terdapat nyeri tekan pada abdomen
kanan bawah di bagian luka post
appendiktomi.

d. Sistem Neurosensori

1. Merasa pusing : Ya
2. Sakit kepala : Ya
3. Kesemutan/kebas : Tidak
4. Riwayat stroke : Tidak
5. Kejang : Tidak
6. Kehilangan daya penglihatan : Tidak
7. Alat bantu penglihatan : Tidak
8. Glukoma : Tidak
9. Katarak : Tidak
10. Alat bantu dengar : Tidak
11. Pengecap : Tidak ada gangguan pengecap, pasien mampu menyebutkan rasa makanan.
12. Pengidu : Tidak ada gangguan penghidu, pasien mampu menyebutkan dan mendeskripsikan aroma yang didekatkan ke hidung
13. Peraba : Klien mampu merasakan dan menyebutkan kembali area mana yang diberikan stimulus (sentuhan) oleh perawat

14. Orientasi

- Waktu : Normal, klien dapat menyebutkan saat ini hari apa dan tanggal berapa.
- Tempat : Normal, klien mengetahui saat ini berada di Rumah sakit
- Orang : Normal, klien mengatakan saat ini ia bersama istri
- Situasi : Normal, klien menyadari bahwa ia telah selesai dilakukan operasi usus buntu.

15. Tingkat kesadaran : Compos mentis

16. GCS : E: 3 M:6 V:5 (Total:14)

17. Memori : Normal

18. Pupil : Isokor

19. Facial droop : Tidak

20. Postur tubuh : Normal

21. Reflek tendon : Normal

22. Pengkajian Nyeri

P(*Provokative*) : Klien mengatakan nyeri ketika bergerak maupun diam

Q (*Quality*) : Klien mengatakan nyeri seperti tersayat-sayat

R (*Region*) : Daerah perut kanan bagian bawah

S (*Severity*) : Skala nyeri 7

T (*Time*) : Terjadi terus-menerus

e. Sistem Muskuloskeletal

1. Kegiatan utama sebelum sakit : Bekerja
2. Kegiatan senggang dirumah : Bersantai bersama keluarga
3. Kondisi keterbatasan : Tidak ada
4. Tidur malam : Ya

5. Tidur siang : Ya
6. Kesulitan untuk tidur : Ya
7. Kesulitan bangun tidur : Tidak
8. Perasaan tidak senang saat bangun tidur : Tidak
9. Deformitas : Tidak
10. Kekuatan otot : Kekuatan otot penuh

5	5
5	5

11. Rentang gerak : Gerakan terbatas akibat nyeri
12. Kemampuan ADL'S
(Menggunakan kode 2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

Tabel 3.1 Kemampuan ADL'S

Aktivitas Pasien	2	1	0
Buang Air Besar		√	
Buang Air Kecil		√	
Menggunakan toilet		√	
Berdandan		√	
Makan		√	
Berpakaian		√	
Berpindah tempat		√	
Mobilisasi		√	
Naik tangga		√	
Mandi		√	

Keterangan : Kemampuan ADL (dibantu oleh keluarga & perawat)

f. Sistem Integumen

1. Riwayat alergi : Tidak ada
2. Riwayat imunisasi : Klien mengatakan tidak ingat
3. Riwayat transfusi darah : Tidak pernah

4. Temperatur kulit : 35,6⁰C
5. Diaphoresis : Tidak
6. Integritas kulit : Bagus
7. *Ulcer* : Tidak
8. Luka bakar : Tidak
9. *Edema* : Tidak
10. Pengakajian resiko infeksi
 - Redness : tidak terlihat kemerahan disekitar balutan
 - Edema : tidak terlihat bengkak di disekitar balutan
 - Ecchymosis : tidak terlihat tanda perdarahan
 - Discharge : tidak terlihat adanya rembesan cairan pada balutan luka.
 - Approximasi : tidak terkaji

g. Sistem Eliminasi

1. *Fecal*

- Frekuensi BAB : Belum ada BAB setelah operasi
- Karakteristik feses : -
- Penggunaan laxative : Tidak
- Perdarahan anus : Tidak
- Hemoroid : Tidak

