

BAB 3

TINJAUAN KASUS

1.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Klien bernama TN. T berumur 41 tahun, jenis kelamin laki;laki, beragama Islam, pendidikan terakhir SD, klien bekerja sebagai pegawai swasta, alamat Tambak asri Surabaya, nomor rekam medik 03-18-XX, klien masuk ke rumah sakit pada tanggal 26 juni 2013 jam 11.39 WIB di ruang Agung Rumah sakit bhakti rahayu surabaya dengan diagnosa medis appendiksitis, penulis melakukan pengkajian pada tanggal 29 juni 2013 pada jam 14.15 WIB. Sebagai penanggung jawab Ny. M selaku istri klien, umur 40 tahun, agama Islam, pekerjaan pegawai swasta, pendidikan SMA, alamat Desa tambak asri surabaya.

2. Keluhan utama; nyeri perut kuadran kanan bawah

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat penyakit dahulu menurut keterangan klien dan keluarganya 2 tahun yang lalu klien pernah dirawat dirumah sakit karena penyakit thypus. Riwayat penyakit sekarang Satu minggu yang lalu, klien mengeluh lagi sakit pada perutnya dan kemudian klien dibawa oleh keluarganya ke Rumah sakit bhakti rahayu pada tanggal 26 juni 2013 jam 14.15 WIB dan dirawat di ruang Agung dengan keluhan nyeri pada perut kanan bawah. Pada tanggal 24 juni 2013 klien menjalani operasi apendisitis oleh dr. F dari pukul 09.15 WIB dan selesai pukul 11.00 WIB. Keluhan utama pada saat pengkajian tanggal 29 April 2013 jam 14.15 WIB didapatkan data subjektif klien menyatakan nyeri pada luka operasi, nyeri skala 6 seperti diremas-remas, nyeri terus menerus pada saat bergerak di bagian perut, klien mengatakan setelah menjalani operasi, klien mengatakan untuk

beraktivitas sulit dan terasa sakit, klien tampak lemas, hanya berbaring di tempat tidur, klien dibantu keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, dan data objektif yang didapat KU sedang, kesadaran compos mentis, adanya luka operasi panjang 8 cm dan lebar 2cm di perut kanan bawah luka masih basah, wajah tampak pucat, klien tampak lemas, perilaku berhati-hati, ekstremitas hangat, TD: 120/90 mmHg, N 80 x/menit, Rr 19 x/menit, suhu 37,6⁰C . Aktifitas dibantu oleh keluarga karena klien merasa sakit pada bekas luka operasi dan lemas. Pemeriksaan laboratorium yang diperoleh pada tanggal 25 juni 2013 adalah pemeriksaan laboratorium : leukosit 8.300/mm³, terapi tanggal 25 juni 2013 injeksi cefotaxime 3x1 gram, injeksi ketorolac 2x30mg, infuse RL 20 tetes/menit.

4. Riwayat kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit atau operasi dan hanya sakit panas biasa.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita darah tinggi, kencing manis dan penyakit menurun lainnya.

1. Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.

Pasien mengatakan kebiasaan mandi dua kali sehari gosok gigi pagi dan sore, mencuci rambut 3-4 seminggu selama di rumah sakit pasien mengatakan di seka oleh keluarganya.

b. pola nutrisi dan metabolisme

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit makan 2-3 kali sehari dengan porsi satu piring nasi dengan lauk tahu, tempe, dan sayur makanan kadang di habiskan kadang tidak di habiskan .

c. pola eliminasi

1) Eliminasi alvi

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit buang air besar satu kali sehari warna kuning konsisten lembek tidak ada kesulitan saat buang air besar. Selama di rumah sakit pasien belum buang air besar selama 2 hari.

2) Eliminasi uri

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit buang air kecil 4-5 kali sehari warna kuning jernih, bau khas tidak ada kesulitan saat buang air kecil, selama di rumah sakit buang air kecil 3-4 kali sehari warna kuning jernih.

d. Pola istirahat dan tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk kerumah sakit kebiasaan tidur 6-8 jam perhari tanpa kesakitan, selama di rumah sakit pasien mengatakan susah tidur disebabkan nyeri perut kanan bawah, tidur malam 4 jam mulai jam 21.00.-01, wib tidur siang 1 jam 12.00-13.00 wib.

e. Pola aktifitas dan latihan

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit mampu memenuhi kebutuhan sehari dengan sendiri misalnya makan, minum mandi dan lain lain .selama dirumah sakit pasien hanya terbaring di tempat tidur sebagian di bantu keluarganya dan tangan kiri terpasang infus.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri : pasien mengatakan cemas dengan penyakit yang dideritanya.

