

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Bab ini akan memaparkan tentang gambaran kasus kelolaan utama, analisa data, diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan yang telah penulis lakukan

A. Pengkajian

Tabel 3
Pengkajian Keperawatan Kasus Kelolaan

Kasus I	Kasus II
1. Identitas pasien: a. Nama: Tn. U b. Umur: 28 Tahun c. No RM: 176xxxx d. Jenis Kelamin: Laki-laki e. Tanggal Pengkajian: 28 April 2021	1. Identitas pasien: a. Nama: Tn. A b. Umur: 21 Tahun c. No RM: 143xxxx d. Jenis Kelamin: Laki-laki e. Tanggal Pengkajian: 30 April 2021
2. Riwayat kesehatan pasien: Pasien dibawa ke UGD RSUP Sanglah Denpasar pada tanggal 27 April 2021 dengan keluhan nyeri perut kanan bawah 1 jam sebelum masuk rumah sakit, kemudian dibawa ke UGD RSUP Sanglah Denpasar. Terdapat riwayat demam 1 hari yang lalu. Pasien terdiagnosis mengalami appendisitis dan direncanakan operasi keesokan harinya tanggal 28 April 2021 pukul 09.00 WITA. Pasien selesai tindakan operasi pukul 10.00 WITA kemudian dipindahkan ke <i>Recovery Room</i> . Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, skala nyeri 6 (1-10), nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, dan dirasakan terus menerus. Pasien mengatakan tidak ada keluhan mual ataupun muntah. Pasien mengatakan di keluarga tidak ada yang mengalami penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, maupun lainnya.	2. Riwayat kesehatan pasien: Pasien dibawa ke UGD RSUP Sanglah Denpasar pada tanggal 30 April 2021 dengan keluhan nyeri perut kanan bawah 3 jam sebelum masuk rumah sakit, kemudian dibawa ke UGD RSUP Sanglah Denpasar. Pasien terdiagnosis mengalami appendisitis dan direncanakan operasi sore harinya pukul 18.00 WITA. Pasien selesai tindakan operasi pukul 20.00 WITA kemudian dipindahkan ke <i>Recovery Room</i> . Saat dilakukan pengkajian pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, dan dirasakan terus menerus. Pasien mengatakan tidak ada keluhan mual ataupun muntah. Pasien mengatakan di keluarga tidak ada yang mengalami penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus, maupun lainnya.
3. Diagnosa medis: Appendisitis Akut	3. Diagnosa medis: Appendisitis Akut
4. Tindakan: Apendiktomi	4. Tindakan: Apendiktomi
5. Vital Sign: a. TD: 130/90 mmHg b. Nadi: 86 x/menit c. RR: 22x/menit d. S:37,2°C e. B1 (Breath): Napas spontan f. B2 (Blood): Normal (tidak ada hipertensi, tidak ada hipotensi, dan	5. Vital Sign: a. TD: 120/80 mmHg b. Nadi: 88 x/menit c. RR: 22 x/menit d. S: 36,5 °C e. B1 (Breath): Napas Spontan f. B2 (Blood): Normal (tidak ada hipertensi, tidak ada hipotensi, dan perdarahan).

perdarahan).	g. B3 (Brain): Normal (tidak dalam pengaruh obat)
g. B3 (Brain): Normal (tidak dalam pengaruh obat)	h. B4 (Bladder): Terpasang dower chateter 16F
h. B4 (Bladder): Terpasang dower chateter 16F	i. B5 (Bowel): Normal
i. B5 (Bowel): Normal	j. B6 (Bone): Normal (dapat menggerakkan ekstremitas namun masih lemas)
j. B6 (Bone): Normal (dapat menggerakkan ekstremitas namun masih lemas)	k. Saturasi: 99%
k. Saturasi: 97%	

