

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk lebih memahami Asuhan Keperawatan Retinoblastoma post enukleasi dalam hal ini penulis mengambil salah satu anak dengan kasus retinoblastoma post operasi enukleasi di ruang bedah mata (Melati) RSUD Dr. Soetomo Surabaya, dimana dalam kasus ini penulis memberikan Asuhan Keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

3.1 Pengkajian

Tanggal pengkajian 10 April 2013 jam 10.00WIB

3.1.1 Pengumpulan Data

Ruangan : Melati

No. Register : 12.22.71.88

Tanggal MRS : 04-April-2013 pukul 15.00 WIB

- 1) Identitas anak: Nama Anak R, umur 3 tahun, jenis kelamin laki-laki, tanggal lahir 10 Januari 2010, agama islam, pendidikan belum sekolah, alamat Ds. Moncar timur RT13 /RW01 Jombang.
- 2) Identitas keluarga: Nama Ayah Tn. A, umur 34 tahun, pekerjaan swasta, agama islam, pendidikan S1, nama Ibu Ny.M, umur 30 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, agama islam, pendidikan SMA.
- 3) Keluhan utama
Ibu anak R mengatakan mata kanan bekas operasi enukleasi terasa nyeri

4) Riwayat penyakit sekarang

Menurut keterangan ibu anak R, sejak tanggal 01 Desember 2012 mata sebelah kanan anaknya juling saat dibuat melamun, pada saat dibuat aktivitas atau kecapekan mata sebelah kanan berwarna merah, dan juga gatal. Lalu pada tanggal 04 April 2013 ibu anak R memeriksakan anaknya di RSUD Jombang, setelah dilakukan pemeriksaan di RSUD Jombang, anak R didiagnosis mengalami tumor pada mata sebelah kanan. Lalu dari pihak RSUD Jombang menganjurkan untuk dirujuk di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, dan pada saat itu juga keluarga membawa anak R untuk memeriksakan anak R ke RS Soetomo dengan mengendarai motor, pada jam 15.00 klien sampai di IRD RSUD Dr. Soetomo setelah diperiksa anak R di suruh opname dan keluarga menyetujui lalu anak R ditempatkan di ruang melati kamar 5B lalu pada tanggal 09 April 2013 dokter menyarankan kepada orang tua anak R untuk bahwa anak R akan segera di operasi karena kalau tidak segera dilakukan operasi di khawatirkan tumor nya akan semakin menyebar dan orang tua anak R menyetujui nya.

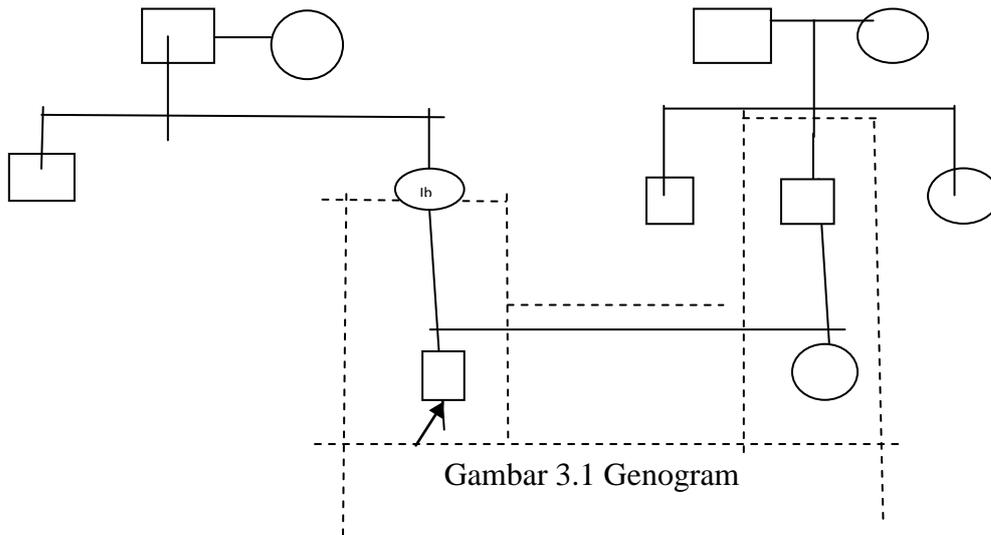
5) Riwayat penyakit dahulu

Orang tua anak R mengatakan bahwa anaknya tidak pernah sakit hingga masuk ke rumah sakit, hanya sakit panas biasa saja dan batuk pilek berobat ke dokter langsung sembuh.

