

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data dari pasien post apendisitis di Ruang Bedah Rumah Sakit Bhakti Rahayu Surabaya. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 01 Juli 2013 sampai dengan pasien pulang tanggal 03 Juli 2013.

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan**

##### **3.1.1 Pengumpulan Data**

Tanggal Pengkajian: 01 Juli 2013, pukul 16.00 WIB.

##### 1. Identitas

Nama Ny. T, usia 50 tahun, jenis kelamin perempuan, suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SD, alamat Probolinggo, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga, tanggal MRS 28-07-2013 pukul 06.45, operasi tanggal 01 Juli 2013 nomer rekam medik 100833.

##### 2. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri di bekas operasi

##### 3. Riwayat Kesehatan/Penyakit Sekarang :

Pasien mengatakan kurang lebih 1 minggu mengalami nyeri pada perut kanan bawah mual, muntah, demam. Sebelumnya pasien periksa ke dokter di dekat rumahnya tapi keluhan masih dirasakan. Kemudian keluarga membawanya ke rumah sakit Bhakti Rahayu Surabaya dan dirawat di ruang bedah, pasien di operasi pada tanggal 01 Juli 2013 pukul 10.00 WIB

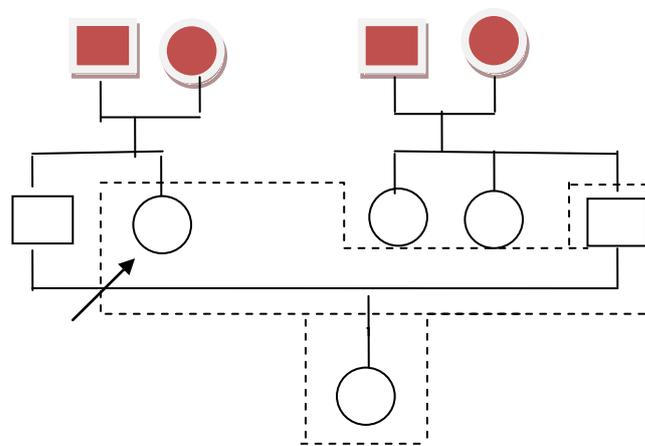
4. Riwayat Kesehatan/Penyakit Dahulu :

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah sakit sampai di opname di rumah sakit.

5. Riwayat Kesehatan/Penyakit Keluarga :

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit keturunan, DM, HT, dan penyakit menular, TBC, hepatitis.

Genogram :



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Laki-laki meninggal
- : Perempuan meninggal
- ↗ : Pasien
- ⋯ : Keluarga tinggal Serumah

## 6. Pola Fungsi Kesehatan

### 1). Pola Penatalaksanaan Kesehatan / Persepsi Sehat

Pasien mengatakan sehat itu adalah apabila kondisi pasien mampu melakukan kegiatan sehari-hari, dan keadaan sakit apabila pasien sudah tidak bisa bangun. Bila merasa sakit pasien selalu berobat ke rumah sakit atau ke dokter.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### 1) Pola Nutrisi dan Metabolik

SMRS : pasien mengatakan makan 3 kali sehari dan minum kurang lebih 5-6 gelas air putih.

MRS : pasien mengatakan sebelum di lakukan operasi membatasi dietnya dengan tidak makan pedes, dengan menu makanan : 1/2 piring nasi tiap kali makan, 3 sendok sayur, 2 potong lauk nabati, porsi makan yang di sediakan habis. dan minum air putih  $\pm$  5 gelas per hari, saat di kaji pada tanggal 01 Juli 2013 pasien masih dalam keadaan puasa habis dilakukan tindakan operasi.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah keperawatan

### 2) Pola Eliminasi

#### a. Eliminasi Alvi

SMRS : pasien mengatakan BAB 1 hari sekali warna coklat, lembek, bau khas, tidak ada konstipasi dan tidak ada diare.