2. *Bladder*

- Frekuensi BAK : Menggunakan DC
- Inkontinensia : Tidak
- Urgensi : Tidak
- Retensi urin : Tidak
- Karakteristik urin : Bening
- Volume urin : 200 cc
- Riwayat penyakit ginjal : Tidak
- Nyeri/kesulitan BAK : Tidak

4. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

a. Nilai / Kepercayaan

- 1) Agama yang dianut: Islam
- 2) Kegiatan keagamaan yang di jalani : Sholat 5 waktu
- 3) Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan : Tidak ada
- 4) Gaya hidup: Normal
- 5) Perubahan gaya hidup: Tidak ada

b. Koping / stress

- 1) Pasien merasa stres: Tidak
- 2) Faktor penyebab stres : -
- 3) Cara mengatasi permasalahan : Klien mengatakan diskusi dengan istri
- 4) Status emosional : Tenang
- 5) Lain –lain: tidak ada

c. Hubungan

- 1) Tinggal dengan: Istri dan anak
- 2) Orang yang mendukung : Istri dan anak
- 3) Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/ orang lain : Tidak ada
- 4) Kegiatan di masyarakat : Jaga ronda dan gotong royong
- 5) Lain – lain : -

d. Persepsi Diri

- 1) Yang dirasakan terkait hospitalisasi : Biasa saja, menerima
- 2) Perilaku klien sesuai dengan situasi : perilaku sesuai
- 3) Lain – lain : -

e. Defisit pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan Klien

- 1) Bahasa utama: Jawa dan Indonesia
- 2) Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat : edukasi manajemen nyeri

5. DATA PENUNJANG

a. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
28 Desember 2023	Hemoglobin	14.2	12.8-16.8	g/dL
	Leukosit	18.60	3.80-10.60	$10^3/\mu\text{L}$
	Eritrosit	4.67	4.40-5.90	$10^3/\mu\text{L}$
	Trombosit	217	150-450	$10^3/\mu\text{L}$
	Hematokrit	41.2	40.0-52.0	%
	Limfosit	5	24-40	%
	Monosit	6	2-8	%
	PPT	15.1	12.0-16.0	Detik
	APTT	31.3	28.0-38.0	Detik
	Control PPT	14.8	11.0-16.0	Detik
	Control APTT	29.7	28.0-36.5	Detik
	Ureum	21	17-43	mg/dL
	Kreatinin	0.80	0.90-1.30	mg/dL
	Gol Darah	B	-	-
	GDS	121	80-200	mg/dL
	Natrium	134.6	137.0-145.0	mmol
	Kalium	3.54	3.50-5.10	mmol
	Klorida	96.5	98.0-107.0	mmol
	HbsAg ECLIA	Negatif	-	
	HIV Screening	Non Reaktif	Non Reaktif	

b. Hasil Pemeriksaan USG Upper Abdomen

Tanggal Pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil
28/12/2023	<i>Vesica fellea</i>	Dinding tak menebal, tak tampak batu.
	<i>Ren dextra</i>	<i>Calices</i> tak melebar, tak tampak batu.
	<i>Appendix</i>	Lumen normal, dinding menebal.
	<i>Vesica urinaria</i>	Urin penuh, dinding <i>mucosa</i> tak menebal, tak tampak batu.
	Kesan : Menyokong Appendicitis	

c. Hasil pemeriksaan Thorax

Tanggal Pemeriksaan	Pemeriksaan	Hasil
28/12/2023	Thorax	- Klinis acute apendicitis - Cor pulmo normal

d. Hasil pemeriksaan EKG

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil
28/12/2023	Elektrokardiogram	- Klinis acute apendicitis - Cor pulmo normal