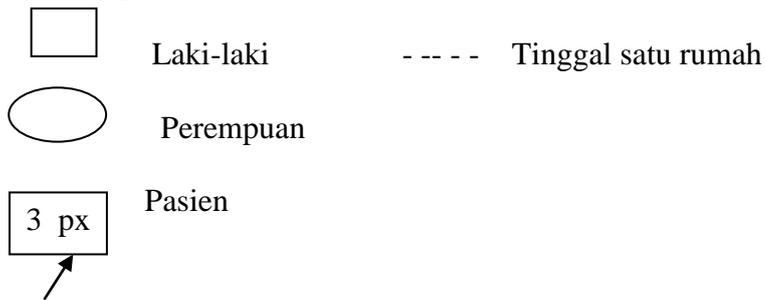
6) Riwayat penyakit keluarga

Kedua orang tua dan keluarga anak R tidak ada yang mempunyai penyakit tumor dan kanker.

7) Genogram



Keterangan :



8) Riwayat kehamilan dan persalinan

(1) Prenatal

Pada saat dalam kandungan, ibu anak R sering memeriksakan kandungannya ke bidan dan sudah mendapatkan suntikan tetanus dua kali.

(2) Natal care

Anak R lahir spontan (normal) dengan usia kehamilan 9 bulan, ditolong oleh bidan dengan berat badan 3000 gram tanpa kelainan fisik.

(3) Post natal care

Ibu anak R rajin membawa anaknya ke bidan jika ada kelainan atau sakit. anak R mendapatkan ASI sampai umur 2 tahun sedangkan susu formula diberikan sampai umur sekarang. Anak R telah mendapatkan imunisasi lengkap.

9) Riwayat tumbuh kembang anak R berumur tiga tahun

(1) Adaptasi sosial

Anak R sekolah play group , anak R suka bermain dengan teman sebaya, anak R mampu bermain permainan sederhana, anak R menangis jika dimarahi, anak mampu membuat permintaan sederhana dengan gaya tubuhnya, anak mampu menunjukkan kecemasan terhadap perpisahan, dan anak mampu mengenali anggota keluarganya.

(2) Bahasa

Anak R mampu menyebutkan beberapa gambar, anak R mampu menyebutkan beberapa warna, anak R mampu menyebutkan kegunaan benda, mampu berhitung, anak mampu mengartikan beberapa kata, anak R mengerti beberapa kata sifat, anak R mampu menggunakan bunyi untuk mengidentifikasikan objek, orang, dan aktivitas, anak mampu menirukan beberapa bunyi kata, anak R juga memahami arti larangan, serta anak R mampu menunjukkan respons terhadap panggilan dari orang yang dikenal.

(3) Motorik halus

Anak R mampu untuk menggoyangkan jari-jari kaki, menggambar dua atau tiga bagian, anak R mampu memilih garis yang lebih panjang, anak

mampu menggambar orang, anak mampu menjepit benda, melambaikan tangan, menggunakan tangan untuk bermain, menempatkan objek didalam wadah, makan sendiri, minum dari cangkir dengan bantuan, menggunakan sendok dengan bantuan, makan dengan jari, dan anak R mampu membuat coretan diatas kertas.

(4) Motorik kasar

Anak R mampu untuk berdiri dengan satu kaki selama 1-5 detik, melompat dengan satu kaki, berjalan dengan tumit ke jari kaki, (menjelajah) atau bergerak kemana- mana, dan berjalan dengan bantuan.

(5) Riwayat imunisasi

Imunisasi BCG, Polio (I, II, III, IV), DPT (I, II, III), Hepatitis (I, II, III) dan campak telah diberikan dan dilakukan di Posyandu.

(6) Riwayat nutrisi

Makanan sehari-hari nasi, sayur dan lauk pauk. ASI diberikan sejak lahir sampai usia dua tahun, tidak pernah mendapatkan susu pengganti ASI.