MRS : pasien mengatakan BAB 1 sekali sehari warna coklat, lembek, bau khas, tidak ada konstipasi dan tidak ada diare.

b. Eliminasi Uri

SMRS pasien mengatakan BAK 3-4 kali sehari di rumah sakit, urin kurang lebih 1500 cc/ hari. warna coklat, lembek, bau khas, tidak ada konstipasi dan tidak ada diare.

MRS pasien mengatakan BAK 3-4 kali sehari di rumah sakit urin kurang lebih 1500 cc/ hari. warna coklat, lembek, bau khas, tidak ada konstipasi dan tidak ada diare Masalah Keperawatan : tidak ada masalah keperawatan.

3) Pola Istirahat dan Tidur

SMRS: Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 5-6 jam.

MRS: pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 5-6 jam. pasien kadang sering terbangun karena kondisi ruangan yang rame.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

4) Pola Aktifitas dan Latihan

SMRS: pasien mengatakan dirumah sebagai ibu rumah tangga.

MRS : pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya, dalam pemenuhan kebutuhan mandiri pasien di bantu oleh keluarga dan perawat.

Masalah Keperawatan : gangguan pola aktifitas dan latihan

5) Pola Sensori dan Kognitif

SMRS: Pasien mengatakan kelima panca indra : pendengaran, penglihatan,perabaan,penciuman, dan pengecapan tidak mengalami gangguan serta pasien tidak mengalami gangguan orientasi terhadap orang, tempat, dan waktu.

MRS: pasien mengatakan tidak mengalami gangguan orientasi terhadap orang, tempat dan waktu, setelah post operasi pasien mengatakan nyeri, dan pasien kurang mengerti tentang prosedur operasi dan sering bertanya tentang setelah post operasi.

Masalah Keperawatan : Gangguan sensori (nyeri).

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

a. Pola Persepsi

Pasien mengatakan bahwa sakitnya karena adanya sumbatan pada usus buntu.

b. Gambaran Diri

Pasien dapat menerima keadaannya saat ini.

c. Harga Diri

Pasien mengatakan tidak malu dengan sakit yang di derita saat ini, pasien tetap di hargai dan di sayang oleh keluarganya.

d. Ideal Diri

Pasien ingin cepat sembuh dari sakitnya.

e. Peran Diri

Pasien merasa masih belum dapat menjalankan perannya sebagai seorang Ibu yang bertugas mengurus keluarga karena masih perawatan di rumah sakit.

f. Identitas diri

Pasien sudah dapat menerima keadaannya, tidak merasa malu dengan keadaannya, keluarga juga selalu memperhatikan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

### 7) Pola Reproduksi Seksual

Pasien mengatakan sudah menikah dan mempunyai anak 1.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

### 8) Pola Hubungan Peran

#### a. Persepsi Pasien Tentang Pola Hubungan :

Pasien mengatakan dalam berkomunikasi sehari-hari tidak mengalami hambatan sehingga pasien memiliki hubungan yang baik kepada sesama keluarga dan kepada tetangga pasien. Dalam komunikasi pasien menggunakan bahasa madura. Pasien tinggal di rumah bersama suami, dan anak perempuan.

#### b. Persepsi Pasien Tentang Peran dan Tanggungjawab :

Pasien adalah seorang ibu dan istri pasien ingin cepat sembuh agar bisa melakukan semua kegiatan secara mandiri seperti dulu dan tidak merepotkan anggota keluarga yang lain.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

### 9) Mekanisme Koping

#### a. Kemampuan Mengendalikan Stress

Pasien mengatakan Sakitnya ini sudah diperiksakan ke dokter dan pelayanan kesehatan terdekat, akan tetapi karena semangat yang besar pasien akan terus berobat untuk kesembuhannya. Bila ada masalah pasien bercerita kepada suami.

#### b. Sumber Pendukung

Suami, Anak dan keluarga lain.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.

10) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam. Klien percaya bahwa proses persalinannya akan dilancarkan oleh Allah SWT. Selama klien di rumah sakit tetap menjalankan ibadahnya dengan cara berdo'a.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah.