B. Masalah Keperawatan

Tabel 4
Masalah Keperawatan pada Kasus I

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
DS: <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, skala nyeri 6 (1-10), nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, dan dirasakan terus menerus DO: <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis kesakitan, Tekanan darah : 130/90 mmHg, Nadi : 86 x/menit, Suhu : 37,2 °C, Respirasi rate: 22x/menit, Saturasi Oksigen 97%. Terdapat balutan luka pada perut pasien. Bersikap protektif terhadap lokasi luka operasi 	Post Apendiktomi ↓ Pembedahan ↓ Fisik ↓ Terputusnya Jaringan ↓ Merangsang saraf diameter kecil ↓ Gate control terbuka ↓ Saraf aferen ↓ Cartek carebri ↓ Nyeri akut	Nyeri Akut

Tabel 5
Masalah Keperawatan pada Kasus II

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
DS: <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, dan dirasakan terus menerus DO: <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak meringis kesakitan, Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 88 x/menit, Suhu : 36,5 °C, Respirasi rate: 22x/menit, Saturasi Oksigen 99%. Terdapat balutan luka pada perut pasien. Bersikap protektif terhadap lokasi luka operasi 	Post Apendiktomi ↓ Pembedahan ↓ Fisik ↓ Terputusnya Jaringan ↓ Merangsang saraf diameter kecil ↓ Gate control terbuka ↓ Saraf aferen ↓ Cartek carebri ↓ 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)

C. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka dapat dirumuskan diagnose keperawatan untuk kasus I dan kasus II adalah:

1. Kasus I : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, skala nyeri 6 (1-10), nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, dan dirasakan terus menerus.
2. Kasus II : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, skala nyeri 5 (1-10), nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, dan dirasakan terus menerus.

D. Perencanaan Keperawatan

Tabel 6
Perencanaan Keperawatan pada Kasus I

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p>Nyeri Akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik. Gejala dan tanda mayor. Subjektif: Pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, dan dirasakan terus menerus</p> <p>Objektif: Pasien tampak meringis, gelisah, bersikap protektif terhadap lokasi luka operasi, Skala nyeri 6 (1-10) Nadi: 86x/menit</p> <p>Gejala tanda minor. Objektif TD: 130/90 mmHg,</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 60 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun, 2. Meringis menurun, 3. Frekuensi nadi menurun, 4. Gelisah menurun. 	<p>1. Manajemen nyeri (I.09290) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan Tindakan Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Terapeutik 1. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan <i>guided imagery</i></p> <p>Kolaborasi -</p> <p>2. Pemberian Analgesik Definisi : menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit. Tindakan Observasi 1. Identifikasi riwayat alergi obat Terapeutik 1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik yang optimal.</p> <p>Edukasi 1. Jelaskan efek samping obat Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgesik, Oxinorm 0,5mg/kg berat badan/jam</p> <p>3. Pemantauan Nyeri (I.08242)</p>

	<p>Definisi : mengumpulkan dan menganalisa data nyeri</p> <p>Tindakan:</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor durasi dan frekuensi nyeri <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. <p>Kolaborasi</p> <p>-</p>
--	--

Tabel 7
Perencanaan Keperawatan pada Kasus II

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p>Nyeri Akut (D. 0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik.</p> <p>Gejala dan tanda mayor.</p> <p>Subjektif: Pasien mengeluh nyeri pada bekas luka operasi, nyeri dirasa seperti tertusuk-tusuk, dan dirasakan terus menerus</p> <p>Objektif: Pasien tampak meringis, gelisah, bersikap protektif terhadap lokasi luka operasi, Skala nyeri 5 (1-10) Nadi: 88x/menit</p> <p>Gejala tanda minor.</p> <p>Objektif TD: 120/80 mmHg,</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 x 60 menit diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Keluhan nyeri menurun, 6. Meringis menurun, 7. Frekuensi nadi menurun, 8. Gelisah menurun. 	<p>1. Manajemen nyeri (I.09290)</p> <p>Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri 6. Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan <i>guided imagery</i> <p>Kolaborasi</p> <p>-</p> <p>2. Pemberian Analgesik</p> <p>Definisi : menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit.</p>

**Tindakan
Observasi**

1. Identifikasi riwayat alergi obat

Terapeutik

1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik yang optimal.