(7) Pola-pola fungsi kesehatan

a) Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

SMRS: keluarga anak R mengatakan jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit, keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada seperti rumah sakit, dokter, perawat dan tim kesehatan lain. Keluarga juga mengatakan bahwa kebersihan dan kesehatan amatlah penting.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

SMRS: Ibu anak R mengatakan anaknya makan dua atau tiga kali sehari dengan porsi 1 piring terdiri dari nasi, sayur, lauk pauk (tempe, tahu, telur dan daging), buah-buahan seperti pisang, pepaya dan lain-lain.

MRS: Ibu anak R mengatakan nafsu makan anaknya menurun sehingga berat badannya juga berkurang, berat badan sebelum sakit 14 kg, TB 90 cm sedang saat sakit BB 13kg, rambut hitam. Di rumah sakit anak R makan dihabiskan separuh porsi, susu diminum $\frac{1}{2}$ gelas, air putih \pm 150 CC.

c) Pola aktifitas dan latihan

SMRS: Ibu anak R mengatakan anaknya makan, minum, mandi dan ganti pakaian sendiri dibantu oleh ibunya.

MRS: Ibu anak R mengatakan anaknya sering terbaring di tempat tidur ditunggu ibu, ayah dan adiknya. Makan, minum dan ganti pakaian dibantu oleh ibu.

d) Pola eliminasi

Eliminasi alvi :

SMRS: Ibu anak R mengatakan BAB satu kali sehari secara teratur dengan konstistensi lunak tidak ada gangguan, buang air besar dilakukan sendiri.

MRS: Ibu anak R mengatakan buang air besar tidak teratur kadang satu kali kadang dua kali sehari dengan konstistensi lembek.

Eliminasi urine :

SMRS: Ibu anak R mengatakan buang air kecil 3 – 5 kali sehari secara teratur warna kuning jernih.

MRS: Ibu anak R mengatakan buang air kecil 3 – 5 kali sehari warna kuning jernih.

e) Pola tidur dan istirahat

SMRS: Ibu anak R mengatakan anak R tidur 12 jam sehari (10 jam pada malam hari dan 2 jam pada siang hari). Kalau tidur selalu minta ditemani ibunya dulu sehingga segera bisa tidur.

MRS: Ibu anak R mengatakan anaknya agak susah tidur karena tidak krasan tempatnya tidak enak, jika tidur sering terbangun karena tidak terbiasa berada di rumah sakit.

f) Pola sensori dan kognitif

Sensori: Indera pendengaran berfungsi dengan baik begitu juga dengan indera perasa dan pembauan. Indera penglihatan mata sebelah kanan terpasang kasa,.

Kognitif: pasien seorang anak berusia 3 tahun tidak mengerti tentang penyakitnya, keluarga anak R tidak mengerti tentang penyakit yang diderita anaknya.

g) Pola hubungan dan peran

SMRS: Ibu anak R mengatakan hubungan anak R dengan anggota keluarga lainnya baik-baik saja, demikian pula dengan teman-temannya.

MRS: anak R berbicara dengan keluarga dan ibunya. Anak R juga aktif sering berkomunikasi dengan perawat dan teman – temannya yang ada di rumah sakit.

h) Pola persepsi diri dan konsep diri

Keluarga anak R merasa takut dan cemas tentang penyakit yang dialami anaknya, keluarga tidak mau pulang dulu sebelum anaknya sembuh.

i) Pola reproduksi dan seksualitas

Saat ini anak R berumur 3 tahun, masalah reproduksi dan seksualitas tidak mengerti hanya mengetahui jenis kelamin perempuan dan laki-laki.

j) Pola penanggulangan stres

Sebelum keluarga Anak R memasukkan anaknya ke RSUD Dr. Soetomo, keluarga membawa anaknya ke RSUD Jombang, dari RSUD Jombang langsung dirujuk dan keluarga anak R mematuhi anjuran dokter dan petugas kesehatan lainnya. Keluarga juga sering berdoa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

(8) Pola tata nilai dan kepercayaan

Anak R menganut agama islam, sebelum masuk rumah sakit anak R diajari mengaji dan sholat oleh kedua orangtuanya, anak R bisa membaca doa dan mengaji.