Harga diri : pasien mengatakan tidak malu dengan penyakitnya.

Ideal diri : pasien mengatakan berharap ingin cepat sembuh.

Identitas diri : pasien mengatakan berjenis kelamin laki;laki.

Peran : pasien adalah seorang laki;laki berumur 41 tahun.

g. Pola sensori dan kongnitif

Pasien mengatakan nyeri perut kanan bawah ,penglihatan, peciuman pendengaran perabaan tidak mengalami gangguan, pasien mengatakan mengetahui penyakitnya.

h. Pola reproduksi seksual

Pasien mengatakan seorang laki-laki berumur 41 tahun dan sudah menikah

i. Pola hubungan peran

Selama dirumah sakit hubungan pasien dengan keluarga dan perawat baik.

j. Pola penanggulangan stres

Pasien mengatakan jika mempunyai masalah bercerita dengan keluarganya

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

pasien mengatakan beragama islam, selama di rumah sakit pasien hanya solat di tempat tidur

2. Pemeriksaan fisik

a. Status kesehatan umum

Keadaan penyakit sedang . kesadaran kompos mentis,GCS, 456 suara bicara jelas ,pernafasan frekwensi 21 x/menit irama regular, suhu tubuh 36, 5 c, nadi 88 x/menit irama regular kualitas baik tekanan darah 130/80 mmhg.

b. Kepala

Kepala simetris tidak ada luka rambut bersih berwarna hitam tidak berketombe

c. Muka

Muka simetris tampak menyeringai kesakitan dan tegang tidak ada odema

d. Mata

Palpebra simetris, konjunktiva anemis sclera putih pupil isokor reflek cahaya +/+

e. Telinga

Telinga simetris, tidak ada serumen tidak ada terjadi penurunan pendengaran

f. Hidung

Hidung simetris tidak ada secret,tidak ada polip, tidak ada epistaksis. Fungsi penciuman baik

g. Mulut

Mulut simetris, mukosa bibir kering, tidak ada nyeri tekan mulut terasa pahit.

h. Leher

Tidak ada benjolan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

i. Thorak

Inspeksi ; pendengaran dada simetris tidak ada otot bantu pernapasan

Palpasi ; tidak ada nyeri tekan.

Perkus i ; suara sonor.

Auskultasi ; tidak ada suara ronci atau wheezing.

j. Abdomen

Inspeksi ; adanya asites

Palpasi ; adanya nyeri tekan

Perkusi ; tidak kembung

Auskultasi ; bising usus 15x/menit

k. Inguinal genetalia dan hernia

Tidak ada hemoroid dan hernia

l. Integument

Turgor kulit elastic warna kulit sawo matang tidak ada odema tidak ada ikterus di daerah muka dan leher

m. Ekstremitas dan neurologis

Tidak ada kelemahan pada keempat eksremitas tangan kiri terpasang infuse kesadaran kompos mentis GCS 456

1.2 Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Dari pengkajian yang pada tanggal 29 Juni 2013 jam 14.15 WIB didapat diagnosa sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah yang didukung dengan

Data subjektif: klien mengatakan nyeri pada luka operasi seperti di remas-remas skala 6 dan nyeri dirasakan saat bergerak dibagian perut.

Data objektifnya: klien terlihat meringis menahan nyeri dan ada luka bekas operasi di bagian perut.

2. Resiko terjadi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan yang didukung dengan

Data subjektif : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi.

Data objektifnya: terlihat luka bekas operasi dengan panjang 8 cm lebar 2 cm dibagian perut kanan bawah luka masih basah masih basah, suhu tubuh $37,6^{\circ}\text{C}$ dan leukosit $8.300/\text{mm}^3$.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder akibat operasi apendiktomi dengan didukung

Data subjektif: klien mengatakan untuk beraktifitas sulit terasa sakit dan lemas sehingga semua aktivitas dibantu suaminya.

Data objektifnya: klien terlihat lemas, tekanan darah 120/90 mmHg, suhu $37,6^{\circ}\text{C}$, nadi 80x/menit, Respiratori rate 19x/menit.

1.3 Intervensi

Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 29 Juni 2013 ada beberapa masalah keperawatan yang muncul pada Tn .T. Dari masalah yang muncul tersebut penulis menyusun beberapa intervensi dan implementasi untuk mengatasi masalah tersebut.

