

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Praktik Keperawatan Mata Kuliah Peminatan dimulai pada tanggal 05-24 April 2021 di Instalasi Bedah Sentral RSD Mangusada Badung. Pengkajian keperawatan pada pasien kasus kelolaan I yaitu Tn. AS dilaksanakan pada tanggal 09 April 2021 pukul 08.00 WITA, sedangkan pengkajian keperawatan pada pasien kasus kelolaan II yaitu Tn. SB dilaksanakan pada tanggal 12 April 2021 pukul 08.00 WITA.

Tabel 2

Pengkajian Keperawatan Nyeri Akut pada Tn. AS dan Tn. SB yang Mengalami Pre Operasi Herniotomy di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSD Mangusada Badung

	Kasus I		Kasus II
	1		2
Identitas Pasien		Identitas Pasien	
Nama	Tn. AS	Nama	Tn. SB
Umur	47 Th	Umur	64 Th
Jenis Kelamin	Laki-laki	Jenis Kelamin	Laki-laki
Pekerjaan	Petani	Pekerjaan	Petani
Agama	Hindu	Agama	Hindu
Tanggal Masuk RS	08 April 2021	Tanggal Masuk RS	11 April 2021
Alasan Masuk	Bengkak pada scrotum kanan	Alasan Masuk	Sakit pada perut bawah dan bengkak pada skrotum kiri
Diagnosis Medis	HIL Inkarserata	Diagnosis Medis	HIL Inkarserata dd Ileus Obstruktif
Keluhan Utama	Nyeri pada perut bawah karena ada benjolan, Nyeri seperti ditusuk-tusuk menyebar ke perut dan skrotum, Skala nyeri 5 dari 1-10 skala nyeri yang di berikan,	Keluhan Utama	Nyeri pada perut bawah karena ada benjolan, Nyeri seperti berdenyut menyebar ke perut dan skrotum, Skala nyeri 6 dari 1-10 skala nyeri yang di berikan,

	Nyeri bertambah jika disentuh dan bergerak		Nyeri bertambah jika disentuh dan bergerak
Data Subyektif	Pasien Mengeluh Nyeri	Data Subyektif	Pasien Mengeluh Nyeri
Data Obyektif Keadaan Umum	-Pasien tampak meringis -Pasien gelisah -Pasien menghindari saat akan disentuh pada benjolan -Pasien sulit tidur	Data Obyektif Keadaan Umum	-Pasien tampak meringis -Pasien gelisah -Pasien menghindari saat akan disentuh pada benjolan -Pasien sulit tidur
Vital Sign	- TD 140/90 mmHg - Nadi 92 x/Menit - Respirasi 24 x/mnt - Suhu 36,8 °C	Vital Sign	- TD 150/90 mmHg - Nadi 88 x/Menit - Respirasi 24 x/mnt - Suhu 37 °C
Pemeriksaan Fisik			
B1 (Breath)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Batuk/pilek <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Terintubasi <input type="checkbox"/> Napas dibantu <input type="checkbox"/>	B1 (Breath)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Batuk/pilek <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Terintubasi <input type="checkbox"/> Napas dibantu <input type="checkbox"/>
B2 (Blood)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kelainan jantung bawaan <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdarahan	B2 (Blood)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Kelainan jantung bawaan <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdarahan
B3 (Brain)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GCS: E.....V.....M....	B3 (Brain)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> GCS: E.....V.....M....
B4 (Bladder)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gagal Ginjal <input type="checkbox"/> Kateter Urin <input type="checkbox"/>	B4 (Bladder)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Gagal Ginjal <input type="checkbox"/> Kateter Urin <input type="checkbox"/>
B5 (Bowel)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Terpasang NGT <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/>	B5 (Bowel)	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Terpasang NGT <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/>
B6 (Bone)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/>	B6 (Bone)	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fraktur <input type="checkbox"/>