(9) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum cukup

Kesadaran compos metis, suhu $36,8^{\circ}\text{C}$, RR = 30 x/m, nadi = 100 x/m, BB = 18Kg, TB = 126 cm.

b) Kepala dan leher

Bentuk kepala lonjong, warna rambut hitam dan kusut, tidak terdapat benjolan, pada leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis.

c) Mata

Mata sebelah kanan anak R terpasang kassa dan di bebat dengan hipavix

d) Hidung

Pada hidung bersih, bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung dan polip.

e) Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir lembab, tidak terdapat stomatitis. Lidah berwarna merah muda, dan tenggorokan tidak nyeri waktu menelan.

f) Telinga

Bentuk simetris, tidak ada cairan yang keluar, fungsi pendengaran telinga kanan dan kiri normal.

g) Dada

Bentuk dada simetris, pergerakan otot pernafasan simetris, tidak ada refraksi, tidak terdengar suara tambahan (ronchi dan wheezing).

h) Abdomen

Bentuk abdomen simetris, tidak buncit, pada palpasi ada nyeri tekan di perut bagian atas, tidak ada tanda-tanda hepatomegali, splenomegali, bising usus terdengar lemah, frekuensi peristaltik usus 10x/menit.

i) Punggung

Punggung teraba hangat, kering dan nampak bersih tidak terdapat lecet.

j) Genetalia

Kebersihan anus cukup, tidak ada haemoroid, tidak ada lecet dan kemerahan.

k) Muskuloskeletal

Pada kedua extremitas atas dan bawah tidak didapatkan odema, atrofi otot dan tidak terdapat dislokasi.

(10) Pemeriksaan penunjang

Tanggal 04 April 2013

WBC : 9.25 10e3 UL

NEU : 3.11 33,6 %

Lym : 4.53 49.0 %

Mono : 9.18 9.93%

EOS : 5.78 6.25%

Baso : 1,3 1.23%

RBC : 4.95 10eb / UL

HGB : 12.3 g/dL

HCT : 36.6 %
MCT : 74.0 KI
MCH : 24.8 pG
MCHC : 33.6 g/dL
RDW : 11.6 %
PLT : 282. 10e3/uL
MPV : 6.84 fL

Pemeriksaan lain: tanggal 06 April 2013

CT Scan Euhaching intraocular massa dengan klasifikasi di dalamnya di posterior bullas oculi kanan yang membesar ukuran 2,5 X 2,4 cm dan menyebabkan proptosis menyongkong gambaran Retinoblastoma.

(11) Penatalaksanaan/terapi

Injeksi ceftriaxon 2 x 400 mg /IV.

Sanmol syrup 3 kali Sendok Teh

Xitol 1% 4 jam 1 kali diteteskan di mata sebelah kanan

Clorampenicol

Diet : tktp.

3.1.2 Analisa Data

1) Tanggal 10 april 2013

A) Data subyektif Post Operasi Enukleasi :

Ibu anak R mengatakan mata kanan anaknya setelah dioperasi terasa nyeri saat dibuat makan atau menelan.

B) Data obyektif post op:

Pemeriksaan suhu : 36'8°C

RR = 30 x/m, nadi = 124 x/m

Keadaan umum : cukup.

Mukosa bibir lembab dan berwarna merah muda

Lidah bersih nampak berwarna merah dan ada selaput putih. Mata anak R sebelah kanan tertutup kassa, anak tampak rewel dan menagis, klien tampak memegang mata kanannya, wajah klien tampak menyeringai, skla nyeri 6 post op. Enukleasi hari ke-2, odem polip -.

Kemungkinan penyebab :

Proses infeksi tumor.

Masalah :

Nyeri akut .

2) Tanggal 11 april 2013

A) Data subyektif post operasi :

Ibu anak R mengatakan anaknya sering rewel dan menangis.

B) Data obyektif post operasi :

Keadaan umum cukup

Anak R tampak rewel dan takut dengan perawat.

Suhu tubuh 37°C .

Nadi 105x/ menit

RR 30x/ menit

Kemungkinan penyebab :

tumor dan pembedahan

Masalah :

Resiko tinggi infeksi

3) Tanggal 12 april 2013

A) Data subyektif post operasi

Ibu anak R mengatakan setelah dilakukan operasi nafsu makan anaknya semakin menurun, dan berat badannya menurun sebelum operasi berat badanya 14 kg setelah operasi berat badanya 13kg. Porsi makan dari Rumah sakit hanya dimakan 3 sampai 5 sendok.