Masalah yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah. Tujuan dan kriteria hasil yang harus dicapai adalah klien akan mengalami penurunan rasa nyeri setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri hilang atau terkontrol dengan skala nyeri 2 dan klien tampak rileks. Rencana keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut adalah Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, beratnya (skala 0-10), Pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler, Dorong ambulansi dini, Berikan aktivitas hiburan, Kolaborasi dengan dokter untuk memberikan analgesic sesuai indikasi.

Masalah keperawatan yang kedua adalah resiko terjadi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan. Tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan adalah klien tidak akan mengalami infeksi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil tidak terjadi tanda infeksi(drainase purulen, eritema dan demam), suhu tubuh normal ($36^{\circ}\text{C} - 37^{\circ}\text{C}$), tekanan darah normal (110/90 mmHg), luka bersih dan kering, tidak ada kemerahan, tidak ada pus, tidak edema, leukosit $4.500 - 10.500/\text{mm}^3$.Rencana keperawatan untuk mengatasi masalah adalah tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi,suhu dan respiratori rate, lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka aseptik, lihat insisi dan balutan, kolaborasi dengan dokter untuk memberikan antibiotik sesuai indikasi.

Masalah keperawatan yang ketiga adalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder akibat operasi apendiktomi. Tujuan dan kriteria hasil yang harus dicapai adalah klien akan mampu beraktivitas sesuai kemampuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan kriteria hasil klien mampu beraktivitas sesuai toleran tanpa bantuan, tampak segar dan tidak lemas. Rencana keperawatan yang dilakukan untuk menyelesaikan masalah adalah Kaji respon individu terhadap

aktivitas, Meningkatkan aktifitas secara bertahap, Ajarkan klien metode penghematan energi untuk aktivitas.

1.4 Implementasi keperawatan

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah. Implementasi yang dilakukan pada tanggal 29 Juni 2013 jam 14.15 samapai jam 20.00 WIB dilakukan tindakan keperawatan menentukan karakteristik dan lokasi ketidaknyamanan, beratnya (skala 0-10), menganjurkan klien istirahat dengan posisi semi fowler, dorong ambulasi dini (duduk atau berjalan), memberikan terapi injeksi ketorolac 30mg. Implementasi yang dilakukan pada tanggal 30 juni 2013 jam 14.15 samapai jam 20.00 WIB dilakukan tindakan keperawatan mengkaji ulang nyeri klien, menganjurkan klien untuk ambulasi dini (duduk atau berjalan), memberikan terapi injeksi ketorolac 30 mg. Impementasi yang dilakuakan pada tanggal 30 Juni 2013 jam 07.30 samapai jam 12.00 WIB dilakukan tindakan keperawatan mengkaji ulang nyeri klien dengan menyebutkan karakteristik, lokasi dan skala (0-10), menganjurkan klien untuk ambulasi dini (berjalan), memberikan injeksi terapi ketorolac 30 mg.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan. Implementasi yang pada tanggal 29 juni 2013 jam 16.05 samapai 16.40 WIB dilakukan tindakan keperawatan memberikan terapi injeksi cefotaxime 1 gram, mengobservasi tanda-tanda vital, melihat balutan luka dengan respon dan melakukan perawatan luka. Implementasi yang dilakukan Pada tanggal 30 juni 2013 jam 16.05 samapai 16.40 WIB dilakukan tindakan keperawatan memberikan terapi injeksi cefotaxime 1 gram, mengobservasi tanda-tanda vital, melihat balutan luka dan melakukan perawatan luka. Implementasi yang dilakukan pada tanggal 30 juni 2013 jam 07.30 samapai 12.00 WIB dilakuakn tindakan keperawatan

memberikan injeksi cefotaxime 1 gram, melihat balutan luka dan melakukan perawatan luka, mengobservasi tanda-tanda vital.

Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder akibat operasi apendektomi. Implementasi yang dilakukan pada tanggal 29 juni 2013 jam 17.00 samapi jam 19.00 WIB dilakukan tindakan keperawatan mengkaji respon individu terhadap aktivitas, meningkatkan aktivitas secara bertahap, mengajarkan klien metode penghematan energi untuk aktivitas. Implementasi pada tanggal 30 Juni 2013 jam 17.00 sampai jam 19.00 WIB dilakukan tindakan keperawatan mengkaji respon individu terhadap aktivitas, meningkatkan aktivitas secara bertahap, mengajurkan klien menggunakan metode penghematan energi untuk aktivitas. Implementasi pada tanggal 30 Juni 2013 jam 07.39 sampai 12.00 WIB dilakukan tindakan keperawatan mengkaji respon individu terhadap aktivitas, meningkatkan aktivitas secara bertahap, mengajurkan klien menggunakan metode penghematan energi untuk aktivitas.