### 3.1.2 Pemeriksaan Fisik

#### 1. Status Kesehatan Umum

Kesadaran : Pasien sadar penuh dengan G C S : 4 5 6 (Compos Mentis),

TTV : Suhu : 36,5°C, TD: 110/70 mmHg, RR: 20x/menit, Nadi :100x/menit.

#### 1). Kepala dan Leher

##### a. Kepala

Kepala tampak bersih, rambut rapi, warna rambut putih kehitaman, distribusi rambut banyak, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan.

##### b. Muka

Wajah tampak bersih, tidak terdapat kelainan kulit, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan. Ekpresi wajah menyeringai.

##### c. Mata

Mata normal dan simetris, tidak ada ikterik, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, tidak memakai alat bantu penglihatan, reaksi pupil normal.

d. Telinga

Telinga pasien tampak bersih, daun telinga simetris, fungsi pendengaran baik, tidak ada cairan abnormal, tidak ada nyeri tekan.

e. Hidung

Hidung simetris, distribusi rambut hidung sedikit, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip dan tidak ada nyeri tekan.

f. Mulut dan Faring

Mulut bersih, mukosa lembab, gigi tidak utuh, bersih dan tidak ada gangguan menelan.

g. Leher

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada bendungan vena jugularis.

2). Thorak

a. Inspeksi

Dada tampak simetris, tidak ada lesi, frekuensi nafas normal, tidak ada kesulitan bernafas, tidak menggunakan otot bantu nafas

b. Palpasi

Tidak ada benjolan abnormal, tidak ada nyeri tekan

c. Perkusi

Terdapat suara sonor pada lapang paru, terdapat suara redup pada suara redup pada jantung, tidak ada suara abnormal pada lapang dada.

d. Auskultasi

Suara jantung S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara tambahan. Tidak ada ronchi dan wheezing.

### 3). Abdomen

#### a. Inspeksi

Tidak ada benjolan, bentuk datar, ada luka post operasi apendisitis di abdomen kudran kanan bawah, posisi jahitan horisontal, panjang luka 8cm, keadaan luka baik, tidak ada push, tidak ada radang atau kemerahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada perdarahan, dan luka bersih.

#### b. Palpasi

Ada nyeri tekan bekas operasi, skala nyeri 6, Tidak ada pembesaran limfe, Tidak ada massa.

#### c. Perkusi

Suara tymphani pada lambung, dan redup pada hepar.

#### d. Auskultasi

Bising Usus normal 12 x/menit

### 4). Inguinal, genital dan Anus

Tidak ada benjolan pada inguinal, genitalia bersih dan tidak ada benjolan. tidak ada perdarahan, benjolan dan nyeri pada daerah anus.

### 5). Integumen

Suhu atau akral hangat, kulit berwarna sawo matang,, tidak ada sianosis, turgor kulit baik sesuai umur, CRT < 2 detik.

### 6). Muskuloskeletal neurologis

Ekstremitas atas kanan dan kiri tidak mengalami gangguan, hanya tangan kiri terpasang infus, ekstremitas bawah kanan dan kiri tidak ada gangguan.

## 7). Neurologis

penglihatan normal, tidak ada gangguan rasa pengecapan dan penciuman,reflek patologis normal.

**1.1.3 Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan Laboratorium (tanggal 28 juni 2013)

<u>Pemeriksaan</u>	<u>Hasil</u>	<u>Nilai Normal</u>
1. Gula Darah Puasa	109 mg/dL	(<100 mg/dL)
2. Glukosa Darah 2 jpp	131 mg/dL	(<140 mg/dL)
3. Albumin	3,6 mg/dL	(3,4-5,0 g/dL)
4. BUN	11 mg/dL	(10-20 mg/dL)
5. Creatinin Serum	0,5 mg/dL	(<1,5 mg/dL)
6. SGOT	23 U/L	(38 U/L)
7. SGPT	14 U/L	(41 U/L)
8. Kalium	3,5 mmol/L	(3,8-5,5 mmol/L)
9. Natrium	137 mmol/L	(136-144 mmol/L)
10. Chlorida	102 mmol/L	(97-103 mg/dL)
11. Kolesterol Total	134 mmol/dL	(0-200 mg/dL)
12. Trigliserida	81 mmol/dL	(30-150 mg/dL)
13. HDL – Kolesterol	41 mmol/dL	(40-60 mg/dL)
14. LDL – Kolesterol	83 mmol/dL	(0-99 g/dL)

