

BAB III

LAPORAN KASUS

Pada bab ini penulis menjelaskan tentang studi kasus yang dilakukan pada Tn. J dengan gangguan sistem pencernaan : post op appendisitis, pengkajian yang dilakukan tanggal 21 Februari 2019 di Ruang Bedah Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Konawe dengan menggunakan pengkajian *auto anamnesa* dan *allo anamnesa*. Studi kasus ini dimulai dari tahap pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

A. Identitas Klien

Nama pasien Tn. J berumur 51 tahun, pasien berjenis kelamin Laki - Laki, beragama islam, suku Tolaki, tempat tinggal sekarang di Tirawuta , pendidikan S1 PGSD, pekerjaan sebagai Pegawai Negeri Sipil. Penulis mendapatkan informasi dari Tn. J sebagai pasien. Diagnosa medis Appendisitis.

B. Pengkajian

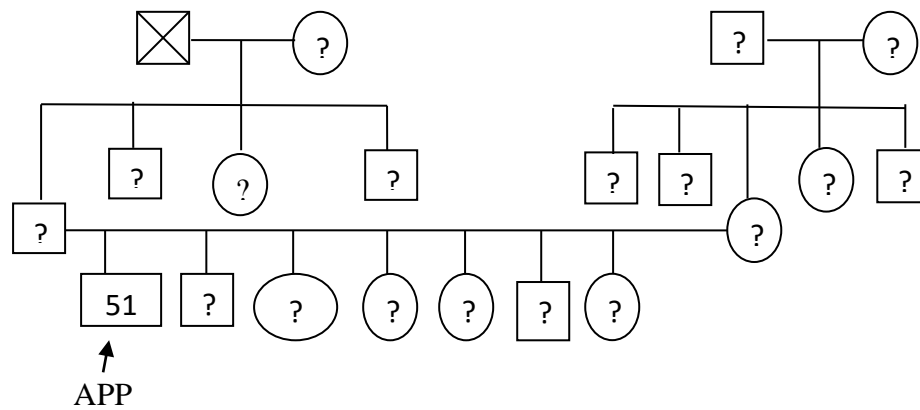
1. Riwayat Kesehatan Pasien

Dari pengkajian Tn. J ditemukan hasil yaitu keluhan utama klien mengatakan nyeri luka post operasi pada abdomen kanan bawah. Riwayat keluhan utama yaitu, Problem : insisi bedah, Quantiti : seperti ditusuk-tusuk, Regio : abdomen kanan bawah, Skala : 5 (sedang), Taem : setiap kali bergerak, dan upaya yang telah dilakukan untuk mengatasi nyeri adalah klien mengurangi pergerakan karena takut akan merasa nyeri lagi.

Tn. J mengatakan tidak pernah dioperasi dan dirawat di rumah sakit sebelumnya. Obat yang biasa dikonsumsi klien adalah asam mefenamat. Klien tidak ada riwayat alergi dan tidak memiliki kebiasaan merokok serta konsumsi alkohol.

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan, dengan riwayat genogram sebagai berikut :



Gambar 3.1 Genogram Tn. J

Keterangan :

- | | | | |
|---|---------------------------|---|-----------------------------|
| □ | : Laki-laki | — | : Hubungan pernikahan |
| ○ | : Perempuan | ↗ | : Klien dengan appendectomy |
| ⊗ | : Meninggal | ├ | : Garis keturunan |
| ? | : Tidak diketahui umurnya | | |

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan pada Tn. J tanggal 21 Februari 2019 penulis mendapatkan data yaitu keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, pengukuran tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36⁰C, pernapasan 20 kali permenit, nadi 80 kali permenit dengan irama teratur dan teraba cepat, berat badan 64 kg, tinggi badan 160 cm.

Pengkajian pernapasan (B1 : *Breathing*), hidung simetris kiri dan kanan, tidak ada sekret, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada suara napas tambahan (wheezing, ronchi, stridor, crackles), tidak ada nyeri.

Pengkajian kardiovaskuler (B2 : *Bleeding*), tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, suara jantung normal, tidak ada ascites. Pengkajian persarafan (B3 : *Brain*), *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15 (E : 4, V : 5, M : 6), kepala simetris kiri dan kanan, ekspresi wajah meringis, konjungtiva tidak anemis (merah muda), telinga simetris kiri dan kanan, fungsi pendengaran normal, fungsi penciuman normal, fungsi pengecap normal, fungsi penglihatan normal.

Pengkajian perkemihan-eliminasi uri (B4 : *Bladder*), frekuensi berkemih 3 kali dalam sehari, warna kuning, bau khas aromatik. Pengkajian eliminasi-alvi (B5 : *Bowel*), tidak terdapat peradangan pada mulut, nyeri pada abdomen kanan bawah, tampak terpasang verban pada daerah operasi, klien mengatakan BAB 2 kali/hari dengan konsistensi lunak, luka masih basah, pus+, berbau, luas luka bertambah akibat infeksi, nampak kemerahan, nyeri tekan.

