# BAB III

# LAPORAN KASUS

Pada bab laporan kasus ini dideskripsikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada dua orang pasien dengan nyeri akut post operasi hemorroidektomi di Ruang Pulih IBS RSUP Sanglah Denpasar.

## A. Pengkajian

Pengkajian data keperawatan pada pasien dilakukan dengan teknik anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Adapapun data keperawatan yang didapat disajikan pada tabel 2 di bawah.

**Tabel 2**

**Pengkajian Keperawatan Kasus Kelolaan**

| Kasus I | Kasus II |
|---|---|
| 1. Identitas pasien:<br>a. Nama: Ny. PS<br>b. Umur: 45 Tahun<br>c. No RM: 190xxxx<br>d. Jenis Kelamin: Perempuan<br>e. Tanggal Pengkajian: 26 April 2021 | 1. Identitas pasien:<br>a. Nama: Tn. K<br>b. Umur: 40 Tahun<br>c. No RM: 145xxxx<br>d. Jenis Kelamin: Laki-laki<br>e. Tanggal Pengkajian: 27 April 2021 |
| 2. Riwayat kesehatan pasien:<br>Pasien datang ke ruang operasi dari Ruang Angsoka akan dilakukan tindakan operasi hemorroidektomi mengalami hemorroid eksternal grade IV. Pasien mengatakan adanya benjolan di anus dan tidak bisa dimasukkan kedalam anus dan merasakan nyeri dan gatal sejak dua bulan yang lalu. Pasien dalam keadaan puasa, Pasien tidak memiliki riwayat obat-obatan. | 2. Riwayat kesehatan pasien:<br>Pasien datang ke ruang operasi dari Ruang Angsoka I akan dilakukan tindakan operasi hemorroidektomi karena mengalami hemorroid interna grade IV. Pasien mengatakan sudah empat bulan mengalami perdaraan saat BAB, pasien dalam keadaan puasa dan pasien tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan. |
| 3. Diagnosa medis: Hemorroid eksternal grade IV | 3. Diagnosa medis: Hemorroid interna grade IV |
| 4. Tindakan: Hemorroidektomi | 4. Tindakan: Hemorroidektomi |
| 5. Jenis anestesi: Spinal | 5. Jenis anestesi: Spinal |
| 6. Jenis operasi: Elektif | 6. Jenis operasi: Elektif |

| | |
|---|---|
| 7. Waktu operasi:<br>a. Masuk ruang persiapan: 09.30 Wita<br>b. Masuk kamar operasi: 09.50 Wita<br>c. Anestesi mulai: 10.00 Wita<br>d. Anestesi selesai: 11.20 Wita<br>e. Operasi mulai: 10.05 Wita<br>f. Operasi selesai: 11.15 Wita<br>g. Keluar kamar operasi: 11.25 Wita<br>h. Masuk RR: 11.28 Wita<br>i. Keluar RR: 14.00 Wita | 7. Waktu operasi:<br>a. Masuk ruang persiapan: 09.40 Wita<br>b. Masuk kamar operasi: 09.55 Wita<br>c. Anestesi mulai: 10.10 Wita<br>d. Anestesi selesai: 12.10 Wita<br>e. Operasi mulai: 10.25 Wita<br>f. Operasi selesai: 12.05 Wita<br>g. Keluar kamar operasi: 12.20 Wita<br>h. Masuk RR: 12.25 Wita<br>i. Keluar RR: 14.25 Wita |
| 8. Vital Sign:<br>a. TD: 140/90 mmHg<br>b. Nadi: 114 x/menit<br>c. RR: 18x/menit<br>d. S:36,0ºC<br>e. Sa02 : 99%<br>f. Mengeluh nyeri skala 6(0-10)<br>g. B1 (Breath): Napas spontan<br>h. B2 (Blood): Tidak Normal ( ada peningkatan tekanan darah dari normal ), tidak ada hipotensi, dan tidak ada perdarahan berlebih ).<br>i. B3 (Brain): Normal (tidak dalam pengaruh obat)<br>j. B4 (Bladder): Terpasang dower chateter 16F<br>k. B5 (Bowel): Normal<br>l. B6 (Bone): Normal (dapat menggerakan ekstremitas namun masih lemas)<br>m. Saturasi: 99% | 8. Vital Sign<br>a. TD: 143/90 mmHg<br>b. Nadi: 112 x/menit<br>c. RR: 18 x/menit<br>d. S: 36,2 ºC<br>e. Sa02: 99%<br>f. Mengeluh nyeri skala nyeri 5 (0-10)<br>g. B1 (Breath): Napas Spontan<br>h. B2 (Blood): Tidak Normal ( ada peningkatan tekanan darah dari nilai normal ), tidak ada hipotensi, dan tidak ada perdarahan berlebih .<br>i. B3 (Brain): Normal (tidak dalam pengaruh obat)<br>j. B4 (Bladder): Terpasang dower chateter 16F<br>k. B5 (Bowel): Normal<br>l. B6 (Bone): Normal (dapat menggerakan ekstremitas namun masih lemas)<br>m. Saturasi: 99% |