15. Pemeriksaan USG (tanggal,28-05-2013)

- a) Hepar : ukuran normal, intensitas echoparenchym sedikit meningkat. Vp/vp baik, sudut tajam intra/ ekstra hepatal bileduct baik, tak tampak kista/abses/nodul abnormal.
- b) Call bladder :ukuran normal. Dinding baik, tampak batu multiple dengan ukuran rata 2:6 mm.
- c) Ginjal KA/KI : Ukuran normal intensitas echocsrtox baik, sinus baik, pelviocalycsal system tidak dilatasi, tidak tampak batu.
- d) Buli : tidak terisi cukup urine.
- e) Uterus : atropi.
- f) Mc burney : tampak dinding apendix prominent.

16. Terapi dan Diet (Tanggal, 01 Juli 2013)

Ciprofloxacin	2 X 500mg
Ketoprofen	3X100mg
Cefixime	3X100mg
Infus RL	1000CC/24 Jam

**3.1.4 Diit :**

Diit bebas TKTP

**3.1.6 Analisa Data**

Tanggal 01 Juli 2013

Kelompok Data Pertama

1. Data subyektif

Pasien mengatakan merasa nyeri di perut sebelah kanan bekas operasi, sering dirasakan seperti tertusuk-tusuk, dirasakan pada

malam hari, dan sering timbul setiap 2 jam sekali berlangsung sekitar 5 -10 menit, lukanya terasa sakit bila digunakan untuk bergerak.

## 2. Data Obyektif

Wajah tampak menyeringai, ada luka bekas operasi observasi vital

sign : TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR

20x/menit

## 3. Masalah

Gangguan rasa nyaman( nyeri)

## 4. Kemungkinan Penyebab

Terputusnya kontinuitas jaringan

## Kelompok Data Kedua

Tanggal 01 Juli 2013

## 1. Data Subyektif

Pasien mengatakan nyeri di bekas operasinya.

## 2. Data Obyektif

Ada luka post operasi hari pertama, luka tertutup. Observasi vital

sign : TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR

20x/menit.

## 3. Masalah

Resiko terjadinya infeksi.

## 4. Kemungkinan Penyebab

Luka post operasi.

### Kelompok Data Ketiga

Tanggal 01 Juli 2013

1. Data Subyektif

Pasien mengatakan takut terjadi infeksi pada dirinya karena terdapat luka jahitan.

2. Data Obyektif

Wajah pasien tampak cemas, observasi vital sign : TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit.

3. Masalah

Cemas.

4. Kemungkinan Penyebab

kurang pengetahuan tentang post operasi.

### Kelompok Data Keempat

Tanggal 01 Juli 2013

1. Data Subyektif

Pasien mengatakan lukanya terasa sakit saat di buat gerak.

2. Data Obyektif

Pasien hanya terbaring di tempat tidur, observasi vital sign : TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit.

3. Masalah

Intolorensi aktifitas.

4. Kemungkinan Penyebab

Adanya luka post operasi.

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan luka post operasi.
3. Cemas berhubungan dengan takut terjadi infeksi.
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan adanya luka post operasi.

### 3.3 Perencanaan Keperawatan

#### 3.3.1 Diagnosa Keperawatan Pertama

Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan Pasien mengatakan merasa nyeri di perut sebelah kanan bekas operasi, wajah tampak menyeringai, Ada luka bekas operasi, Observasi vital sign : TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan nyeri hilang

Kriteria Hasil : Vital sign dalam batas normal (TD 120/80 mmHg, Nadi >60 x/menit, Suhu 36,5-37,5°C, RR 16-20 x/menit), pasien dapat menyatakan nyeri hilang atau berkurang, pasien tampak rileks, pasien bisa menyatakan pemahamannya tentang nyeri dan metode- metode untuk menghilangkan nyeri.