Data Penunjang Laboratorium			
Darah Lengkap		Darah Lengkap	
Trombosit (PLT)	301 10 ³ /uL	Trombosit (PLT)	257 10 ³ /uL
Leukosit (WBC)	12,96 10 ³ /uL	Leukosit (WBC)	15,55 10 ³ /uL
Hemoglobin (HGB)	16.9 g/dL	Hemoglobin (HGB)	14.0 g/dL
Hematocrit (HCT)	38,1 %	Hematocrit (HCT)	38,0 %
Eritrosit (RBC)	4.44 10 ⁶ /uL	Eritrosit (RBC)	4.68 10 ⁶ /uL
BT	2 menit	BT	3 menit
CT	5 menit	CT	7 menit

Data Penunjang Radiologi			
Rontgen BOF	Menunggu dibaca Spesialis Radiologi	Rontgen BOF	Menunggu dibaca Spesialis Radiologi

Data Penunjang Lainnya		
Tidak ada	EKG	Normal Rythem

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada kasus kelolaan kedua pasien mengalami hernia yang sifatnya ireponibel. Pada kasus kelolaan pasien mengalami Hernia inkarserata dimana kantong yg berisi usus terjepit pada lapisan abdomen atau peritoneum dan terjebak di dalam skrotum, hal ini menyebabkan terganggunya sirkulasi pada usus sehingga menimbulkan peradangan, iskemia bahkan kematian jaringan. Nyeri yg hebat akan dirasakan pasien pada fase tersebut. Adapun analisis masalah keperawatan pada kedua kasus kelolaan dapat diuraikan pada table berikut :

Tabel 3
 Analisis Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. AS yang Mengalami
 Pre Operasi Herniotomy Di Ruang Instalasi Bedah Sentral
 RSD Mangusada Badung

Data	Analisis masalah	Masalah
Data Subjektif - Pasien mengeluh Nyeri	Tekana intra abdomen ↗ ↓	Nyeri Akut

Data Objektif - Pasien tampak meringis - Pasien gelisah - Pasien menghindari saat akan disentuh pada benjolan - Pasien sulit tidur - TD 140/90 mmHg - Nadi 92 x/Menit - Respirasi 24 x/mnt -	Kanal terbuka ↓ Hernia Inguinalis Lateral ↓ Irreponibel ↓ Perurunan vaskularisasi ↓ Radang ↓ Iskemia ↓ Nyeri Akut
---	---

Tabel 4
 Analisis Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. SB yang Mengalami Pre Operasi Herniotomy Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSD Mangusada Badung

Data	Analisis masalah	Masalah
Data Subjektif - Pasien mengeluh Nyeri Data Objektif - Pasien tampak meringis - Pasien gelisah - Pasien menghindari saat akan disentuh pada benjolan - Pasien sulit tidur - TD 150/90 mmHg - Nadi 88 x/Menit - Respirasi 24 x/mnt -	Tekana intra abdomen ↗ ↓ Kanal terbuka ↓ Hernia Inguinalis Lateral ↓ Irreponibel ↓ Perurunan vaskularisasi ↓ Radang ↓ Iskemia ↓ Nyeri Akut	Nyeri Akut

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas disimpulkan bahwa masalah keperawatan yang terjadi pada pasien kasus kelolaan I dan kasus kelolaan II yaitu nyeri akut. Diagnosis keperawatan berdasarkan analisis masalah pada kasus kelolaan I dan kasus kelolaan II dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Kasus I : Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot polos di buktikan dengan pasien mengeluh nyeri, Pasien tampak meringis, Pasien gelisah, Pasien menghindari saat akan disentuh pada benjolan, Pasien sulit tidur, TD 140/90 mmHg, Nadi 92 x/Menit, Respirasi 24 x/mnt
2. Kasus II : Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot polos di buktikan dengan pasien mengeluh nyeri, Pasien tampak meringis, Pasien gelisah, Pasien menghindari saat akan disentuh pada benjolan, Pasien sulit tidur, TD 150/90 mmHg, Nadi 88x/Menit, Respirasi 24 x/mnt