B) Data Obyektif post operasi:

Porsi makan dari rumah sakit hanya dimakan 3 sendok.

K/U : Cukup

Suhu : 36,7 °C

RR : 30X/M

Nadi : 105X/M

Kemungkinan penyebab:

Post op pembedahan enukleasi

Masalah :

Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang ada didapatkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Nyeri berhubungan dengan luka pasca operasi
2. Resiko infeksi berhubungan dengan luka pasca operasi enukleasi
3. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan nafsu makan

3.1.4 Perencanaan

Setelah diagnosa keperawatan di susun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 10 april 2013.

Diagnosa Keperawatan I Tanggal 10 April 2013

Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi enukleasi

- a. Tujuan : Rasa nyaman terpenuhi
- b. Kriteria :
 - 1) Ekpresi wajah anak rileks
 - 2) Anak R mengatakan rasa nyeri berkurang
 - 3) Luka operasi kering
- c. Intervensi
 - 1) Bina hubungan saling percaya dengan anak /keluarga
Rasional: Hubungan saling percaya dapat membuat anak/keluarga menjadi kooperatif
 - 2) Berikan kesempatan pada anak/orang terdekat untuk mengungkapkan perasaannya
Rasional: Eksplorasi perasaan dapat mengurangi ketegangan
 - 3) Berikan informasi tentang prosedur dan apa yang akan terjadi. Ketahui seberapa banyak informasi yang diinginkan anak.
Rasional: Membantu anak memahami tujuan dari apa yang dilakukan, dan mengurangi masalah karena ketidaktahuan.
 - 4) Ajak anak untuk mengadakan pendekatan spritual sesuai dengan kemampuan dan situasi
Rasional: Mengurangi ketakutan/kecemasan.upaya menenangkan jiwa.

- 1) Beri penguatan informasi kepada anak yang telah diberikan sebelumnya
 Rasional : Memungkinkan anak untuk menerima kenyataan dan menguatkan kepercayaan pada pemberi perawatan serta pemberian informasi.
- 2) Diskusikan apa yang terjadi pada pasca operasi tentang nyeri, pembatasan aktivitas, penampilan, balutan mata.
 Rasional: Membantu mengurangi rasa takut dan meningkatkan kerja sama dalam pembatasan yang diperlukan.
- 3) Beri anak posisi bersandar, kepala tinggi, atau miring kesisi yang tak sakit sesuai keinginan.
 Rasional : Istirahat hanya beberapa menit sampai beberapa jam pada bedah rawat jalan atau menginap semalam bila terjadi komplikasi. Menurunkan tekanan pada mata yang sakit, meminimalkan resiko perdarahan atau stres pada jahitan/jahitan terbuka.
- 4) Batasi aktivitas seperti menggerakkan kepala tiba-tiba, menggaruk mata, mengejan.
 Rasional : Menurunkan stres pada area operasi atau menurunkan Tio

Diagnosa Keperawatan II pada tanggal 11 April 2013

Resiko infeksi berhubungan dengan luka pasca operasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam tidak terjadi infeksi pada mata bekas operasi

Kriteria Hasil:

- 1) Mencapai waktu penyembuhan secara optimal

- 2) Tidak terjadi infeksi dengan tanda tidak adanya pus pada luka, tidak terjadi peningkatan suhu tubuh, hasil laboratorium pemeriksaan leukosit tidak meningkat.

Intervensi :

- 1) Diskusikan pentingnya mencuci tangan sebelum menyentuh / mengobati mata.

Rasional : Menurunkan jumlah bakteri pada tangan, mencegah kontaminasi area operasi

- 2) Gunakan atau tunjukkan teknik yang tepat untuk membersihkan mata dari dalam keluar dengan tisu basah/bola kapas untuk tiap usapan, dan ganti balutan.

Rasional : Teknik aseptik menurunkan risiko penyebaran bakteri dan kontaminasi silang.

- 3) Tekankan pentingnya tidak menyentuh / menggaruk mata yang dioperasi

Rasional : Mencegah kontaminasi dan kerusakan sisi operasi

- 4) Observasi / diskusikan tanda terjadinya infeksi contoh kemerahan, kelopak bengkak, drainase purulen.

Rasional : Infeksi mata terjadi 2- 3 hari setelah prosedur dan memerlukan upaya intervensi.