Rencana Tindakan

- a) Kaji secara komprehensif tingkat, skala, Durasi, frekuensi nyeri

Rasional

Membantu dalam evaluasi kebutuhan dan keefektifan intervensi perubahan dapat mengidentifikasi terjadinya komplikasi.

b) Jelaskan pada pasien tentang penyebab nyeri

Rasional

Penjelasan yang adekuat akan membuat pasien kooperatif sehingga mampu beradaptasi dengan keadaanya.

c) Obsevasi TTV

Rasional

Untuk mengetahui keadaan umum pasien.

d) Atur posisi yang nyaman untuk pasien

Rasional

Perubahan posisi memungkinkan untuk menurunkan derajat nyeri pasien.

e) Ajarkan cara mengurangi nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi

Rasional

Teknik distraksi dan relaksasi dapat mengurangi rasa nyeri pasien.

f) Kolaborasi dalam pemberian obat analgesik

Rasional

Analgesik adalah obat golongan untuk menurunkan rasa nyeri.

### 3.3.2 Diagnosa keperawatan kedua

Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan luka post operasi di tandai dengan ada luka bekas operasi di abdomen kuadran kanan bawah, luka tertutup kasa, observasi vital sign : TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan di harapkan tanda infeksi tidak ada.

Kriteria Hasil: Vital sign dalam batas normal (TD 120/80 mmHg, Nadi >60 x/menit, Suhu 36,5-37,5°C, RR 16-20 x/menit), tidak ada tanda-tanda terjadi infeksi, luka post operasi membaik.

#### Rencana Tindakan

- a) Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan

Rasional.

Mencuci tangan adalah salah satu cara terbaik untuk mencegah penularan patogen.

- b) Rawat luka secara aseptik

Rasional

Mencegah terjadinya infeksi.

- c) Pantau tanda-tanda infeksi pada luka post operasi dan TTV

Rasional

Mengetahui infeksi atau tidak dan mengetahui K/U pasien.

- d) Beri Head Education pada pasien dan keluarga mengenai tanda –tanda infeksi

Rasional

Agar pasien dan keluarga mengetahui tanda-tanda infeksi.

- e) Anjurkan pada pasien untuk tidak menggosok lukanya dengan tangan

Rasional

Mencegah terjadinya infeksi.

- f) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi

Rasional

Untuk mempercepat penyembuhan.

### 1.3.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga

Cemas berhubungan dengan takut terjadi infeksi yang ditandai dengan pasien mengungkapkan masalahnya, ekspresi wajah cemas.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan secara verbal pasien mengetahui tentang penyakitnya

Kriteria Hasil: Vital sign dalam batas normal (TD 120/80 mmHg, Nadi >60 x/menit, Suhu 36,5-37,5°C, RR 16-20 x/menit), pasien memahami prosedur dan tindakan yang dilakukan, berpartisipasi dalam pengobatan.

#### Rencana Tindakan

a) Jelaskan secara sederhana tentang proses penyembuhan penyakitnya.

##### Rasional

Dengan penjelasan, pasien akan memahami tentang penyembuhan penyakitnya, sehingga dapat menerima dan beradaptasi dengan baik.

b) Diskusikan hal yang berhubungan dengan proses penyembuhan.

##### Rasional

Memberikan pengertian tentang proses penyembuhan dan kembalinya fungsi

c) Aktivitas sejak dini sesuai dengan perkembangan yang diperbolehkan dan seimbang dengan waktu istirahat.

##### Rasional

Mencegah komplikasi, pencernaan.melancarkan sirkulasi darah dan menormalkan fungsi organ untuk mempercepat penyembuhan.

d) Jelaskan tindakan keperawatan yang akan diberikan.

Rasional

Dengan penjelasan yang benar akan menambah keyakinan pasien.

### 3.3.4 Diagnosa Keperawatan Keempat

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan adanya luka post operasi yang ditandai dengan pasien tampak menyeringai kesakitan pada saat merubah posisi.

Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dapat melakukan aktivitas sesuai dengan yang dianjurkan.