6. TERAPI YANG DIBERIKAN

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi
29/12/2023 - 31/12/2023	Ceftriaxone	IV	1gr/12 jam	Ceftriaxone adalah obat antibiotik sefalosporim. Ceftriaxone bekerja dengan cara menghambat pertumbuhan sekaligus membunuh bakteri. Antibiotik ini juga bisa dipakai untuk mencegah infeksi pada luka operasi.
29/12/2023 - 31/12/2023	Fentanyl	IV	100mcg (1 kali pemberian)	Fentanyl adalah obat untuk meredakan nyeri hebat akibat kanker atau operasi. Obat ini juga bisa digunakan sebagai obat bius atau obat tambahan untuk meningkatkan efek obat bius saat operasi.
29/12/2023 - 31/12/2023	Peinloss	IV	100mg/12 jam (Drip dalam NaCl 0,9% 100ml)	Penatalaksanaan nyeri akut sedang hingga berat.

7. ANALISA DATA

Waktu	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
29/12/2023 11.20 WIB	Data Subjektif : - Klien mengatakan nyeri pada luka pasca operasi - P : Klien mengatakan nyeri ketika bergerak maupun diam - Q : Klien mengatakan nyeri seperti tersayat-sayat. - R : Daerah perut kanan bagian bawah. - S : Skala nyeri 7. - T : Terus-menerus. - Klien mengatakan mudah terbangun karena nyeri Data Objektif : - Terdapat luka post operasi appendiktomi - Klien tampak meringis - TTV - Tekanan Darah : 130/86 mmHg - Nadi : 56x/menit - Respirasi : 20x/menit - Saturasi : 96%	Nyeri akut (D.0077)	Agen pencedera fisik
29/12/2023 11.20 WIB	Data Subjektif : - Klien mengatakan sulit untuk melakukan aktivitas Data Objektif : - Klien tampak lemah - Gerakan terbatas - Kemampuan ADL's : butuh bantuan	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Nyeri

	- TTV - Tekanan Darah : 130/86 mmHg - Suhu : 35,6⁰C - Nadi : 56x/menit - Respirasi : 20x/menit - Saturasi : 96%		
29/12/2023 11.20 WIB	Data Subjektif : - Data Objektif : - Terdapat luka post appendiktomi dengan keadaan luka : Redness : tidak terlihat kemerahan disekitar balutan Edema : tidak terlihat bengkak di disekitar balutan Ecchymosis : tidak terlihat tanda perdarahan Discharge: tidak terlihat adanya rembesan cairan pada balutan luka. Approximasi : tidak terkaji - AL : 18.60 10³/uL	Risiko Infeksi (D.0142)	Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)
3. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit (D.0142)

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

No.	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam maka Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : Tingkat Nyeri (L.08066) a. Keluhan nyeri dari meningkat menjadi menurun b. Meringis dari meningkat menjadi menurun c. Gelisah dari meningkat menjadi menurun d. Frekuensi nadi dari memburuk menjadi membaik e. Pola napas dari memburuk menjadi membaik f. Tekanan darah dari memburuk menjadi membaik g. Fokus dari memburuk menjadi membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi : a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) c. Fasilitasi istirahat dan tidur d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan

			strategi meredakan nyeri Edukasi : e. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri f. Jelaskan strategi meredakan nyeri g. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat h. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi : a. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 6 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil: Toleransi Aktivitas (L.05047) a. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat b. Keluhan lelah menurun c. Perasaan lemah menurun d. Frekuensi nadi membaik e. Tekanan darah membaik f. Saturai oksigen membaik g. Frekuensi napas membaik	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi : a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia b. Monitor tingkat kemandirian c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan. Terapeutik : a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi) b. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi dan sabun mandi) c. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri d. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan e. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri f. Jadwalkan rutinitas perawatan diri

