

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk dievaluasi dan diidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian dalam kasus kelolaan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini menggunakan pasien yang dijadikan kasus kelolaan utama yaitu pasien dengan diagnosis pasca operasi appendiktomi di Ruang Nusa Indah RSUD Bangli. Pengkajian dilakukan pada hari sabtu yaitu pasien (Tn. S) , 15 Maret 2025 pukul 13.00 wita, dengan hasil pengkajian pada pasien kelolaan didapatkan data sebagai berikut :

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama	: Tn. S
Umur	: 21 Thn
Agama	: Hindu
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Status	: Belum Menikah
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta
Suku Bangsa	: Indonesia
Alamat	: Br.Balingkang,Songan B, Bangli
Tanggal Masuk	: 14 Maret 2025

Tanggal Pengkajian : 15 Maret 2025
No. Register : 622xxx
Diagnosa Medis : Post Op Appendicitis Acute

3. Status kesehatan saat ini

1. Keluhan utama (Saat MRS dan saat ini)

a. Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kanan bawah.

b. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi di perut kanan bawah, skala 7, seperti ditusuk, hilang timbul, memberat saat dibawa banyak bergerak. Pasien tampak sesekali meringis.

2. Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini

Pasien mengatakan nyeri sudah dirasakan kurang lebih satu minggu yang lalu namun dibiarkan karena disangka hanya sakit perut maag, namun 2 hari yang lalu dirasakan nyeri yang lebih hebat dari biasanya, nyeri dirasakan di ulu hati kemudian nyeri menjalar ke perut sebelah kanan disertai demam juga mual dan muntah lalu dibawa ke IGD dan di ketahui melalui USG jika pasien menderita appendisitis akut dan direncanakan untuk segera operasi. Pasien dilakukan tindakan laparotomi eksplorasi tanggal 14 Maret 2025

3. Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Keluarga pasien mengajak pasien ke rumah sakit untuk segera mendapatkan pengobatan di rumah sakit.

4. Satus kesehatan masa lalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit yang serius seperti ini atau yang dialaminya saat ini.

2) Pernah dirawat

Pasien mengatakan tidak pernah di rawat di rumah sakit sebelumnya.

3) Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi apapun baik obat, makanan ataupun minuman.

4. Kebiasaan (merokok/kopi/alkohol dll)

Pasien mengatakan tidak punya kebiasaan merokok/kopi/alkohol dll.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan penyakit seperti ini tidak pernah terjadi sebelumnya pada anggota keluarga lainnya dan pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus.

5. Diagnosa medis dan terapi

1) Diagnosa medis : Post Op Appendicitis Acute

2) Terapi

Infus RL 20 tpm IV (untuk mengganti cairan dan elektrolit tubuh), cefotaxime 3x1 gram IV (untuk mengobati infeksi bakteri) , Paracetamol , ceterolac 3x1 gram IV (untuk mengurangi nyeri dan demam) , omeprazole 2x40 mg oral (untuk mengatasi rasa sakit pada perut yang disertai mual atau muntah).

6. Pola kebutuhan dasar (data bio-psiko-sosio-kultural-spiritual)

1. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

Pola persepsi : pasien mengatakan kesehatan merupakan hal penting yang harus dijaga.

Manajemen kesehatan : pasien mengatakan bila salah satu anggota keluarga ada yang sakit, akan berobat ke pelayanan kesehatan terdekat.

2. Pola nutrisi-metabolik

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit, makannya 3x sehari dengan porsi yang biasa dengan menu nasi, sayur, lauk. Pasien mengatakan minum ± 8 gelas setiap hari. Saat sekarang : pasien mengatakan saat sakit makanannya tidak habis makan hanya bubur saja dan tidak makan- makanan yang berbumbu, lebih banyak minum air putih ± 8 gelas setiap hari.

3. Pola eliminasi

BAB :Sebelum sakit : pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan feses berwarna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, feses tidak bercampur darah , bau khas.

Saat sekarang : pasien mengatakan biasanya BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek berwarna kuning kecoklatan dan tidak memiliki gangguan pencernaan (BAB).

BAK :Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit BAK pasien tidak memiliki gangguan yang dimana warna kencing kuning jernih, bau kas urine. Saat sekarang : pasien mengatakan saat dirawat dirumah sakit tidak ada gangguan pada kencingnya. Warna kencingnya kuning jernih, bau khas urine.