## B. Diagnosa Keperawatan

Tahap perumusan diagnosa keperawatan diawali dengan Analisa data untuk dapat menentukanmmasalah keperawatan yang telahdirumuskan selanjutnya dianalisa untuk mencari penyebab masalhkeperawatan tersebut pada pasien.Berdasarkan masalah keperawatan dan penyebabnya maka dapat dirumuskan diagnose keperawatan yang mencakup komponen masalah, penyebab, dan gejala atau tanda yang ada pada pasien.

## 1. Masalah Keperawatan

Berikut disajikan analisa data dan analisa masalah keperawatan yang muncul pada pasien nyeri akut post operasi hemorroidektomi di Ruang Pulih RSUP Sanglah Denpasar.

**Tabel 3**
**Analisis Data dan Analisa Masalah Keperawatan Kasus I: Pasien Dengan Nyeri Akut Post Operasi Hemorroidektomi di Ruang Pulih RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

| DATA FOKUS | ANALISIS MASALAH | MASALAH |
|---|---|---|
| DS:<br>• Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, nyeri dirasa seperti tersayat-sayat dan dirasakan terus menerus.<br>DO:<br>• Pasien tampak meringis dan gelisah<br>• skala nyeri 6 (0-10 )<br>• Bersikap protektif terhadap lokasi luka operasi<br>• TD: 140/90 mmHg<br>• Nadi: 114 x/menit | Post hemorroidektomi<br>↓<br>Pembedahan<br>↓<br>Fisik<br>↓<br>Terputusnya Jaringan<br>↓<br>Merangsang saraf diameter kecil<br>↓<br>Gate control terbuka<br>↓<br>Saraf aferen<br>↓<br>Cartek carebri<br>↓<br>Nyeri Akut | Nyeri Akut |

**Tabel 4**

**Analisis Data dan Analisa Masalah Keperawatan Kasus II: Pasien Dengan Nyeri Akut Post Operasi Hemorroidektomi di Ruang Pulih RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

| DATA FOKUS | ANALISIS MASALAH | MASALAH |
|---|---|---|
| DS:<br>• Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, , nyeri dirasa seperti tersayat-sayat dan dirasakan terus menerus.<br><br>DO:<br>• Pasien tampak meringis , gelisah<br>• Skala nyeri 5 ( 0-10 )<br>• Bersikap protektif terhadap lokasi luka operasi<br>• TD: 143/90 mmHg<br>• Nadi: 112 x/menit | Post hemorroidektomi<br>↓<br>Pembedahan<br>↓<br>Fisik<br>↓<br>Terputusnya Jaringan<br>↓<br>Merangsang saraf diameter kecil<br>↓<br>Gate control terbuka<br>↓<br>Saraf aferen<br>↓<br>Cartek carebri<br>↓<br>Nyeri Akut | Nyeri Akut |

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan yang terjadi pada pasien kasus I dan kasus II yaitu nyeri akut (SDKI .2018)

## B. Diagnosis Keperawatan

Kasus I

Kasus I: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, skala nyeri 6 (0-10), nyeri dirasa seperti tersayat-sayat dan dirasakan terus menerus. Pasien tampak meringis dan gelisah, Pasien tampak bersikap protektif terhadap lokasi luka operasi. TD: 140/90 mmHg, Nadi: 124 x/menit.