Kriteria Hasil :Pasien mampu mobilisasi dini,Wajah tidak menyeringai.

Rencana tindakan

a) Jelaskan tujuan mobilisasi dini dan pengaruhnya terhadap penyembuhan.

Rasional

Pasien lebih kooperatif terhadap perawatan.

b) Ajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi dan aktivitas sesuai anjuran.

Rasional

Melakukan aktivitas yang sesuai dapat mempercepat penyembuhan.

c) Bantu pasien untuk melakukan mobilisasi 2 jam sekali sesuai program.

Rasional

Menambah keyakinan pasien sehingga aktif melakukannya secara mandiri.

d) Observasi tanda-tanda vital selama program selanjutnya.melakukan aktivitas.

Rasional

Menambah keyakinan pasien sehingga aktif melakukannya secara mandiri.

e) Pantau sejauh mana pasien bisa melakukan aktivitas.

Rasional

Deteksi dini terhadap kelainan yang mungkin terjadi Sebagai deteksi untuk program selanjutnya

### **3.4 Pelaksanaan**

#### 3.4.1 Diagnosa Keperawatan

Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan Pasien mengatakan merasa nyeri di perut sebelah kanan bekas operasi, wajah tampak menyeringai, Ada luka bekas operasi, Observasi vital sign : TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit.

Tanggal 01 Juli 2013

1) 16.00 WIB Mengkaji secara komprehensif tingkat, skala, Durasi, frekuensi nyeri.

Respon : Nyeri timbul 5-10 menit setiap 2 jam sekali. Nyeri seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 6

2) 16.10 WIB, Menjelaskan pada pasien tentang penyebab nyeri

Respon: Pasien mendengarkan dan mengerti apa yang di jelaskan

3) 16.20 WIB, Observasi TTV dan skala nyeri tiap 2 jam

Respon: TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit, nyeri seperti tertusuk-tusuk skala 6

Tanggal 01 Juli 2013

4) 15.00 WIB, Atur posisi yang nyaman untuk pasien.

Respon : Memberikan posisi terlentang memberi kenyamanan pasien

- 5) 15.10 WIB, Mengajarkan cara mengurangi nyeri dengan teknik distraksi dan relaksasi.

Respon: Pasien mencoba mengalihkan dengan menonton TV

- 6) 15.15 WIB, Mengganti cairan infus RL 500 cc dan memasukkan obat analgesik

Respon : Jumlah tetesan 20 tetes per menit, dan obat untuk mengurangi nyeri

Tanggal 02 Juli 2013

- 1) 17.00 WIB, Mengkaji secara komprehensif tingkat, skala, Durasi, frekuensi nyeri.

Respon: Nyeri timbul 5-10 menit setiap 4 jam sekali. Nyeri seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 5

- 2) 17.10 WIB, Observasi TTV dan skala nyeri tiap 2 jam

Respon: TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit, nyeri seperti tertusuk-tusuk skala nyeri 5

- 3) 17.15 WIB, Memberikan diet TKTP

Respon: Pasien langsung memakannya diet yang di berikan

Tanggal 02 Juli 2013

- 4) 19.00 WIB, Membantu pasien ke kamar mandi

Respon: Membantu untuk buang air kecil

Tanggal 03 Juli 2013

- 1) 10.00 WIB, Observasi Skala Nyeri,

Respon: Skala nyeri 2

- 2) 11.00 WIB TTV

TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit

## 3) 11.15 WIB, Up Infus

Respon: Pasien sudah tidak memerlukan cairan lewat intra vena.

## 4) 12.00 WIB, Membantu Pasien Persiapan Pulang

Respon: Mempersiapkan kursi roda untuk mengantar pasien ke depan.

## 3.4.2 Diagnosa Keperawatan

Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan luka post operasi di tandai dengan ada luka bekas operasi di abdomen kuadran kanan bawah, luka tertutup kasa, Observasi vital sign : TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit

## Pelaksanaan

Tanggal 01 Juli 2013

## 1) 16.00 WIB, Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan

Respon: Untuk mencegah penularan patogen

## 2) 16.10 WIB, Rawat luka secara aseptik.

Respon: Luka dalam keadaan baik, tidak ada push, tidak bengkak, tidak ada peradangan atau kemerahan, tidak perdarahan.