			Edukasi : Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan
3.	Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam maka Tingkat Infeksi menurun dengan kriteria hasil : Tingkat Infeksi (L.14137) a. Demam dari meningkat menjadi menurun b. Kemerahan dari meningkat menjadi menurun c. Keluhan nyeri dari meningkat menjadi menurun d. Bengkak dari meningkat menjadi menurun e. Cairan berbau busuk dari meningkat menjadi menurun f. Kadar sel darah putih dari memburuk menjadi membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi : a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontang dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi : a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi d. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

HARI KE-1				
NO. DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1.	29/12/2023 11.20 WIB	Manajemen Nyeri (I.08238) a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri	Pukul 11.30 WIB S : - Klien mengatakan masih nyeri pada perut bawah bagian kanan - Pengkajian nyeri - P : ketika bergerak maupun diam - Q : seperti tersayat-sayat - R : perut bawah bagian kanan - S : skala 7 - T : terus-menerus O : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah	 Ria
	12.20 WIB	b. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi genggam jari).	Pukul 14.25 WIB S : - Klien mengatakan lebih nyaman dan lebih rileks setelah diberikan teknik relaksasi genggam jari. - Pengkajian nyeri - P : ketika bergerak maupun diam - Q : seperti tersayat-sayat - R : perut bawah bagian kanan - S : skala 5 - T : terus-menerus O : - Klien tampak masih meringis - Klien tampak masih gelisah	
	13.00 WIB	c. Mengkolaborasikan pemberian analgetik (Fentanhy 100mcg)	Pukul 14.25 WIB S : - Klien mengatakan masih nyeri pada perut bawah bagian kanan - Pengkajian nyeri	

	14.00 WIB	Evaluasi hari ke-1	P : ketika bergerak maupun diam Q : seperti tersayat-sayat R : perut bawah bagian kanan S : skala 5 T : terus-menerus O : - Klien telah diberikan Fentanyl 100mcg - Klien tampak masih meringis	
			Evaluasi SOAP Pukul 14.00 WIB S : - Klien mengatakan masih nyeri pada perut bawah bagian kanan - Pengkajian nyeri P : ketika bergerak maupun diam Q : seperti tersayat-sayat R : perut bawah bagian kanan S : skala 5 T : terus-menerus O : - Klien tampak masih meringis - Vital Sign TD : 130/86 mmHg Nadi : 56x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 96% A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri (I.08238)	
2.	29/12/2023 11.20 WIB	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) a. Monitor tingkat kemandirian	Pukul 11.20 WIB S : - - Klien mengatakan sulit untuk melakukan aktivitas O : - Kemampuan ADL's : butuh bantuan	 Ria
	11.20 WIB	b. Jadwalkan rutinitas perawatan diri	S : - O : Sudah dijelaskan jadwal perawatan diri dan	

	14.00 WIB	Evaluasi hari ke-1	jadwal latihan mobilisasi Evaluasi SOAP Pukul 14.00 WIB S : - Klien mengatakan sulit untuk melakukan aktivitas O : - Kemampuan ADL's : butuh bantuan - Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari masih menurun - Klien tampak lemah - Vital Sign - TD : 130/86 mmHg - Nadi : 56x/menit - RR : 20x/menit - SpO2 : 96% A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi dukungan perawatan diri (I.11348)	
3.	29/12/2023 11.20 WIB	Pencegahan Infeksi (I.14539) a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal	Evaluasi SOAP Pukul 14.00 WIB S : - O : - Terdapat luka post appendiktomi dengan keadaan luka : - Redness: tidak ada kemerahan disekitar balutan - Edema: tidak ada bengkak di disekitar balutan - Ecchymosis : tidak terlihat tanda perdarahan - Discharge: tidak terlihat adanya rembesan cairan pada balutan luka. - Approximasi: tidak terkaji A : Risiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi (I.14539)	 Ria