Kasus II

Kasus II: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada luka operasi, skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasa seperti tersayat-sayat dan dirasakan terus menerus, , pasien tampak protektif terhadap lokasi luka operasi, TD: 143/90 mmHg, Nadi: 112 x/menit

## C. Perencanaan Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan yang mencakup rumusan tujuan, rencana tindakan keperawatan atau intervensi secara lengkap seperti dalam lampiran.. Rumusan tujuan dan intervensi pada pasien 1 dan pasien 2 dengan masalah nyeri akut post operasi hemorroidektomi di Ruang Pulih IBS RSUP Sanglah Denpasar adalah sebagai berikut:

1. Tujuan keperawatan:

   Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 60 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, gelisah menurun dan bersikap protektif terhadap lokasi nyeri menurun.

2. Intervensi:

   Menurut SIKI (2018) intervensi pada pasien nyeri akut adalah managemen nyeri dan pemberian analgetik.

   a. Managemen nyeri, tindakan yang direncanakan adalah

      1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
      2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
      3) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
      4) Jelaskan strategi meredakan nyeri
      5) Ajarkan tehnik *slow deep breathing exercise*

b. Pemberian analgetik, tindakan yang direncanakan adalah

1) Identifikasi riwayat alergi obat
2) Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesik yang optimal
3) Jelaskan efek samping obat
4) Kolaborasi pemberian analgesic Oxinorm 0,5 mg/kgBB/jam

c. Pemantauan nyeri, tindakan yang direncanakan:

1) Monitor durasi dan frekuensi nyeri
2) Atur interval waktu pemantuan sesuai kondisi pasien

## D. Pelaksanaaan Keperawatan

Pelasanaan keperawatan atau implementasi pada prinsipnya melaksanakan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tindakan yang dilaksanakan juga mencakup tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Implementasi lengkap seperti terdapat pada lampiran.

Bagian ini mendeskripsikan tindakan *slow deep breathing exercise* yang telah diberikan pada pasien. Langkah pelaksanaan slow deep breathing exercise sebagai berikut;

Pada kasus kelolaan I:

1. Setelah pasien masuk ke ruang pulih, sekitar pukul 11.28 wita, pasien diatur posisi supine dilakukan pemasangan monitor pemantauan hemodinamik meliputi tekanan darah, HR, SaO2, RR dan suhu tubuh, diberikan oksigen nasal 3 liter/ menit, dipasang selimut, dipasang pengaman tempat tidur dan dilanjutkan dengan pengkajian keperawatan pasien post operasi hemorroidektomi kasus I

2. Menyiapkan lingkungan yg tenang, pencahayaan yang cukup, menutup sampiran dan mengatur suhu ruangan yang sesuai kebutuhan pasien
3. Mengatur posisi pasien dalam keadaan tidur kepala diganjal 1 bantal
4. Meletakkan kedua tangan pasien di atas perut
5. Menganjurkan pasien untuk melakukan nafas secara perlahan dan dalam melalui hidung selama 3 detik,rasakan perut mengembang selama menarik nafas, tahan nafas selama 3 detik
6. Selanjutnya kerutkan bibir dan hembuskan nafas secara perlahan dari mulut selama 6 detik, rasakan pergerakan perut ke bawah. mengulangi prosedur tersebut diatas sampai 15 menit.
7. Prosedur ini diulang pukul 13.00 wita saat pasien masih di ruang pulih. Selama prosedur ini berlangsung pemantauan hemodinami tetap dilakukan.