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan disusun berpedoman pada standar luaran keperawatan Indonesia dan intervensi berpedoman pada standar intervensi keperawatan Indonesia. Adapun intervensi keperawatan pada kasus I dan kasus II adalah sebagai berikut :

Tabel 5
Rencana Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. AS yang Mengalami
Pre Operasi Herniotomy Di Ruang Instalasi Bedah Sentral
RSD Mangusada Badung

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3
Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot polos di buktikan dengan pasien mengeluh nyeri, Pasien tampak meringis, Pasien gelisah, Pasien menghindari saat akan disentuh pada benjolan, Pasien sulit tidur, TD 140/90 mmHg, Nadi 92 x/Menit, Respirasi 24 x/mnt	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 X 30 menit diharapkan Nyeri Akut Berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tidak meringis 3. Sikap protektif menurun 4. Tidak gelisah 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola napas membaik	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas , intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri 5. Identifikasi

8. Tekanan darah membaik

- pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitas istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu
 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
-

Kolaborasi
Kolaborasi pemberian
analgetik, *jika perlu*

Tabel 6
Rencana Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. SB yang Mengalami
Pre Operasi Herniotomy Di Ruang Instalasi Bedah Sentral
RSD Mangusada Badung

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) 1	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) 2	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) 3
Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot polos di buktikan dengan pasien mengeluh nyeri, Pasien tampak meringis, Pasien gelisah, Pasien menghindari saat akan disentuh pada benjolan, Pasien sulit tidur, TD 150/90 mmHg, Nadi 88x/Menit, Respirasi 24 x/mnt	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 X 30 menit diharapkan Nyeri Akut Berkurang dengan kriteria hasil : Tingkat nyeri : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tidak meringis 3. Sikap protektif menurun 4. Tidak gelisah 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola napas membaik 8. Tekanan darah membaik	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas , intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yan sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music,

biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
3. Fasilitas istirahat dan tidur
4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri







Kolaborasi



Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

D. Implementasi Keperawatan




Implementasi dilakukan pada pasien kasus I dan kasus II sesuai dengan intervensi keperawatan dari diagnosa yang telah ditetapkan. Intervensi keperawatan disusun sesuai dengan pedoman SIKI dengan label manajemen nyeri. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 30 menit diharapkan nyeri berkurang sesuai dengan kriteria hasil pedoman SLKI.






Tabel 7
Implementasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. AS yang Mengalami
Pre Operasi Herniotomy Di Ruang Instalasi Bedah Sentral
RSD Mangusada Badung

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	2	3	4
09 April 2021 Pk 08.00 wita	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS - Pasien mengeluh nyeri, nyeri dirasakan di perut bawah, menusuk-nusuk, menyebar ke skrotum, memberat saat disentuh dan bergerak	
Pk 08.00 wita	Mengidentifikasi skala nyeri	DO - Skala nyeri 5 dari 1-10	
Pk 08.00 wita	- Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri - Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	DS - Pasien mengatakan nyeri karena hernianya tidak bisa kembali lagi - Pasien mengatakan kalau nyeri biasanya ke dokter	
Pk 08.05 wita	Memberikan teknik nonfarmakologis kompres hangat	DS - Pasien mengatakan merasa enak saat di kompres hangat	
Pk 08.10 wita	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan mengatur Suhu ruangan dan Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan memberi selimut dan bantal	DO - Pasien tampak tenang - Pasien tampak lebih nyaman	
Pk 08.20 wita	Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu Menjelaskan strategi meredakan nyeri Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat Mengajarkan teknik	DS - Pasien mengatakan mengerti tentang penyakitnya, pengobatan, perawatan dan cara mengurangi nyeri DO - Pasien kooperatif	

	nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri		
Pk 08.25 wita	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	DS - Pasien mengatakan nyerinya berkurang DO - Pasien tidak meringis - Pasien tidak gelisah - Pasien bisa tidur - Skala nyeri 2 dari 1-10	
Pk 08.30 wita	Mengukur vital sign	- TD 130/80 mmHg - Nadi 76x/ mnt - RR 20 x/mnt - Suhu 36 x/mnt	