Diagnosa Keperawatan III tanggal 12 April 2013

Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun.

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan 2x24 jam nafsu makan dapat kembali normal dan Kebutuhan nutrisi anak terpenuhi

Kriteria Hasil :

- Porsi makan dari rumah sakit di habiskan
- BB dalam batas normal

Intervensi :

- 1) Berikan diet TKTP, cukup cairan, rendah serat, tinggi protein, dan tidak menimbulkan gas.

Rasional :

Makanan yang sesuai dengan kondisi dan penyakit anak dapat membantu memenuhi kebutuhan nutrisi klien sehingga dapat mempercepat penyembuhan dan tidak memperberat penyakitnya.

- 2) Berikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.

Rasional :

Makanan hangat dapat merangsang selera makan pasien.

- 3) Berikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi.

Rasional :

Rasa mual dan muntah dapat disebabkan oleh porsi makan yang dihabiskan sekaligus tanpa memperhatikan keadaan pasien.

- 4) Berikan nutrisi dalam bentuk makanan lunak untuk membantu nafsu makan.

Rasional :

Pemberian makanan tambahan diharapkan dapat menambah kebutuhan nutrisi pasien.

- 5) Kolaborasi pemberian vitamin.

Rasional :

Dengan pemberian vitamin nafsu makan klien bertambah dan akan mempercepat kesembuhan.

3.1.5 Pelaksanaan

Catatan keperawatan merupakan realisasi dari perencanaan yang telah disusun berdasarkan prioritas.

Pelaksanaan Tanggal: 10 April 2013

1. Diagnosa Keperawatan I

Tanggal 11 April 2013

- a. Membina hubungan saling percaya dengan memperkenalkan diri, memberi perhatian dan keinginan untuk membantu anak.

Evaluasi

Anak dan keluarga tampak kooperatif

Dilaksanakan jam 20.00

- b. Memberikan kesempatan pada anak untuk mengungkapkan perasaannya

Evaluasi

Anak mengungkapkan tidak tau apa itu operasi

Dilaksanakan jam 20.00

- c. Memberikan informasi tentang prosedur pembedahan dan bagaimana prognosis penyakit

Evaluasi

Anak tidak mengerti tetapi keluarga paham dan akhirnya yakin akan sembuh

Dilaksanakan jam 20.10

- d. Mengajak anak dan keluarga untuk mendekatkan diri kepada Tuhan YME, dengan cara berdoa dan pasrah.

Evaluasi

Anak tampak kooperatif dan mengatakan mau untuk berdoa

Dilaksanakan jam 20.20

Pelaksanaan tanggal 12 April 2013

1. *Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi enukleasi

- a. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Evaluasi

Nadi 92x/menit, suhu 36°C , pernapasan 25x/menit.

Dilaksanakan jam 12.00

- b. Mengkaji penyebab, kualitas, lokasi, skala, dan waktu timbulnya nyeri yang dirasakan anak

Evaluasi

P : nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat prosedur pembedahan

Q : Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam

R : Nyeri dirasakan di daerah mata bagian kanan

S : Skala nyeri 6

T : Nyeri terasa saat di gunakan makan dan berbicara

Dilaksanakan jam 12.05

- c. Mengajarkan teknik distraksi pada anak dengan cara mengajak bermain anak

Evaluasi

Anak mau diajak bermain oleh perawat

Dilaksanakan jam 12.15

- d. Memberi penjelasan kepada anak dan keluarga untuk menjaga posisi kasa pada mata sebelah kanan agar tidak samapai lepas.

Evaluasi

Anak dan keluarga dapat menerima penjelasan dan tetap menjaga posisi kasa hingga tidak lepas.

Dilaksanakan jam 12.20

2. *Diagnosa Keperawatan 2*

Resiko infeksi berhubungan dengan luka post operasi enukleasi.

- a. Memberi penjelasan kepada anak dan keluarga agar tetap menjaga supaya kasa yang terpasang pada mata anak tidak berdarah, dan anak tidak boleh mengejan.

Evaluasi

Anak dan keluarga mengatakan bersedia untuk menjaga agar kasa tidak berdarah.

Dilaksanakan jam 12.30

- b. Mengobservasi

Evaluasi

Kasa tetap kering.