4. Pola aktivitas dan latihan

a. Aktivitas

1) Kemampuan Perawatan Diri : 0

2) Makan dan Minum : 2

3) Mandi : 2

4) Toileting : 2

5) Berpakaian : 2

6) Berpindah : 2

0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

b. Latihan : Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit dapat melakukan aktivitas secara mandiri/bebas. Saat sekarang : pasien mengatakan aktivitas/bergerak saat setelah dirawat dirumah sakit pasien bisa berbajaaln tetapi harus pelan pelan dan hati hati supaya tidak ada getaran saat berjalan pasien lebih sering berbaring, terasa nyeri pada perut bagian kanan bawah.

5. Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengatakan belum mengetahui lebih dalam mengenai penyakitnya.

6. Pola Persepsi-Konsep diri

a. Identitas diri : pasien mengatakan berjenis kelamin perempuan

b. Peran diri : pasien berperan sebagai seorang istri

c. Citra diri : pasien mengatakan tidak malu dan menerima penyakitnya

d. Ideal diri : pasien mengatakan ingin cepat sembuh

e. Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan kondisi tubuhnya saat ini

7. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit : pasien mengatakan pola tidur dan istirahat sebelum dirawat dirumah sakit tidak memiliki gangguan tidur dan istirahat. Tidur pasien normal

yaitu 6-8 jam tiap hari. Tidur pada jam 22.00 wita. Saat sakit : saat pasien tidur pasien normal yaitu 6-8 jam tiap hari. Tidur pada jam 22.00 wita tetapi sering terbangun karena pasien tidak berani menyampingkan tubuhnya takut akan lukanya robek pasien hanya tidur terlentang.

8. Pola Peran-Hubungan

Sebelum sakit : pasien mengatakan dapat berkomunikasi dan berhubungan baik dengan keluarga dan teman-temannya. Saat sakit : pasien mengatakan dapat berkomunikasi yang baik dengan keluarga dan tenaga medis yang merawat.

9. Pola Seksual-Reproduksi

Sebelum sakit : pasien tidak mengalami gangguan pada reproduksinya dan pasien juga mengatakan saat kencing tidak ada rasa sakit. Saat sakit : pasien tidak mengalami gangguan pada reproduksinya dan pasien juga mengatakan saat kencing tidak ada rasa sakit hanya saja pasien tidak bisa memenuhi kebutuhan seksualnya dikarenakan kondisinya yang masih sakit dan dirawat inap.

10. Pola Toleransi Stress-Koping

Sebelum sakit : pasien mengatakan jika ada masalah dirumah biasanya selalu terbuka dengan anggota keluarganya dan menyelesaikan masalah secara bersama-sama. Saat sakit : pasien mengatakan mampu menangani stressnya saat dirawat dirumah sakit dengan cara mengobrol dengan keluarganya yang menjaga dirumah sakit dan petugas jaga.

11. Pola Nilai-Kepercayaan

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit biasanya mengikuti acara persembahyangan dirumah. Saat sakit : pasien mengatakan tidak dapat mengikuti persembahyangan dan hanya bisa berdoa dari tempat tidur saja.

7. Pengkajian Fisik

- a. Keadaan umum : lemah
- b. Tingkat kesadaran : **komposmetis**/ apatis/ somnolen/ spoor/ koma
- c. GCS : Eye: 4 Motorik: 6 Verbal: 5
- d. Tanda-tanda Vital : TD : 110/70mmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu : 36,5°C ,
RR : 20x/menit
- e. Keadaan fisik

1) Kepala

Inspeksi : warna rambut hitam, persebaran rambut merata

Palpasi : tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan

2) Mata

Inspeksi : konjungtiva ananemis, sklera anikterik, pupil miosis

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

3) Hidung

Inspeksi : tampak bersih, tidak ada sekret dan darah, tidak ada sinusitis, simetris

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

4) Telinga

Inspeksi : simetris kanan kiri, tidak ada tanda peradangan

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

5) Mulut

Inspeksi : mukosa lembab, lidah tampak bersih, tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada gangguan mengunyah, tidak ada bibir sumbing

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

6) Leher

Inspeksi : simetris tidak ada pembengkakan, tidak tampak benjolan, tidak ada luka

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis teraba, tidak ada benilan abnormal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

7) Dada :

Paru

Inspeksi : pergerakan dada tampak simetris, tidak nampak luka/lesi

Palpasi : tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : suara paru sonor

Auskultasi : suara vesikuler

Jantung

Inspeksi : pergerakan dada simetris, tidak ada benjolan, tidak ada jejas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada krepitasi

Perkusi : suara pekak

Auskultasi : suara S1 S2 tunggal reguler

8) Payudara dan ketiak :

Payudara :

Inspeksi : bentuk payudara simetris, tidak ada jejas dan lesi

Palpasi : tidak ada benjolan dan nyeri tekan

Ketiak :