HARI KE-2				
NO. DX	Waktu	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1.	30/12/2023 14.15 WIB	Manajemen Nyeri (I.08238) a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri	Pukul 14.25 WIB S : - Klien mengatakan masih nyeri pada perut bawah bagian kanan - Klien mengatakan sering terbangun karena nyeri - Pengkajian nyeri P : ketika bergerak Q : seperti tersayat-sayat R : perut bawah bagian kanan S : skala 5 T : hilang timbul O : - Klien tampak meringis jika bergerak - Klien tampak gelisah ketika akan bergerak	 Ria
	16.00 WIB	b. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi genggam jari).	Pukul 16.40 WIB S : - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pengkajian nyeri P : ketika bergerak Q : seperti tersayat-sayat R : perut bawah bagian kanan S : skala 2 T : hilang timbul O : - Ekspresi menringis cukup menurun - Gelisah cukup menurun - Kesulitan tidur cukup menurun	
	17.00 WIB	c. Mengkolaborasikan pemberian analgetik (Fentanhy 100mcg)	Pukul 17.05 WIB S : - O : - Klien telah diberikan Fentanyl 100mcg - Ekspresi menringis cukup menurun	

	20. WIB	Evaluasi hari ke-2	• Gelisah cukup menurun • Kesulitan tidur menurun	
			Evaluasi SOAP Pukul 20.00 WIB S : • Klien mengatakan sudah berkurang • Klien mengatakan ketika nyeri, klien sudah mencoba melakukan teknik relaksasi genggam jari secara mandiri • Pengkajian nyeri P : ketika bergerak Q : seperti tersayat-sayat R : perut bawah bagian kanan S : skala 2 T : terus-menerus O : • Ekspresi menringis cukup menurun • Gelisah cukup menurun • Kesulitan tidur menurun • Vital Sign TD : 133/83 mmHg Nadi : 50x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 97% A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi manajemen nyeri (I.08238)	
2.	30/12/2023 14.20 WIB	Dukungan perawatan diri (I.11348) a. Monitor tingkat kemandirian	Pukul 14.25 WIB S : • Klien mengatakan masih sulit untuk melakukan aktivitas secara mandiri O : • Kemampuan ADL's : butuh bantuan	 Ria
	15.15 WIB	b. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	Pukul 15.25 WIB S : • Keluarga klien mengatakan klien masih dibantu dalam melakukan mobilisasi dan	

	20.00	Evaluasi hari ke-2	makan. O : • Aktivitas sehari-hari masih dibantu Evaluasi SOAP Pukul 20.00 WIB S : • Klien mengatakan masih sulit untuk melakukan aktivitas secara mandiri O : • Kemampuan ADL's : butuh bantuan • Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari masih menurun • Klien tampak lemah • Vital Sign TD : 133/83 mmHg Nadi : 50x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 97% A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi dukungan perawatan diri (I.11348)	
3.	30/12/2023 14.00 WIB	Pencegahan Infeksi (I.14539) a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal	Pukul 14.25 WIB S : - O : • Terdapat luka post appendiktomi dengan keadaan luka : Redness: tidak ada kemerahan disekitar balutan Edema: tidak ada bengkak di disekitar balutan Ecchymosis : tidak terlihat tanda perdarahan Discharge: tidak terlihat adanya rembesan cairan pada balutan luka. Approximasi: tidak terkaji	 Ria
	16.00 WIB 14.15	b. Kolaborasi pemberian antibiotik (Ceftriaxone 1gr)	Pukul 14.25 WIB S :- O : • Telah diberikan injeksi ceftriaxone 1gr	

		Evaluasi hari ke-2	Evaluasi SOAP Pukul 20.00 WIB S : - O : Terdapat luka post appendiktomi dengan keadaan luka : Redness: tidak ada kemerahan disekitar balutan Edema: tidak ada bengkak di disekitar balutan Ecchymosis : tidak terlihat tanda perdarahan Discharge: tidak terlihat adanya rembesan cairan pada balutan luka. Approximasi: tidak terkaji A : Risiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi pencegahan infeksi (I.14539)	
--	--	--------------------	---	--