Suhu = 36,6°C

Nadi = 124 X/ M

Dilaksanakan jam 13.00

3. *Diagnosa keperawatan ke 3*

Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun

- a. Memberikan diet bubur halus.

Evaluasi

Anak makan separuh

Dilaksanakan jam 10.00

- b. Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.

Evaluasi

Anak minum setengah gelas.

Dilaksanakan jam 10.00

- c. Memberikan makanan sedikit mulai sering hingga asupan nutrisi terpenuhi.

Evaluasi

Anak menolak

Dilaksanakan jam 10.00

Pelaksanaan pada tanggal 13 April 2013

1. *Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi enukleasi.

- a. Mengkaji kualitas, lokasi, skala, dan waktu timbulnya nyeri yang dirasakan anak

P : nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat prosedur pembedahan

Q : Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam

R : Nyeri dirasakan di daerah mata hingga ke mulutnya

S : Skala nyeri 6

T : Nyeri hilang timbul dan terasa jika bergerak

Dilaksanakan jam 08.00

- b. Memberi terapi injeksi ceftriaxon 1X 400 mg/IV dan memberikan salep pada mata.

Evaluasi

Tidak ada efek samping dari obat

Dilaksanakan jam 08.00

- c. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Evaluasi

Nadi 104x/menit, suhu 36°C .

Dilaksanakan jam 08.00

- d. Menganjurkan pada anak dan keluarga untuk melakukan teknik distraksi yang sudah diajarkan jika nyeri masih terasa

Evaluasi

Anak bersedia untuk melakukan teknik distraksi yang sudah diajarkan.

Dilaksanakan jam 08.30

- e. Melakukan observasi tanda-tanda vital

Evaluasi

Nadi 125 x/menit, suhu 36°C . Anak mengatakan mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang.

Dilaksanakan jam 11.00

- f. Merawat mata anak

Evaluasi

Anak memberontak dan rewel.

Dilaksanakan pada jam 11.00

2. *Diagnosa keperawatan ke 2*

Resiko infeksi berhubungan dengan luka pasca operasi enukleasi.

a. Mengobservasi drainase

Evaluasi

Tidak ada tanda – tanda infeksi pada mata anak.

Dilaksanakan jam 07.30

b. Melepas sistem drainase dan merawat mata post operasi enukleasi

Evaluasi

Luka tampak bersih tak ada rembesan darah dan pus. Tak ada eritema dan pembengkakan.

Dilaksanakan jam 08.00

c. Mengajarkan pada anak dan keluarga untuk menjaga kebersihan terutama di daerah sekitar mata luka post operasi guna mencegah terjadinya infeksi

Evaluasi

Anak diam dan keluarga mengerti

Dilaksanakan jam 08.00

d. Memberi terapi injeksi ceftriaxon 1X 400 mg/iv dan salep mata cloramphenicol.

Evaluasi

Tidak ada reaksi obat

Dilaksanakan jam 08.30

- e. Memberi informasi kepada anak dan keluarga untuk rutin kontrol luka post operasi dan rutin minum obat yang sudah ditetapkan jika sudah KRS sesuai advice dokter

Evaluasi

Anak tersenyum dan keluarga mengerti

Dilaksanakan jam 09.00

3. Diagnosa keperawatan ke 3

Resiko nutrisi kurang dari kebutuha tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun

- a. Memberikan diet bubur halus

Evaluasi

Anak hanya makan tiga sendok

- b. Memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat.

Evaluasi

Anak minum susu satu gelas habis.

Dilaksanakan jam 08.00

- c. Mengobservasi sistem drainase

Evaluasi

Tidak ada tanda – tanda infeksi luka bersih.

Dilaksanakan jam 08.00

- d. Memberi terapi injeksi ceftriaxon 1 X 400 mg/iv, merawat mata dan memberikan obat tetes mata clorampenicol

Evaluasi

Tidak ada reaksi obat

Dilaksanakan jam 08.00

3.2 Catatan Perkembangan

Evaluasi/catatan perkembangan pada anak dilaksanakan setelah implementasi dilakukan. Catatan perkembangan post operasi pada R adalah sebagai berikut :

Evaluasi tanggal 11 April 2013

1. *Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi enukleasi.

Evaluasi jam 14.00

S : Anak mengatakan nyeri yang dirasakan tidak berkurang.

O : Keadaan umum anak cukup, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5/6.