Pengkajian tulang-otot-integumen (B6 : *Bone*), pergerakan sendi terbatas, klien nampak duduk dan berbaring di tempat tidur, klien mengatakan takut berjalan, kekuatan otot baik (nilai 5 untuk ekstremitas atas maupun bawah), ekstremitas bawah tidak terdapat nyeri otot dan nyeri sendi, ekstremitas atas tidak terdapat fraktur, paralise maupun gangguan lainnya, kondisi tulang normal, warna kulit agak pucat, akral hangat, turgor baik, kulit dalam kondisi bersih.

Pengkajian sistem endokrin, klien tidak menggunakan terapi hormon. Pengkajian sistem reproduksi, payudara simetris kiri dan kanan, tidak terdapat benjolan,

4. Pola Nutrisi

Pengkajian pola nutrisi didapatkan Tn. J mengatakan nafsu makannya kurang, frekuensi makan 2-3 kali sehari dengan porsi makan tidak dihabiskan (hanya 1/2 porsi dihabiskan). Pengkajian kebersihan, klien dibantu oleh keluarga dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri secara teratur. Istirahat dan tidur klien terganggu karena nyeri abdomen kanan bawah.

5. Psikososial

Interaksi sosial Tn. J baik pada keluarga maupun anggota masyarakat di lingkungannya dalam kondisi baik dan tidak pernah terjadi konflik diantara mereka. Saat ini klien bertanya-tanya tentang kondisi penyakitnya dan mengharapkan agar cepat sembuh.

6. Terapi

Terapi yang diberikan pada Tn. J tanggal 21 Februari 2019 adalah ranitidine 1 ampul/8 jam/IV, ketorolac 1 ampul/8 jam/IV. ceftriaxone 1 gram/12

7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium Darah :

TES	HASIL	RUJUKAN
HEMOGLOBIN	10,3	12-16 g/dL
LEUKOSIT	10,1	$(4-10) \times 10^3 / \text{mm}^3$
ERITROSIT	3,69	$(4-6) \times 10^3 / \text{mm}^3$
HEMATOKRIT	33,8	37-48%
MCV	89,3	80-100 Fl
MCH	22,9	26-34 pg
MCHC	31,2	32-36 g/dl
TROMBOSIT	363	$(150-400) \times 10^3 / \text{mm}^3$

(Sumber : Rekam Medik BLUD RS Konawe, 2019)

D. Daftar Rumusan Masalah

Nama Pasien : Tn. J

Nama Mahasiswa : Harum Kaya

No. RM : 00 02 19

Nim : P 00320018125

Ruang Rawat : Bedah BLUD RS KONAWE

No	Pengkajian	Etiologi	Masalah
1	<p>Ds : - Klien mengatakan nyeri pada abdomen kanan bawah</p> <p>- Klien mengatakan nyeri pada daerah bekas operasi</p> <p>- Skala nyeri 5 (sedang)</p> <p>Do : - Wajah tampak meringis</p> <p>- TTV : TD : 120/80 mmHg, nadi : 80 kali/menit, pernapasan : 20 kali/menit, suhu : 36°C</p>	<p>Pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Pengeluaran mediator kimia (bradikinin, histamine, prostaglandin)</p> <p>↓</p> <p>Stimulasi saraf</p> <p>↓</p> <p>Cortex cerebri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	Nyeri
2	<p>Ds -klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk</p>	<p>Bekas operasi</p> <p>↓</p> <p>Kegagalan dalam pemulihan luka</p>	Kerusakan integritas kulit

	-skala nyeri 5 Do–luka masih basah,pus ⁺ , berbau, lias luka bertambah akibat infeksi -Hb:10,3 gr/dl -leukosit:10,1	Peningkatan luas luka(infeksi) ↓ Kerusakan integritas kulit	
--	---	--	--

E. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan :

Ds : - Klien mengatakan nyeri pada abdomen kanan bawah

- Klien mengatakan nyeri pada daerah bekas operasi

- Skala nyeri 5 (sedang)

Do : - Wajah tampak meringis

- TTV :

TD : 120/80 mmHg

nadi : 80 kali/menit

pernapasan : 20 kali/menit

suhu : 36⁰C

2. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan luas luka :

Ds: -klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk

-skala nyeri 5

Do : -lika masih basah,pus⁺,berbau,luas luka bertambah akibat infeksi

-Hb:10,3 gr/dl

-leukosit:10,1

F. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN (Tanggal 21 Februari 2019)