HARI KE-3				
NO. DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1.	31/12/2023 14.15 WIB	Manajemen Nyeri (I.08238) a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri	Pukul 14.25 WIB S : - Klien mengatakan nyeri sedikit saja ketika mobilisasi - Pengkajian nyeri P : ketika bergerak Q : seperti tersayat-sayat R : perut bawah bagian kanan S : skala 2 T : hilang timbul O : - Ekspresi meringis menurun	 Ria
		b. Memberikan teknik nonfarmakologi untuk		

	16.00 WIB	mengurangi rasa nyeri (Teknik relaksasi genggam jari).	Pukul 16.40 WIB S : - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang - Pengkajian nyeri - P : ketika bergerak berlebihan - Q : seperti tersayat-sayat - R : perut bawah bagian kanan - S : skala 2 - T : hilang timbul O : - Ekspresi meringis menurun - Klien tampak rileks
	17.00 WIB	c. Mengkolaborasikan pemberian analgetik (Fentanhy 100mcg)	Pukul 17.05 WIB S : - O : - Klien telah diberikan Fentanyl 100mcg - Ekspresi meringis menurun
	17.00 WIB	Evaluasi hari ke-3	Evaluasi SOAP Pukul 17.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang - Klien mengatakan ketika nyeri, klien sudah mencoba melakukan teknik relaksasi genggam jari secara mandiri - Pengkajian nyeri - P : ketika bergerak - Q : seperti tersayat-sayat - R : perut bawah bagian kanan - S : skala 2 - T : terus-menerus O : - Ekspresi meringis menurun - Gelisah menurun - Vital Sign - TD : 110/63 mmHg - Nadi : 62x/menit - RR : 20x/menit - SpO2 : 100%

			A : Nyeri akut teratasi P : Hentikan intervensi	
2.	31/12/2023	Dukungan perawatan diri (I.11348)	Pukul 14.25 WIB S : - Klien mengatakan masih sulit untuk melakukan aktivitas secara mandiri O : - Kemampuan ADL's : butuh bantuan	 Ria
	14.15 WIB	a. Monitor tingkat kemandirian		
	15.20 WIB	b. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	Pukul 15.40 WIB S : - Klien mengatakan sudah mampu untuk mobilisasi dari posisi tidur ke posisi duduk secara mandiri - Klien mengatakan sudah mampu makan secara mandiri O : - Klien telah mampu berjalan ke kamar mandi dengan bantuan keluarga dan perawat	
	17.00 WIB	Evaluasi hari ke-3	Evaluasi SOAP Pukul 17.00 WIB S : - Klien mengatakan sudah mulai mampu dalam melakukan mobilisasi dan aktivitas secara mandiri O : - Kemampuan ADL's : independent - Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat - Vital Sign - TD : 110/63 mmHg - Nadi : 62x/menit - RR : 20x/menit - SpO2 : 100% A : Gangguan mobilitas fisik teratasi P : Hentikan Intervensi	

2.	31/12/2023 14.20 WIB	Pencegahan Infeksi (I.14539) a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal	S : - O : Terdapat luka post appendiktomi dengan keadaan luka : Redness: tidak ada kemerahan disekitar balutan Edema: tidak ada bengkak di disekitar balutan Ecchymosis : tidak terlihat tanda perdarahan Discharge: tidak terlihat adanya rembesan cairan pada balutan luka. Approximasi: tidak terkaji	 Ria
	16.00 WIB	b. Kolaborasi pemberian antibiotik (Ceftriaxone 1gr)	S :- O : Telah diberikan injeksi ceftriaxone 1gr	
	17.00 WIB	Evaluasi hari ke-3	Evaluasi SOAP Pukul 17.00 WIB S : - O : Terdapat luka post appendiktomi dengan keadaan luka : Redness: tidak ada kemerahan disekitar balutan Edema: tidak ada bengkak di disekitar balutan Ecchymosis : tidak terlihat tanda perdarahan Discharge: tidak terlihat adanya rembesan cairan pada balutan luka. Approximasi: tidak terkaji A : Risiko infeksi teratasi P : Hentikan intervensi	