## 3) 16.30 WIB, Pantau tanda-tanda infeksi pada luka post operasi dan TTV.

Respon: Tidak ada tanda-tanda infeksi, luka dalam keadaan baik. TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit

Tanggal 01 Juli 2013 Pukul 18.00 WIB

## 4) 18.00 WIB, Memberi HE pada pada pasien dan keluarga mengenai tanda – tanda infeksi.

Respon: Pasien bisa memahami dan mengerti tanda-tanda infeksi

- 5) 18.15 WIB, Mengajarkan pada pasien untuk tidak menggosok lukanya dengan tangan.

Respon: Pasien mengerti untuk mencegah infeksi

Tanggal 02 Juli 2013

- 1) 19.00 WIB, Pantau tanda-tanda infeksi pada luka post operasi dan TTV.

Respon: Tidak ada tanda-tanda infeksi, luka dalam keadaan baik. TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit

- 2) 19.10 WIB, Mengajarkan pasien cuci tangan yang tepat dan mendemonstrasikan

Respon: pasien mau mendemonstrasikan langkah-langkah cuci tangan

- 3) 19.15 WIB, Mengganti cairan infus RL 500cc dan memberikan obat antibiotik

Respon: jumlah tetesan 20 kali permenit, untuk mencegah infeksi

Tanggal 03 Juli 2013

- 1) 10.00 WIB, Mengganti kasa dan mengobservasi keadaan luka

Respon: Luka dalam keadaan baik tidak ada tanda-tanda infeksi

- 2) 10.10 WIB, TTV

Respon : TD 110/70 mmHg, Nadi 100x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit

### 3.4.3 Diagnosa Keperawatan

Cemas berhubungan dengan takut terjadi infeksi yang ditandai dengan pasien mengungkapkan masalahnya, ekspresi wajah cemas

Tanggal 01 Juli 2013

- 1) 15.00 WIB, Jelaskan secara sederhana tentang proses penyembuhan penyakitnya.

Respon : Pasien mengerti tentang penjelasan dari perawat

2) 15.10 WIB, Diskusikan hal yang berhubungan dengan proses penyembuhan.

Respon : Pasien kooperatif diajak berdiskusi

3) 15.30 WIB, Aktivitas sejak dini sesuai dengan perkembangan yang diperbolehkan dan seimbang dengan waktu istirahat.

Respon : Pasien mau melakukan anjuran dari perawat

4) 15.45 WIB, Jelaskan tindakan keperawatan yang akan diberikan.

Respon : Pasien kooperatif

Tanggal 02 Juli 2013

1) 14.00 WIB, Diskusikan hal yang berhubungan dengan proses penyembuhan.

Respon : Pasien kooperatif diajak berdiskusi

2) 14.10 WIB, Jelaskan tindakan keperawatan yang akan diberikan.

Respon : Pasien kooperatif

#### 3.4.4 Diagnosa Keperawatan

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan adanya luka post operasi yang ditandai dengan pasien tampak menyeringai kesakitan pada saat merubah posisi.

Tanggal 01 Juli 2013

1) 15.00 WIB, Jelaskan tujuan mobilisasi dini dan pengaruhnya terhadap penyembuhan.

Respon : Pasien mengerti penjelasan perawat

Tanggal 02 Juli 2013

2) 14.00 WIB, Ajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi dan aktivitas sesuai anjuran.

Respon : Pasien mau melakukan melakukan sedikit-sedikit

- 3) 14.10 WIB, Bantu pasien untuk melakukan mobilisasi 2 jam sekali sesuai program.

Respon : Melemaskan kekakuan otot

- 1) 19.30 WIB, Observasi tanda-tanda vital selama program selanjutnya. melakukan aktivitas.

Respon : Memantau perkembangan

- 2) 19.45 WIB, Pantau sejauh mana pasien bisa melakukan aktivitas.