Inspeksi : persebaran rambut kurang merata

Palpasi : tidak ada benjolan dan nyeri tekan

9) Abdomen :

Inspeksi : tidak terlihat sianosis

Auskultasi: bising usus terdengar 15x/menit

Perkusi : suara timpani

Palpasi : tidak dilakukan palpasi karena ada luka post op

10) Genetalia : tidak dilakukan pengkajian

11) Integumen :

Inspeksi : warna kulit terlihat sawo matang, tidak ada luka, kulit lembab

Palpasi : tidak teraba benjolan, tidak ada nyeri tekan

12) Ekstremitas

Atas

Inspeksi : tidak nampak lesi, tampak simetris

Palpasi : tidak ada benjolan, akral teraba hangat, turgor kulit elastis, CRT<

2 detik CRT<2, kekuatan otot 5

555	555
555	555

Bawah

Inspeksi : tampak simetris, tidak ada lesi, tidak ada edema

Palpasi : tidak ada benjolan, akral teraba hangat, turgor kulit elastis, CRT <2 detik

13) Neurologis :

Status mental da emosi : tidak terlihat gangguan pada status menal pasien

Pengkajian saraf kranial : -

Pemeriksaan refleks : respon membuka mata terlihat spontan, respon verbal berorientasi, respon motorik dengan perintah

8. Pemeriksaan Penunjang

1) Data laboratorium yang berhubungan

Data laboratorium yang pada tanggal 14 Maret 2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
HEMATOLOGI			
Hematologi Rutin			
HGB	12.2	117-15.5	g/dL
RBC	4.06	3.80-5.20	10 ³ /μL
HCT	35.7	35.0-47.0	%
MCV	87.9	80.0-100.0	fL
MCH	30.0	26.0-34.0	Pg
MCHC	34.2	37.0-54.0	g/dL
RDW-SD	38.0	11.5-14.5	Fl
RDW-CV	11.8	3.60-11.00	%
WBC	12.24	3.60-11.00	10 ³ /μL
NEUT%	92.5	50.0-70.0	%
LYMPH%	4.9	25.0-40.0	10 ³ /μL
BASO%	0.1	0.0-4.0	%
MONO%	2.5	2.0-8.0	%
EOS%	0.0	2.0-4.0	%
PWD	12.6	9.0-17.0	fL
MPV	11.0	9.0-13.0	Fl

2. Analisa Data

Tanggal 15 Maret 2025 pukul 13.00 wita didapatkan data subyektif : pasien mengeluh nyeri dibagian bekas luka operasi di perut kanan bawah dengan skala 7, seperti ditusuk-tusuk , sulit tidur, memberat dirasakan saat dibawa bergerak. Data obyektif : pasien tampak meringis, bersikap protektif , gelisah , denyut nadi 88x/menit.

B. Diagnosa Keperawatan

Tanggal 15 Maret 2025 pukul 13.00 wita ditemukan diagnosa keperawatan dengan ” Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik (Luka insisi post operasi apendiktomi) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri dibagian perut kanan bawah dengan skala 7, seperti ditusuk-tusuk memberat dirasakan saat dibawa bergerak. Hasil observasi yang dilakukan penulis didapatkan data obyektif pasien tampak meringis, denyut nadi 88x/menit.

C. Intervensi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun (skala 2) dan kontrol nyeri dengan kriteria hasil : tidak mengeluh nyeri, tidak meringis, tidak bersikap protektif , tidak gelisah, tidak mengalami kesulitan tidur, frekwensi nadi membaik, tekanan darah membaik, melaporkan nyeri terkontrol, kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, dan kemampuan menggunakan teknik non-farmakologi (pendekatan komunikasi terapeutik). Intervensi utama : Dukungan Nyeri Akut : Pemberian analgesik, Observasi : identifikasi nyeri

(misalnya pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekwensi dan durasi) ,
identifikasi riwayat alergi obat, identifikasi kesesuaian jenis analgesik dengan
tingkat keparahan nyeri, monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian
analgesik, monitor efektifitas analgesik. Terapeutik : tetapkan target efektifitas
analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien terhadap nyeri. Edukasi : beri
penjelasan tentang efek terapi dan efek samping obat cefotaxim, paracetamol,
ceterolac dan omeprazole. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik sesuai
indikasi. Dukungan : Nyeri akut , manajemen nyeri :

Observasi : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas,
intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperberat dan
memperingan nyeri, pengetahuan tentang nyeri, efektifitas dari pendekatan
komunikasi terapeutik yang sudah diberikan, efek samping penggunaan analgesik.
Terapeutik : berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (
pendekatan komunikasi terapeutik) , kontrol lingkungan yang memperberat nyeri,
pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan meredakan nyeri. Edukasi
: jelaskan penyebab nyeri, pemicu nyeri, strategi meredakan nyeri, anjurkan
memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian analgetik.