1.5 Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 29 Juni 2013 jam 21.00 WIB untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah dengan perkembangan klien mengatakan nyeri skala 6 seperti diremas-remas pada bagian perut saat bergerak, klien terlihat meringis menahan nyeri, masalah nyeri akut belum teratasi, lanjutkan intervensi kaji ulang nyeri, pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler, dorong ambulansi dini, kolaborasi dengan dokter untuk memberikan analgesic sesuai indikasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada hari ke dua tanggal 30 juni 2013 jam 21.00 WIB untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah dengan perkembangan klien mengatakan nyeri skala 3 terasa senit-senit pada bagian perut saat bergerak, klien terlihat sudah rileks dan mampu duduk sendiri, masalah nyeri akut teratasi sebagian,

lanjutkan intervensi dengan kaji ulang nyeri, kolaborasi dengan dokter untuk memberikan analgesic sesuai indikasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada hari ke dua tanggal 30 Juni 2013 jam 14.00 WIB untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah dengan perkembangan klien mengatakan nyeri skala 2 terasa senit-senit pada bagian perut saat bergerak, klien terlihat sudah rileks dan mampu berjalan mandiri ke kamar mandi, masalah nyeri akut teratasi sebagian, lanjutkan intervensi dengan kaji ulang nyeri, kolaborasi dengan dokter untuk memberikan analgesic sesuai indikasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 29 Juni 2013 jam 21.00 WIB untuk diagnosa resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan dengan perkembangan klien mengatakan masih terasa sakit, terlihat luka masih basah, panjang luka 8 cm, lebar 2 cm pada bagian perut kanan bawah, nadi 80 x/menit, suhu 37,6°C, Rr 19 x/menit, TD 120/90 mmHg, masalah resiko terjadi infeksi belum teratasi, lanjutkan intervensi dengan awasi tanda-tanda vital, lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka aseptik, lihat insisi dan balutan, kolaborasi dengan dokter untuk memberikan antibiotik sesuai indikasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 30 Juni 2013 jam 21.00 WIB untuk diagnosa resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan tempat masuknya bakteri sekunder akibat pembedahan dengan perkembangan klien mengatakan sudah baik, terlihat luka bersih tidak ada pus, jahitan rapih dan tidak terjadi eritema, nadi 82 x/menit, suhu 37°C, Rr 20 x/menit, TD 120/80 mmHg, masalah resiko terjadi infeksi teratasi sebagian, dan lanjutkan intervensi dengan awasi tanda-tanda vital, lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka aseptik, lihat insisi dan balutan, kolaborasi dengan dokter untuk memberikan antibiotik sesuai indikasi.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 30 Juni 2013 jam 14.00 WIB untuk diagnosa resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan tempat masuknya bakteri sekunder akibat pembedahan dengan perkembangan klien mengatakan sudah baik, terlihat luka bersih tidak ada pus, jahitan rapih dan tidak terjadi eritema, nadi 82 x/menit, suhu 37,2°C, Rr 20 x/menit, TD 120/90 mmHg, masalah resiko terjadi infeksi teratasi, dan pertahankan kondisi.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 29 juni 2013 jam 21.00 WIB untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder akibat operasi appendiktomi dengan perkembangan klien mengatakan sakit saat bergerak dan aktivitas dibantu istri, klien tampak lemas dan duduk dibantu, masalah intoleransi aktivitas belum teratasi, lanjutkan intervensi kaji respon aktivitas, tingkatkan aktivitas secara bertahap, anjurkan metode penghematan energi.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 30 Juni 2013 jam 21.00 WIB untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder akibat operasi appendiktomi dengan perkembangan klien mengatakan sudah bisa beraktivitas mandiri dan klien mengatakan berlatih kekamar mandi, klien tampak rileks dan mampu duduk sendiri tetapi kekamar mandi masih dengan bantuan, masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian, lanjutkan intervensi kaji respon aktivitas, tingkatkan aktivitas secara bertahap, anjurkan metode penghematan energi.

Evaluasi yang dilakukan penulis pada tanggal 30 Juni 2013 jam 14.00 WIB untuk diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder akibat operasi appendiktomi dengan perkembangan klien mengatakan sudah bisa beraktivitas mandiri dan klien mengatakan berlatih kekamar mandi, klien tampak rileks dan mampu duduk sendiri klien terlihat ke kamar mandi tanpa bantuan, masalah intoleransi aktivitas teratasi, pertahankan kondisi.