Edukasi

1. Jelaskan efek samping obat

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgesik, Oxinorm 0,5mg/kg berat badan/jam

3. Pemantauan Nyeri (I.08242)

Definisi : mengumpulkan dan menganalisa data nyeri

Tindakan:

Observasi

1. Monitor durasi dan frekuensi nyeri

Terapeutik

1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Kolaborasi

-

E. Implementasi Tindakan Keperawatan

Tabel 8
Implementasi Keperawatan pada Kasus I

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
28 April 2021 10.10 WITA	Memonitor vital sign	DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi . DO: <ul style="list-style-type: none">• Pasien tampak meringis dan gelisah• Pasien tampak bersikap protektif terhadap lokasi luka operasi.• Nadi: 86 x/menit• TD: 130/90 mmHg• RR: 22 x/ mnt• SaO2: 97%	
10.15 WITA	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi ,nyeri dirasakan seperti tersayat dan dirasakan secara terus menerus. DO: Pasien tampak meringis,	

		tampak memproteksi lokasi luka operasi, Skala nyeri 6 (1-10) dan gelisah, Nadi: 86 x/menit ,TD 130/90 MmHg.
10.20 WITA	Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri	DS: Pasien mengatakan paham DO:-
10.30 WITA	Mengontrol lingkungan yang nyaman dan tenang	DS: - DO: lingkungan ruangan tenang.
10.35 WITA	Menjelaskan strategi meredakan nyeri dan mengajarkan teknik nonfarmakologis berupa <i>guided imagery</i>	DS: pasien mengatakan setuju dan mau melakukan <i>guided imagery</i> DO: pasien melakukan teknik <i>guided imagery</i> selama 15 menit dengan tenang
10.50 WITA	Memonitor <i>vital sign</i>	DS: Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi, tetapi sudah lebih nyaman. Nyeri seperti disayat sayat ,nyeri bersifat hilang timbul DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih tenang • Masih memproteksi lokasi luka operasi • Skala nyeri 5(1-10). • Nadi: 84x/menit • TD: 130/80 mmHg • RR: 22 x/menit • SaO2: 97%
13.30 WITA	Mengidentifikasi riwayat alergi dan mengkolaborasikan jenis analgetik yang diberikan	DS: pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat ataupun makanan DO: Kolaborasi pemberian analgetic oxinorm 0,5 mg/BB/jam (diberikan di ruang perawatan)
14.30 WITA	Mengevaluasi kondisi pasien sebelum pindah ke ruang perawatan dan memonitor tanda gejala nyeri akut	DS: Pasien mengatakan masih nyeri tetapi sudah sangat lebih nyaman, nyeri seperti tersayat dirasakan hilang timbul. DO: <ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran: compos mentis • Pasien tampak tenang • Tidak tampak memproteksi lokasinluka operasi lagi. • TD: 110/70 mmHg • Nadi: 74 x/menit • RR: 20 x/menit • S: 36,5°C • <i>Bromage score</i> 0
15.00 WITA	Melakukan <i>handover</i> pasien dengan petugas ruangan.	DS: Pasien mengatakan nyaman DO: Kesadaran CM, keadaan umum baik, dokumen post operasi lengkap, <i>handover</i> telah terlaksana dengan baik dengan perawat