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan		
		NOC	NIC	Rasional
1	<p>Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan:</p> <p>Ds : - Klien mengatakan nyeri pada abdomen kanan bawah</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, klien mencapai:</p> <p>NOC: Pain Level</p> <p>dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien nampak rileks 	<p>Manajemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tanda-tanda vital. 2. Kaji nyeri, catat lokasi dan tingkat nyeri. 3. Pertahankan istirahat dengan posisi yang nyaman. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui intervensi selanjutnya. 2. Berguna dalam pengawasan keefektifan obat dan kemajuan kesembuhan. 3. Gravitasi melokalisasi eksudat inflamasi dalam abdomen bawah atau pelvis, menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi

	<p>- Klien mengatakan nyeri pada daerah bekas operasi</p> <p>Do : - Wajah tampak meringis</p> <p>- Skala nyeri 5 (sedang)</p> <p>- TTV : TD : 120/80 mmHg, nadi : 80 kali/menit, pernapasan : 20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mampu tidur/istirahat dengan cepat • Skala nyeri 3-4 (ringan) • Tanda-tanda vital dalam batas normal 	<p>4. Ajarkan tehnik relaksasi dengan menarik napas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut secara perlahan.</p> <p>5. Kolaborasi pemberian obat injeksi ranitidine 1 ampul/8 jam/IV, injeksi ketorolac 1 ampul/8 jam/IV. sesuai indikasi .</p>	<p>terlentang.</p> <p>4. Untuk mengurangi nyeri.</p> <p>5. Menghilangkan nyeri mempermudah kerja sama dengan terapi lain.</p>
--	--	--	--	---

	kali/menit, suhu : 36°C			
2	<p>Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan luas luka ditandai dengan :</p> <p>Ds: -klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien mencapai :</p> <p>NOC: Tissue Integrity : Skin integrity</p> <p>dengan kriteria :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bebas tanda- 	<p>Wound Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Awasi tanda-tanda vital, perhatikan demam, menggigil dan perubahan mental. 2. Lakukan perawatan luka yang bersih dan steril. 3. Lihat insisi dan balutan, catat karakteristik drainase luka. 4. Kolaborasi dengan tim 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dugaan adanya infeksi/terjadinya sepsis. 2. Menurunkan resiko penyebaran infeksi. 3. Memberikan deteksi terjadinya infeksi dan pengawasan penyembuhan peritonitis. 4. Antibiotik dapat membunuh kuman penyebab infeksi.

	<p>- skala nyeri 5</p> <p>Do:</p> <p>- luka masih basah, pus⁺, berbau, luas luka bertambah akibat infeksi</p> <p>- Hb: 10,3 gr/dl</p> <p>- leukosit: 10,1</p>	<p>tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, function laesia)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka kering • Tidak terdapat pus pada luka 	<p>medis dalam pemberian obat. Injeksi ceftriaxone 1 gram/12 jam/IV.</p>	
--	--	--	--	--

G. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

HARI I

Implementasi				Evaluasi		
Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tanggal/Jam	SOAP	Paraf
Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	Jumat ,22 Februari 2019 09.00	6. Mengkaji tanda-tanda vital. Hasil : TD : 120/80 mmHg, nadi : 80 kali/menit, suhu : 36 ⁰ C, pernapasan : 20 kali/menit		Jumat,22 Februari 2019 12.00	S : - Klien mengatakan masih nyeri pada daerah luka operasi O : - Wajah tampak meringis - Skala nyeri 5 (sedang) - TTV : TD : 120/80 mmHg, nadi : 80 kali/menit, suhu : 36 ⁰ C, pernapasan : 20	
	09.15	7. Mengkaji nyeri, catat lokasi dan tingkat nyeri. Hasil : Skala nyeri 5 (sedang), lokasi abdomen				

		kanan bawah.			kali/menit	
	09.25	8. Mempertahankan istirahat dengan posisi yang nyaman. Hasil : Klien merasa nyaman dengan posisi terlentang.			A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	09.35	9. Mengajarkan tehnik relaksasi dengan menarik napas melalui hidung dan dikeluarkan melalui mulut secara perlahan. Hasil : Klien mengikuti				
	09.45	10. Berkolaborasi pemberian				

		analgetik sesuai indikasi Hasil : injeksi ranitidine 1 ampul/8 jam/IV, injeksi ketorolac 1 ampul/8 jam/IV.				
Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan peningkatan luas luka	Jumat ,22 Februari 2019 10.00 10.05	5. Mengawasi tanda-tanda vital, memperhatikan demam, menggigil dan perubahan mental. Hasil : TD : 120/80 mmHg, nadi : 80 kali/menit, suhu : 36 ⁰ C, pernapasan : 20 kali/menit 6. Melakukan perawatan luka		Jumat ,22 Februari 2019 12.10	S : - Klien mengatakan tidak demam dan tidak menggigil O : - Nampak luka post operasi tertutup verban - Keadaan luka belum kering A : Masalah belum teratasi	

		bersih dan steril.			P : Intervensi dilanjutkan	
	10.15	<p>Hasil : perawat melaksanakan perawatan luka dengan menggunakan cairan NACL,kapas steril dan alat-alat steril lainnya..</p> <p>7. Melihat insisi dan balutan, catat karakteristik drainase luka.</p> <p>Hasil : Kondisi luka baik, tidak terpasang drainase</p>				
	10.25	<p>8. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik.</p>				