D. Implementasi

Sabtu 15 Maret 2025 pukul 13.00 wita tindakan keperawatan nya yaitu :
mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas, intensitas nyeri (
nyeri nonverbal) dengan data subyektif yang didapatkan bahwa pasien
mengatakan nyeri dibagian luka operasi di perut kanan bawah dengan skala 7,
seperti ditusuk-tusuk, memberat saat dibawa bergerak , data obyektifnya : pasien

tampak meringis, denyut nadi 88x/menit. Jam 16.00 wita monitor tanda-tanda vital dan menanyakan keluhan pasien , data subyektif didapatkan pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, data obyektifnya TD : 120/75 mmHg, nadi 78x/menit, suhu 36,5°C, RR : 20x/menit. Jam 16.20 wita mengidentifikasi skala nyeri pada pasien, data subyektifnya pasien mengeluh nyeri di daerah luka operasi, data obyektif pasien tampak meringis dan pasien tampak protektif pada luka operasinya. Jam 18.10 wita menerapkan komunikasi terapeutik dan mengidentifikasi nyeri dan tanda-tanda infeksi , data subyektif nya : pasien masih mengeluh nyeri , data obyektif : tidak ditemukan tanda-tanda infeksi , pasien tampak meringis. Jam 20.00 wita mengkolaborasikan pemberian anestetik (paracetamol / ketetolac) , mengganti infus, mengidentifikasi nyeri, data subyektif nya : pasien mengatakan nyeri pada luka , data obyektif : pasien tampak meringis, sudah diberikan obat analgetik melalui IV, infus terawat.

Minggu 16 Maret 2025 jam 08.00 wita mengidentifikasi lokasi insisi adanya tanda-tanda infeksi , memantau TTV dan skala nyeri pasien, data subyektifnya : pasien mengatakan nyeri di daerah luka operasi sudah berkurang namun nyeri dirasakan saat bergerak , skala nyeri 4 (dari 0-10) , data obyektif : pasien tampak memegang arean luka, TD : 100/80 mmHg, N : 80x/menit, R : 20x/menit, S : 36,5°C
Jam 10.10 menerapkan komunikasi terapeutik , data subyektifnya : pasien mengatakan mengalihkan nyeri dengan menonton , data obyektif : pasien tampak lebih tenang , Jam 14.30 wita kolaborasi pemberian analgetik (paracetamol 1 gram , cefotaxim 1 gram IV) , data subyektifnya : pasien paham dengan penggunaan analgetik , data obyektif : pasien sudah diberikan obat melalui IV perset. Jam 17.30

wita memantau nyeri yang dirasakan pasien , data subyektifnya : pasien mengatakan nyeri berkurang , data obyektif : pasien tampak agak tenang. Jam 20.22 wita menerapkan komunikasi terapeutik , data subyektif nya : pasien mengatakan mengerti apa yang disampaikan perawat , data obyektif pasien tampak rilek dan tenang.

Senin 17 Maret 2025 jam 08.20 wita mengajarkan pasien memonitor nyeri secara mandiri, data subyektif nya pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala nyeri 2 (0-10) , data obyektif : pasien tampak sedikit sakit. Jam 13.00 wita menjelaskan pasien tentang penyebab ,periode, dan pemicu nyeri , data subyektifnya : pasien mengatakan akan menghindari pemicu nyeri dengan tidak melakukan aktivitas berat , data obyektif : pasien tampak mendengarkan penjelasan dengan seksama , pasien diperbolehkan pulang (BPL).

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi ,Senin 17 Maret 2025 jam 08.20 wita :

S : Pasien mengatakan nyeri di daerah luka pasca operasi sudah berkurang,
waktu timbul saat bergerak skala nyeri 2 dari rentang (0-10) keluhan
nyeri menurun

P : Nyeri pada perut kanan bawah pasca operasi

Q : Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk

R : Daerah abdomen kuadran kanan bawah

S : Skala nyeri 2 dari rentang (0-10)

S : Pasien mengatakan lebih nyaman, dan nyeri berkurang

O : Pasien tampak lebih tenang ,rileks dan luka operasi baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi

TD : 120/70mmHg

N : 82x/menit

A : Masalah teratasi sebagian

P : -Pertahankan kondisi pasien

- Pasien diizinkan untuk pulang.

-Berikan edukasi komunikasi terapeutik kepada pasien dalam penanganan nyeri

-Kontrol Kembali ke Poli Bedah sesuai jadwal yang tertera di surat kontrol