Tabel 8
Implementasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. SB yang Mengalami Pre Operasi Herniotomy Di Ruang Instalasi Bedah Sentral RSD Mangusada Badung


Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	2	3	4
12 April 2021 Pk 08.00 wita	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	DS - Pasien mengeluh nyeri, nyeri dirasakan di perut bawah, berdenyut, menyebar ke skrotum, memberat saat disentuh dan bergerak	
Pk 08.00 wita	Mengidentifikasi skala nyeri	DO - Skala nyeri 6 dari 1-10	
Pk 08.00 wita	- Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri - Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	DS - Pasien mengatakan nyeri karena benjolan diperut tidak bisa kembali lagi - Pasien mengatakan kalau nyeri biasanya ke bidan atau ke puskesmas	

Pk 08.05 wita	Memberikan teknik nonfarmakologis kompres hangat	DS - Pasien mengatakan merasa enakan saat di kompres hangat	
Pk 08.10 wita	Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri dengan mengatur Suhu ruangan dan Memfasilitasi istirahat dan tidur dengan memberi selimut dan bantal	DO - Pasien tampak tenang - Pasien tampak lebih nyaman	
Pk 08.20 wita	Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu Menjelaskan strategi meredakan nyeri Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	DS - Pasien mengatakan mengerti tentang penyakitnya, pengobatan, perawatan dan cara mengurangi nyeri DO - Pasien kooperatif	
Pk 08.25 wita	Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	DS - Pasien mengatakan nyerinya berkurang DO - Pasien tidak meringis - Pasien tidak gelisah - Pasien bisa tidur - Skala nyeri 2 dari 1-10	
Pk 08.30 wita	Mengukur vital sign	- TD 110/70 mmHg - Nadi 80x/ mnt - RR 16 x/mnt - Suhu 37 x/mnt	


E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 30 menit pada pasien kasus I dan kasus II adalah sebagai berikut:

Tabel 9
Evaluasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. AS yang Mengalami
Pre Operasi Herniotomy Di Ruang Instalasi Bedah Sentral
RSD Mangusada Badung

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
09 April 2021 Pk 08,30 wita	Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot polos di buktikan dengan pasien mengeluh nyeri, Pasien tampak meringis, Pasien gelisah, Pasien menghindar saat akan disentuh pada benjolan, Pasien sulit tidur, TD 140/90 mmHg, Nadi 92 x/Menit, Respirasi 24 x/mnt	<p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 2 dari 1-10 <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak meringis - Pasien tidak gelisah - Pasien bisa tidur - TD 130/80 mmHg - Nadi 76x/ mnt - RR 20 x/mnt <p>Assesment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri pasien berkurang <p>Planning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan Intervensi 1. Berikan teknik relaksasi kompres hangat 	

Tabel 10
Evaluasi Keperawatan Nyeri Akut Pada Tn. SB yang Mengalami
Pre Operasi Herniotomy Di Ruang Instalasi Bedah Sentral
RSD Mangusada Badung

Tanggal/jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
09 April 2021 Pk 08,30 wita	Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi dan spasme otot polos di buktikan dengan pasien mengeluh nyeri, Pasien tampak meringis, Pasien gelisah, Pasien menghindar saat akan disentuh pada benjolan, Pasien sulit tidur, TD 150/90	<p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri berkurang skala nyeri 2 dari 1-10 <p>Obyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak meringis - Pasien tidak gelisah - Pasien bisa tidur - TD 110/70 mmHg - Nadi 80x/ mnt - RR 16 x/mnt <p>Assesment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nyeri pasien berkurang <p>Planning</p>	

mmHg, Nadi
88x/Menit, Respirasi
24 x/mnt

- Lanjutkan Intervensi
1. Berikan teknik relaksasi
kompres hangat