Respon : Mengobservasi perkembangan

Tanggal 03 Juli 2013

- 1) 08.30 WIB, Ajarkan pasien untuk melakukan mobilisasi dan aktivitas sesuai anjuran.

Respon : Pasien mau melakukan melakukan sedikit-sedikit

- 2) 08.45 WIB, Bantu pasien untuk melakukan mobilisasi 2 jam sekali sesuai program.

Respon : Melemaskan kekakuan otot

### **3.5 Evaluasi**

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan Pasien mengatakan merasa nyeri di perut sebelah kanan bekas operasi, wajah tampak menyeringai, ada luka bekas operasi.

Tanggal, 01 Juli 2013 pukul 20.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan merasa nyeri di perut sebelah kanan bekas operasi, lukanya terasa sakit bila digunakan untuk bergerak, nyeri yang sering dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri sering

dirasakan pada malam hari, dan sering timbul setiap 2 jam sekali dan berlangsung sekitar 5 -10 menit.

Objektif: Tampak menyeringai kesakitan, tampak membatasi gerak, skala nyeri 6

Asesmen : Masalah belum teratasi

Planning: Intervensi no 2, 3, 4,5 dilanjutkan

Tanggal, 02 Juli 2013 pukul 19.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan merasa nyeri di perut sebelah kanan bekas operasi, lukanya terasa sakit bila digunakan untuk bergerak,

Obyektif :Wajah tampak menyeringai, tampak membatasi gerak, skala nyeri 4

Asesmen : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi no 3,4 dilanjutkan

Tanggal, 03 juli 2013 pukul 20.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, sudah bisa untuk di buat bergerak.

Objektif : Wajah tampak rileks, skala nyeri 1

Assesmen : Masalah teratasi

Planing : Pasien KRS, follow up control kembali 3 hari lagi

2. Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan luka post operasi di tandai dengan ada luka bekas operasi di abdomen kuadran kanan bawah, luka tertutup kasa

Tanggal 01 Juli 2013 pukul 20.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan takut terjadi infeksi pada dirinya karena terdapat luka jahitan.

Objektif : Pasien sering bertanya tentang keadaannya

Asesmen : Masalah belum teratasi

Planing : Intervensi no 2,3,4,5 dilanjutkan

Tanggal ,02 Juli 2013 pukul 19.00 WIB

Subjektif : Pasien mengatakan mengerti tentang penyebab infeksi

Objektif: Pasien tampak tenang, klien sudah tidak sering bertanya tentang keadaannya

Asesmen : Masalah teratasi

Planing :Intervensi dipertahankan

3.Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan pasien tentang prosedur tindakan post operasi yang ditandai dengan pasien mengungkapkan masalahnya, ekspresi wajah cemas.

Tanggal 01 Juli 2013

Subjektif : Pasien mengatakan takut terjadinya infeksi

Objektif : Pasien tampak cemas

Asesmen : Masalah belum teratasi

Planing : Intervensi di lanjutkan 2,3,4

Tanggal 02 Juli 2013

Subjektif : Pasien mengerti tentang tanda-tanda infeksi

Objektif : Pasien nampak tenang

Asesmen : Masalah teratasi

Planing :intervensi di pertahankan

4 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan adanya luka post operasi yang ditandai dengan pasien tampak menyeringai kesakitan pada saat merubah posisi.

Tanggal 01 Juli 2013

Subjektif : Pasien mengatakan lukanya terasa sakit saat di buat gerak

Objektif :Pasien terbaring di tempat tidur

Asesmen :Masalah belum teratasi

Planing :Intervensi dilanjutkan 2.3.5

Tanggal 02 Juli 2013

Subjektif : Pasien mengatakan sakitnya mulai berkurang saat mulai di buat bergerak

Objektif : Pasien mulai mobilitas dengan miring-miring

Asesmen : masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 2,5

Tanggal 03 Juli 2013

Subjektif : Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktifitas mandiri seperti ke kamar mandi

Objektif : Pasien mulai mobilitas dengan berjalan

Asesmen : masalah teratasi

Planning : Intervensi dipertahankan