

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. PENGKAJIAN

I. Identitas Diri Klien

Pengkajian dilakukan tgl 6 April 2021 di ruang Angsoka 3 RSUP Sanglah Denpasar dengan hasil pengkajian sebagai berikut.

Nama : Ny. NM
Umur : 32 tahun
Sumber informasi : Autoanamnesis
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Nangka no.8 Denpasar
Status perkawinan : Menikah
Agama : Hindu
Pendidikan : SMA
MRS : 4 April 2021

II. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi.

III. Riwayat Kesehatan

Pasien datang ke UGD tgl 4 April 2021 pk1 22.30 dengan keluhan nyeri perut kanan bawah. Dilakukan operasi di OK IGD tgl 5 April 2021 pk1 08.00. Setelah 2 jam post operasi dipindahkan ke ruang rawat inap ruang Angsoka 3. Saat pengkajian pasien mengatakan terasa sakit pada luka post operasi apendisitis sejak kemarin, terasa terus menerus dengan intensitas skala nyeri 6

dari skala interval 0 sampai 10, jenis nyeri bersifat akut, pasien mengatakan tadi malam susah tidur, lemas, nyeri dirasakan bertambah pada saat pasien batuk dan bergerak, pasien tampak meringis. Dari hasil pemeriksaan didapatkan hasil TD : 120/80 mmHg; Nadi: 80 x/menit, Respirasi : 20x/menit.

IV. Riwayat Kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit terdahulu.

V. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi

VI. Riwayat Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita penyakit keturunan dan penyakit menular, atau penyakit seperti yang dialami pasien saat ini.

VII. Pola Fungsi Kesehatan Klien Saat Ini

1. Pemeliharaan dan Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan kalau kesehatan sangatlah penting, apabila sakit biasanya berobat ke puskesmas terdekat, jika tidak kunjung sembuh maka pasien akan berobat kerumah sakit.

2. Nutrisi dan Cairan

a. Sebelum sakit:

Pasien mengatakan BB : 56 kg, Tinggi badan 155 cm Pasien mengatakan makan 3 kali sehari dengan porsi 1 piring nasi, sayur dan daging , minum 1500 ml

b. Saat sakit:

BB pasien 56 kg, tinggi badan 155 cm

Hb : 11,5 g/dL keadaan umum: baik

Pasien makan sehari 3 kali dengan porsi 1/2 piring. Sehari pasien minum rata-rata 5-6 gelas minum rata-rata 720 cc, atau 5-6 gelas perhari.

3. Aktivitas dan latihan

Tidak mampu melakukan beberapa aktivitas aktivitas sendiri seperti mandi, toileting, dan makan.

4. Tidur dan istirahat

Pasien mengatakan tidak bisa tidur dengan nyenyak pasien sering terbangun karena batuk dan merasakan nyeri

5. Eliminasi

BAB sehari sekali, tidak diare atau mengalami konstipasi.

BAK sehari sekitar 500 cc. Urin berwarna kuning.

6. Pola Hubungan dan Komunikasi

Pasien mengatakan tidak ada masalah komunikasi dengan keluarga, pasien juga bisa berhubungan baik dengan perawat.

7. Manajemen Koping

Pasien mengatakan jika dirinya memerlukan bantuan dalam perawatannya dirumah sakit dan menyerahkan perawatan pada tenaga medis.

8. Kognitif dan persepsi

Anak klien mengetahui cara merawat apendisitis yang dialami klien. klien mengatakan masih bisa mendengar, melihat, berbicara, mencium bau-bauan dengan baik, pasien mengatakan mengalami nyeri.

9. Konsep Diri

Pasien mengatakan berjenis kelamin perempuan, tidak ada masalah interaksi social, tidak mengalami masalah peran, tidak mengalami masalah rendah diri, serta menerima bentuk tubuhnya secara utuh.

10. Seksual

Pasien mengatakan dirinya adalah seorang ibu, dan tidak memiliki masalah seksualitas.

11. Nilai dan Kepercayaan

a. Sebelum sakit

Pasien mengatakan beragama hindu, pasien selalu taat dalam persembahyangan di rumah maupun wilayah tempat tinggalnya.

b. Saat sakit

Pasien mengatakan tidak bisa melakukan persembahyangan secara rutin karena sakit yang dialaminya dan hanya berdoa di tempat tidur untuk kesembuhannya.

VIII. Pengkajian Fisik

1. Kondisi Umum : KU komposmentis, pasien lemas.
2. Kulit : turgor kulit baik, warna kulit sawo matang, tidak ada ikterik.
3. Kepala : mesocephale, rambut hitam
4. Mata: konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada gangguan penglihatan.
5. Telinga : tidak ada gangguan pendengaran.
6. Hidung : terlihat adanya pernapasan cuping hidung, tidak ada sekret, tidak ada gangguan penciuman.