Tabel 9
Implementasi Keperawatan pada Kasus II

Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
30 April 2021 20.10 WITA	Memonitor vital sign	DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi . DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis dan gelisah • Pasien tampak bersikap protektif terhadap lokasi luka operasi. • Nadi: 88 x/menit • TD: 120/80 mmHg • RR: 22 x/ mnt • SaO2: 99% 	
20.15 WITA	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi ,nyeri dirasakan seperti tersayat dan dirasakan secara terus menerus. DO: Pasien tampak meringis, tampak memproteksi lokasi luka operasi, Skala nyeri 5 (1-10) dan gelisah, Nadi: 88 x/menit ,TD 120/80 MmHg.	
20.20 WITA	Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri	DS: Pasien mengatakan paham DO:-	
20.30 WITA	Mengontrol lingkungan yang nyaman dan tenang	DS: - DO: lingkungan ruangan tenang.	
20.35 WITA	Menjelaskan strategi meredakan nyeri dan mengajarkan teknik nonfarmakologis berupa <i>guided imagery</i>	DS: pasien mengatakan setuju dan mau melakukan <i>guided imagery</i> DO: pasien melakukan teknik <i>guided imagery</i> selama 15 menit dengan tenang	
20.50 WITA	Memonitor <i>vital sign</i>	DS: Pasien mengatakan masih nyeri pada luka operasi, tetapi sudah lebih nyaman. Nyeri seperti disayat sayat ,nyeri bersifat hilang timbul DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih tenang • Masih memproteksi lokasi luka operasi • Skala nyeri 4(1-10). • Nadi: 80x/menit • TD: 120/80 mmHg • RR: 22 x/menit • SaO2: 99% 	
21.30 WITA	Mengidentifikasi riwayat alergi dan mengkolaborasikan jenis analgetik yang diberikan	DS: pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat ataupun makanan DO: Kolaborasi pemberian analgetic oxinorm	

			0,5 mg/BB/jam (diberikan di ruang perawatan)
22.30 WITA	Mengevaluasi kondisi pasien sebelum pindah ke ruang perawatan dan memonitor tanda gejala nyeri akut	DS: Pasien mengatakan masih nyeri tetapi sudah sangat lebih nyaman, nyeri seperti tersayat dirasakan hilang timbul. DO:	<ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran: compos mentis • Pasien tampak tenang • Tidak tampak memproteksi lokasi luka operasi lagi. • TD: 120/70 mmHg • Nadi: 74 x/menit • RR: 20 x/menit • S: 36,5°C • Bromage score 0
23.00 WITA	Melakukan <i>handover</i> dengan petugas ruangan.	DS: Pasien mengatakan nyaman DO: Kesadaran CM, keadaan umum baik, dokumen post operasi lengkap, <i>handover</i> telah terlaksana dengan baik dengan perawat	

F. Evaluasi Keperawatan

Tabel 10
Evaluasi Keperawatan pada Kasus I

No	Tanggal/ Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	28 April 2021 14.30 WITA	<p>S: Pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman, nyeri dirasakan sudah berkurang, nyeri dirasakan pada luka operasi, nyeri dirasakan seperti tersayat, nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran: compos mentis - TD: 110/70 mmHg - Nadi: 76 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 37,0°C - Bromage score 0 - Pasien tampak lebih tenang - Skala nyeri 3(1-10) - Gelisah (-) - Sikap protektif terhadap lokasi luka operasi sudah tidak ada <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi</p> <p>P: Pertahankan kondisi pasien dan lanjutkan rencana tindakan</p>	

Tabel 11
Evaluasi Keperawatan pada Kasus II

No	Tanggal/ Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1.	30 April 2021 22.30 WITA	<p>S: Pasien mengatakan sudah merasa lebih nyaman, nyeri dirasakan sudah berkurang, nyeri dirasakan pada luka operasi, nyeri dirasakan seperti tersayat, nyeri dirasakan hilang timbul.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran: compos mentis - TD: 120/70 mmHg - Nadi: 74 x/menit - RR: 20 x/menit - S: 36,5^oC - Bromage score 0 - Pasien tampak lebih tenang - Skala nyeri 2(1-10) - Gelisah (-) - Sikap protektif terhadap lokasi luka operasi sudah tidak ada <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fiisik teratasi</p> <p>P: Pertahankan kondisi pasien dan lanjutkan rencana tindakan</p>	

Hasil evaluasi dari kedua pasien tersebut membuktikan bahwa intervensi *guided imagery* efektif diberikan untuk mengurangi rasa nyeri yang dialami pasien sehingga pasien menjadi lebih nyaman.