Anak tampak menyeringai kesakitan dan terkadang menangis. Nadi

104x/menit, suhu 36°C , pernapasan 24x/menit

P : nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat prosedur pembedahan

Q: Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam

R: Nyeri dirasakan di daerah mata samapi ke mulut

S: Skala nyeri 6

T: Nyeri terasa saat makan dan berbicara

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no. 1-7 diteruskan

2. *Diagnosa keperawatan ke 2*

Evaluasi jam 14.00

Resiko infeksi berhubungan dengan luka pasca operasi enukleasi.

S : Tidak terkaji

O : Tampak adanya luka post operasi enukleasi di daerah mata. Tidak tampak adanya rembesan darah, pus.

A : Tidak terjadi infeksi

P : Rencana tindakan no. 1-5 diteruskan

3. *Diagnosa keperawatan ke 3*

Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun.

Evaluasi jam 14.00

S : ibu anak mengatakan sejak sakit nafsu makan anaknya semakin menurun.

O : BB = 13 kg , SMRS = 14 kg

Turgor kulit kurang, rambut kusam, bibir kering dan pecah-pecah, makan bubur halus separuh, minum susu ½ gelas.

A : masalah belum teratasi.

P : melanjutkan intervensi nomor 1-5 dirteruskan

Evaluasi tanggal 12 April 2013

1. *Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi enukleasi.

Evaluasi jam 13.00

S : anak mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang

O : Keadaan umum anak lemah, kesadaran kompos mentis, GCS 4/5/6. anak tampak menyeringai kesakitan karena nyeri, dan terkadang menangis.

Nadi 125x/menit, suhu 36³°C, pernapasan 25x/menit

P: nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat prosedur pembedahan

Q: Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam

R: Nyeri dirasakan di mata sampai ke mulut.

S: Skala nyeri 4

T: Nyeri terasa saat makan dan berbicara.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no. 1, 2, 3, 6, 7 diteruskan

2. *Diagnosa keperawatan ke 2*

Evaluasi jam 13.00

Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi enukleasi.

S : Tidak terkaji

O : Tampak adanya luka post operasi didaerah mata kanan anak . Tidak tampak adanya rembesan darah.

A : Tidak terjadi infeksi

P : Rencana tindakan no. 1-5 diteruskan

3. *Diagnosa keperawatan ke 3*

Evaluasi jam 13.00

Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun.

S : ibu anak mengatakan anaknya hanya makan sedikit.

O : anak tampak kurus, makan 3 sendok, minum susu dihabiskan separuh.

A : masalah belum teratasi.

P : melanjutkan intervensi nomor 1-3.

Evaluasi tanggal 13 April 2013

1. *Diagnosa Keperawatan 1*

Nyeri akut berhubungan dengan luka pasca operasi enukleasi.

Evaluasi jam 11.00

S : anak mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang

O : Keadaan umum anak cukup baik, kesadaran kompos mentis, GCS 456.
anak tampak menyeringai kesakitan jika nyeri terasa. Nadi 124x/menit,
suhu 36°C , pernapasan 25x/menit

P: nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat
prosedur pembedahan

Q: Rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk benda tajam

R: Nyeri dirasakan di daerah mata samapai mulut

S: Skala nyeri 2

T: Nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa jika berteriak – teriak .

A : Masalah teratasi sebagian

P : anak KRS, rencana tindakan dihentikan

2. *diagnosa keperawatan ke 2*

Evaluasi jam 11.00

Resiko infeksi berhubungan dengan luka post operasi enukleasi.

S : Tidak terkaji

O : Tampak adanya luka post operasi open prostatektomi di daerah mata
sebelah kanan anak. Luka bersih tidak ada darah dan pus, tidak ada
eritema dan pembengkakan, tidak ada peningkatan suhu tubuh.

A : Tidak terjadi infeksi

P : anak KRS, rencana tindakan di hentikanresiko infeksi

3. *Diagnosa keperawatan ke 3*

Evaluasi jam 11.00

S : ibu anak mengatakan nafsu makan anaknya membaik.

O : makan dihabiskan $\frac{3}{4}$ porsi , minum \pm 100 cc , makan roti dan buah apel,
BB bertambah 13,3 kg.

A : masalah teratasi.

P : anak KRS Intervensi nomor 1-3 dihentikan