Pada pasien kelolaan II

Pelaksaan slow deep breathing exercise pada pasien ke II tanggal 27 ap ril 2021;

1. Pasien masuk ruang pulih pukul 12.25 wita ,diatur posisi pasien yang nyaman buat pasien, selanjutnya dipasang dan dipantau hemodinamik pasien meliputi tekanan darah, nadi, RR, temperature tubuh, SAO2. Dipasang oksigen nasal 3 liter /menit, dipasang selimut penghangat , dipasang pengaman tempat tidur dan setelah itu dilakukan pengkajian pasien post operasi hemorroidektomi pasien II
2. Mengatur lingkungan dari kebisingan , mengatur suhu ruangan, memasang sampiran dan mengatur pencahayaan ruangan
3. Mengatur posisi pasien tidur terlentang dengan kepala diganjal satu bantal kedua tangan diletakkan diatas perut

4. Menganjurkan pasien melakukan napassecara perlahan dan dalam melalui hidung dan menarik nafas selama 3 detik rasakan perut mengembang saat menarik nafas
5. Tahan napas selama 3 detik
6. Kerutkan bibir dan keluarkan melalui mulut dan hembuskan nafas secara perlahan selama 6 detik rasakan perut bergerak ke bawah.
7. Diulangi prosedur 4 sampai 6 selama 15 menit
8. Selama prosedur berlangsung pemantauan hemodinamik selalu dilakukan

## E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilaksanakan dalam dua tahap yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilaksanakan setiap selesai melaksanakan satu tindakan keperawatan yang terdapat pada catatan keperawatan pasien (lampiran 2). Evaluasi hasil dilaksanakan mengacu pada rumusan tujuan yaitu kriteria waktu memberikan acuan kapan evaluasi hasil dilaksanakan dan kriteria hasil menjadi acuan apakah masalah keperawatan teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi hasil terhadap tindakan pemberian slow deep breathing exercise pada pasien dengan nyeri akut post operasi apendiktomi di Ruang Pulih IBS RSUP Sanglah Denpasar dilaksanakan dengan metode SOAP seperti pada tabel di bawah:

**Tabel 9**

**Evaluasi Hasil Pada Kasus Kelolaan I dan II: Pasien dengan Nyeri Akut Post Operasi Hemorroidektomi Di Ruang Pulih RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2021**

| Komponen SOAP | Kasus 1 | Kasus 2 |
|---|---|---|
| Subyektif | Pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman, nyeri dirasakan sudah berkurang, nyeri dirasakan pada luka operasi, nyeri dirasakan seperti tersayat, nyeri dirasakan hilang timbul. | Pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman, nyeri dirasakan sudah berkurang, nyeri dirasakan pada luka operasi, nyeri dirasakan seperti tersayat, nyeri dirasakan hilang timbul. |
| Obyektif | • Kesadaran: compos mentis<br>• TD: 125/80 mmHg<br>• Nadi: 88 x/menit<br>• RR: 18 x/menit<br>• S: 36,6$^{o}$C<br>• Bromage score 0<br>• Pasien tampak lebih tenang<br>• Skala nyeri 4 (0-10)<br>• Gelisah (-)<br>• Meringis (-)<br>• Sikap protektif terhadap lokasi luka operasi sdh tidak ada | • Kesadaran: compos mentis<br>• TD: 120/80 mmHg<br>• Nadi: 88 x/menit<br>• RR: 18 x/menit<br>• S: 36,6$^{o}$C<br>• Bromage score 0<br>• Pasien tampak lebih tenang<br>• Skala nyeri 3(0-10)<br>• Gelisah (-)<br>• Meringis (-)<br>• Sikap protektif terhadap lokasi luka operasi (-) |
| Assesment | Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fiisik teratasi sebagian | Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi sebagian |
| Planing | Pertahankan kondisi pasien dan lanjutkan rencana Tindakan. (dapat dipindahkan ke Ruang Angsoka I). | Pertahankan kondisi pasien, dan lanjutkan rencana keperawatan, (dapat dipindahkan ke Ruang sanjiwani). |