7. Mulut dan Tenggorokan : mukosa bibir lembab, personal hygiene bersih
8. Leher : tidak ada pembesaran tiroid, tidak ada lesi, tidak ada pembesaran limfoid, nadi karotis teraba
9. Thoraks
 - a. Inspeksi : dada simetris kanan dan kiri, tidak terdapat luka atau jejas, warna kulit tidak ikterik, tidak terlihat adanya penggunaan otot pernapasan (interkosta).
 - b. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tektil fremitus kanan dan kiri sama.
 - c. Perkusi : Dullness (redup) di paru-paru kanan dan kiri, tidak adanya pembesaran jantung.
 - d. Auskultasi: Terdengar suara vesikuler pada paru-paru kanan dan kiri, bunyi jantung normal.
10. Abdomen
 - a. Inspeksi : Abdomen datar, warna kulit sawo matang, terdapat luka operasi apendiktomi sepanjang 7 cm, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan abdomen.
 - b. Palpasi : ada nyeri tekan di daerah abdomen kanan bawah kuadran 3, tidak ada massa, tidak ada hepatomegali.
 - c. Perkusi : Tidak ada asites, tidak ada suara abdomen pekak (timpani).
 - d. Auskultasi : Bising usus 8x/menit.
11. Ekstremitas : Tidak ada edema, kekuatan otot ekstremitas atas/bawah kanan kiri : 5,5/5,5 & 5,5/5,5, turgor kulit baik, tidak ada sianosis, akral dingin, capillary reffil : <2 detik.

12.Genitalia : Tidak terkaji

13.Anus dan rektum : Tidak terkaji

14.Neurologi : Kesadaran pasien komposmentis

a. Data Laboratorium

Tanggal : 4 April 2021

Jenis Pemeriksaan :

Pemeriksaan	Hasil	Satuan
Darah Lengkap		
WBC	15	mg/dL
HCT	38,5	%
PLT	246	Q
HB	11,5	10 ³ /uL

b. Hasil Pemeriksaan diagnostik lain

Tidak dilakukan pemeriksaan X-Ray.

c. Pengobatan

Terapi yang diprogramkan

No.	Nama Obat	Dosis	Kegunaan
1.	RI	500 cc	Balance
2.	Ranitidine	2x50mg	Pelapis lambung
3.	Ondansentron	2x4mg	Anti vomiting

4.	Ketorolac	2x30 mm	Analgetik
----	-----------	------------	-----------

IX. Analisa Data

Tabel 5

Analisa Data Pasien Ny.NM di Ruang Angsoka 3 RSUP Sanglah

No	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Data mayor</p> <p>DS :</p> <p>P: pasien mengeluh nyeri luka post operasi</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri pada luka post operasi</p> <p>S: Skala nyeri 6</p> <p>T: Nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>Merasa nyeri bertambah saat batuk dan bergerak</p> <p>DO: tampak meringis, nadi 93x/menit, gelisah</p> <p>Data minor</p> <p>DS:-</p> <p>DO: Tensi 120/80 mmHg, nafsu makan berubah</p>	<p>Trauma jaringan</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan</p> <p>pelepasan mediator</p> <p>kimia</p> <p>↓</p> <p>Berkaitan dengan</p> <p>nosireseptor</p> <p>↓</p> <p>Merangsang</p> <p>timbulnya nyeri</p>	<p>Nyeri akut</p>

B. Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi, Nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk, Skala nyeri 6, Nyeri bertambah ketika pasien batuk dan bergerak, pasien tampak meringis, pasien tampak memegang perutnya yang di operasi, Tensi: 120/80 mmHg; Nadi: 93 x/menit, respirasi 20x/menit, pasien gelisah dan nafsu makan berubah.

C. Intervensi

Tabel 6

Intervensi Keperawatan Pasien Ny.NM di Ruang Angsoka 3 RSUP Sanglah

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	1	2	3
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi, nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri bertambah ketika pasien batuk dan bergerak, pasien tampak meringis, pasien tampak memegang perutnya yang di operasi, TD: 120/80 mmhg; Nadi: 93 x/menit,	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pola napas klien efektif dengan kriteria hasil : 1.Keluhan nyeri menurun 2.Meringis menurun 3.Frekuensi nadi membaik 4.Perilaku membaik 5.Nafsu makan membaik	Manajemen Nyeri <i>Observasi :</i> - Identifikasi lokal, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Monitor efek samping penggunaan analgetik <i>Terapeutik :</i> - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

No.	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3	
	Respirasi 20x/menit, pasien gelisah dan nafsu makan berubah		(relaksasi benson) - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <i>Edukasi :</i> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nok farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi :</i> - Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu

D. Implementasi

Tabel 7
Implementasi Keperawatan Pasien Ny.NM di Ruang
Angsoka 3 RSUP Sanglah

			Implementasi	Respon Klien
1	Selasa 06-04-21 16.00 wita	1	Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi	DS : Pasien mengeluh nyeri Puspadi pada luka post operasi P: post operasi appenditomi Q:nyeri seperti ditusuk-tusuk R: pada luka post operasi di bagian kanan bawah abdomen kuadran 3 S: 6 T: : nyeri secara terus

			menerus Nyeri bertambah ketika batuk dan bergerak	
			DO : - Pasien tampak meringis	
17.00 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital	DS: pasien menyetujui di lakukan pemeriksaan tanda tanda vital DO: pasien tampak kooperatif TD: 120/80 mmHg; Nadi: 93 x/menit. respirasi 20x/menit	Puspadi
17.30 wita	1	Mengajarkan tehnik nonfarmakologi (Relaksasi benson) Dengan menggunakan kata yang disepakati yaitu "nyeri saya pasti berkurang"	DS: pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan nyeri abdomen berkurang menjadi skala 4 DO: pasien tampak sedikit tenang, pasien dan keluarga kooperatif	Puspadi
22.00 wita	1	Delegatif pemberian obat (keterolak 30 mg, ondancetron 4 mg, ranitidine 50 mg)	DS: pasien mengatakan perih di areal tangan DO: obat masuk perintravena dengan lancar dan tidak ada pembengkakan.	Puspadi
22.10 wita	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat	DS: pasien akan tidur karena sudah mengantuk DO: pasien tampak beristirahat	Puspadi
Rabu 07-04-21 06.00 wita	1	Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi, mengecek tanda tanda vital	DS: pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasinya sangat terasa dipagi hari seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 dan nyeri yang dirasakan hilang timbul. DO: pasien tampak meringis TD: 120/70mmHg S : 36°C N : 88x/menit RR: 20x/menit	Puspadi

09.30 wita	1	Mengajarkan tehnik nonfarmakologi (Relaksasi benson) Dengan menggunakan kata yang disepakati yaitu "nyeri saya pasti berkurang"	DS: pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan nyeri berkurang menjadi skala 4 DO: pasien tampak sedikit tenang, pasien dan keluarga kooperatif	Puspadi
10.00 wita	1	Delegatif pemberian obat (keterolak 30 mg, ondancentron 4 mg, ranitidine 50 mg)	DS: pasien mengatakan perih di areal tangan DO: obat masuk perintravena dengan lancer dan tidak ada pembengkakan.	Puspadi
14.30 wta	1	Menganjurkan klien untuk beristirahat dan tidur siang	DS: pasien mengatakan ia akan beristirahat DO: pasien tampak beristirahat	Puspadi
16.00 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital dan mengkaji skala nyeri pasien	DS: pasien mengatakan sudah mampu mengontrol nyeri dengan tehnik relaksasi napas dalam, nyeri yang dirasakan pada luka bekas operasinya, saat ini skala 3, nyeri dirasakan saat bergerak dan batuk DO: pasien tampak lebih tenang TD: 110/70mmHg S :36,2°C N : 83x/menit RR: 18x/menit	Puspadi
17.00 wita	1	Mengajarkan tehnik nonfarmakologi (Relaksasi benson) Dengan menggunakan kata yang disepakati	DS: pasien mengatakan merasa lebih nyaman dan nyeri abdomen berkurang menjadi skala 3 DO: pasien tampak	Puspadi

		yaitu "nyeri saya pasti berkurang"	tenang, pasien dan keluarga kooperatif	
22.00 wita	1	Delegatif pemberian obat (keterolak 30 mg, ondancentron 4 mg, ranitidine 50 mg)	DS: pasien mengatakan perih di areal tangan DO: obat masuk perintravena dengan lancar dan tidak ada pembengkakan.	Puspadi
22.10 wita	1	Menganjurkan pasien untuk istirahat	DS: pasien akan tidur karena sudah mengantuk DO: pasien tampak beristirahat	Puspadi
Kamis 08-04-21 06.00 wita	1	Mengobservasi tanda-tanda vital dan mengkaji skala nyeri pasien	DS: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada luka operasi sudah berkurang dengan skala 2, pasien mengatakan selalu menerapkan tehnik relaksasi benson saat nyeri. DO: pasien tampak tenang TD: 110/60mmHg S : 36,3°C N : 80x/menit RR: 20x/menit	Puspadi
09.00 wita	1	Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	DS: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan lebih rileks P: post operasi apenditomi Q:- R: abdomen S: 2 T: saat pasien bergerak dan batuk DO: pasien tampak baik	Puspadi

E. Evaluasi

Tabel 8
Evaluasi Keperawatan Pasien Ny.MN di Ruang Angsoka 3 RSUP Sanglah

	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
Kamis/ 08/04/2 1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi, nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk, skala nyeri 6, nyeri bertambah ketika pasien batuk dan bergerak, pasien tampak meringis, pasien tampak memegang perutnya yang di operasi, TD: 120/80 mmHg; Nadi: 93 x/menit, respirasi 20x/menit, gelisah dan nafsu makan berubah	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang O : Pasien tampak baik dan tenang ,nadi : 80x/menit, tensi: 110/60 mmHg, skala nyeri 2, respirasi 20 x/menit A : Nyeri ringan P : - anjurkan memonitor nyeri secara mandiri -lanjutkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi benson)