		Hasil : Injeksi ceftriaxone 1 gram/12 jam/IV.				
--	--	---	--	--	--	--

HARI II

Implementasi				Evaluasi		
Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tanggal/Jam	SOAP	Paraf
Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	Sabtu,23 Februari 2019 09.00	1. Mengkaji tanda-tanda vital. Hasil : TD : 120/80 mmHg, nadi : 80 kali/menit, suhu : 36 ⁰ C, pernapasan : 20		Sabtu,23 Februari 2019 12.00	S : - Klien mengatakan mengatakan nyeri mulai berkurang/terkontrol O : - Klien tampak rileks - Skala nyeri 5 (sedang) - TTV : TD : 120/80	

	09.15	kali/menit			mmHg, nadi : 80	
		2. Mengkaji nyeri, catat lokasi dan tingkat nyeri. Hasil : Skala nyeri 5 (sedang), lokasi abdomen kanan bawah.			kali/menit, suhu : 36 ⁰ C, pernapasan : 20 kali/menit	
	09.25	3. Mempertahankan istirahat dengan posisi yang nyaman.			A : Masalah teratasi	
	09.35	Hasil : Klien miring kiri miring kanan.			P : Intervensi dipertahankan	
		4. Mengajarkan teknik relaksasi dengan menarik napas melalui				

	09.45	<p>hidung dan dikeluarkan melalui mulut secara perlahan.</p> <p>Hasil : Klien mengikuti</p> <p>5. Berkolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi</p> <p>Hasil : Injeksi ranitidine 1 ampul/8 jam/IV, injeksi ketorolac 1 ampul/8 jam/IV.</p>				
Kerusakan integritas kulit	Sabtu,23 Februari 2019	1. Melakukan perawatan luka aseptik.		Sabtu,23 Februari	S : - Klien mengatakan verbannya belum diganti	

	10.25	ceftriaxone 1 gram/12 jam/IV.				
--	-------	-------------------------------	--	--	--	--

HARI III

Implementasi				Evaluasi		
Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Paraf	Hari/Tanggal/Jam	SOAP	Paraf
Nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan	Minggu,24 Februari 2019 09.00	1. Mengkaji tanda-tanda vital. Hasil : TD : 120/90 mmHg, nadi : 90 kali/menit, suhu : 36,3 ⁰ C, pernapasan : 24		Minggu,24 Februari 2019 12.00	S : - : klien mengatakan nyeri daerah luka post op O : - keadaan umum lemah - klien tampak meringis - skala nyeri 3 (ringan),	

		<p>kali/menit</p> <p>2. Mengkaji skala nyeri.</p> <p>Hasil : Skala nyeri 3 (ringan).</p> <p>3. Mempertahankan istirahat dengan posisi yang nyaman.</p> <p>Hasil : Klien mampu miring kanan miring kiri.</p> <p>4. Mengajarkan tehnik relaksasi dengan menarik napas melalui hidung dan dikeluarkan</p>			<p>- TTV : TD : 120/80 mmHg, nadi : 80 kali/menit, suhu : 36,⁰C, pernapasan : 20kali/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
	09.15					
	09.25					

	09.30	melalui mulut secara perlahan. Hasil : Klien mengikuti				
	10.45	5. Berkolaborasi pemberian analgetik sesuai indikasi Hasil : Injeksi ranitidine 1 ampul/8 jam/IV, injeksi ketorolac 1 ampul/8 jam/IV.				

Kerusakan integritas kulit berhubungan peningkatan luas luka	Minggu,24 Februari 2019 10.05 10.10	1. Melakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka aseptik. Hasil : perawat melaksanakan perawatan luka aseptik. 2. Melihat insisi dan balutan, catat karakteristik drainase luka. Hasil : Balutan luka baik, tidak ada tanda-		Minggu,24 Februari 2019 12.10	S : klien mengatakan nyeri daerah luka post op O : - keadaan umum lemah - luka masih basah - proses penyembuhan luka kurang baik. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

	10.25	<p>tanda infeksi</p> <p>3. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik.</p> <p>Hasil : Injeksi ceftriaxone 1 gram/12 jam/IV.</p>				
--	-------	--	--	--	--	--