

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data dari klien Mioma Uteri di Rumah Sakit Bhakti Rahayu Surabaya. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 16 sampai dengan 18 Juli 2013.

3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan tanggal 16-7-2013 pukul 14.00 WIB

3.1.1 Pengumpulan Data

a) Identitas

Nama Ny. R, usia 49 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMP, alamat Kebon sari III/26 Sby, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga, nama suami Tn. W, usia 50 tahun, suku jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, alamat Kebon Sari III/26 Sby, agama islam, pekerjaan swasta, tanggal MRS 14-7-2013 pukul 11.00 nomer rekam medik 101304

b) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri

c) Riwayat Kesehatan/ penyakit sekarang :

Sebelumnya klien mengeluh pusing, perutnya terasa membesar sejak 3 hari yang lalu, nyeri dan kembung, lalu klien dibawa ke UGD Rs. Bhakti Rahayu Surabaya dan MRS pada tanggal 14-07-2013 lalu klien menjalani operasi pada tanggal 16-07-2013.

d) Riwayat kesehatan penyakit dahulu :

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah mempunyai penyakit seperti ini.

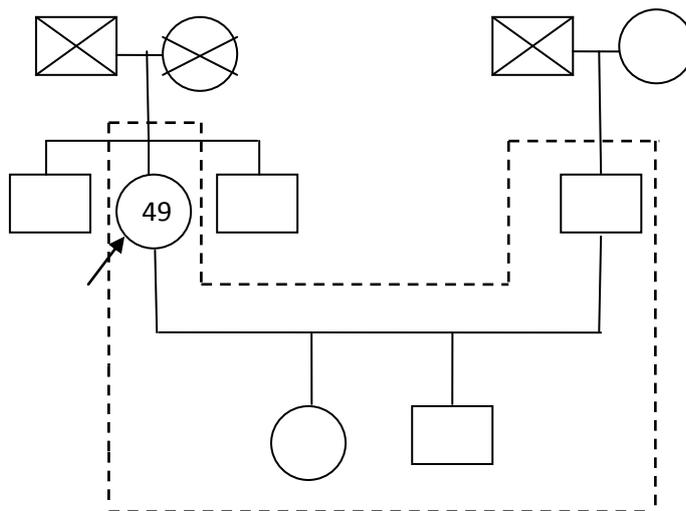
e) Riwayat kesehatan penyakit keluarga :

Klien mengatakan dalam keluarga tidak terdapat penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, dalam keluarga juga tidak ada yang punya penyakit seperti ini.

f) Riwayat psikososial :

Klien merasa malu karena operasi yang ia lakukan kemarin tidak sesuai dengan yang ia harapkan.

g) Genogram



Keterangan : ☒ : Laki-laki meninggal ☐ : Laki-laki hidup
 : ⊗ : Perempuan meninggal ○ : Perempuan hidup
 : (49) : Klien
 : ---- : tinggal satu rumah

h) Riwayat obstetric

- a. Riwayat haid : Menarche usia 12 tahun, siklus rutin 28 hari, lamanya 7-8 hari, jumlah darah yang keluar banyak, warna merah, bau amis, flour albus tidak pernah.
- b. Riwayat perkawinan : klien menikah usia 20 tahun.
- c. Riwayat kehamilan : Klien mengatakan selama kehamilan anak ke 1 dan 2 mengalami mual-muntah selama 4 minggu, dan cukup bulan, dan melahirkan secara normal.

i) Pola fungsi kesehatan

- 1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.

Klien mengatakan mengerti tentang hidup sehat, makan-makanan yang bergizi, mandi 2 kali sehari dengan menggunakan sabun, menjaga kesehatan diri dan lingkungannya, klien juga mengatakan kalau sakit berobat ke rumah sakit terdekat.

- 2) Pola nutrisi dan metabolisme

SMRS :

Klien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari, porsi selalu habis, dengan komposisi : nasi, lauk, sayur.

MRS :

klien mengatakan selama dirumah sakit tidak nafsu makan sejak 2 hari yang lalu, setiap kali makan klien selalu mual dan muntah, dan nyeri perut bagian bawah karena habis selesai operasi. Diit dari rumah sakit klien

hanya menghabiskan 3 sendok makan.klien makan 3 kali sehari, BB SMRS :54 kg, BB MRS :53 kg.

3) Pola aktivitas

SMRS :

Klien mengatakan selama di rumah dapat melakukan aktifitas sebagai ibu rumah tangga.

MRS :

Klien mengatakan dirumah sakit hanya tiduran saja.Karena pasien lemas habis dioperasi, dan aktifitasnya selalu dibantu oleh keluarga.

Masalah keperawatan : Gangguan intoleransi aktifitas.

4) Pola eliminasi

SMRS :

klien mengatakan BAB setiap hari 1 kali, BAK 6-7 kali, tidak ada keluhan dengan buang air besar.

MRS :

Klien mengatakan selama di rumah sakit sudah BAB, BAK sekitar 5-6 kali sehari, warna kuning.

5) Pola istirahat

SMRS :

Klien mengatakan dirumah sehari-hari istirahat malam 6-7 jam, tidur siang jarang.

MRS :

Klien tidur selalu teratur, sekitar 7 jam.

6) Pola hubungan dan peran

Klien mengatakan di rumah hubungan dengan keluarga terjalin baik, klien juga sangat senang dengan peran jadi seorang istri dan ibu. Di RS klien mengatakan hubungan dengan klien lain yang satu kamar juga terjalin baik.

7) Pola sensori dan kognitif

Sensori :

- a) Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan.
- b) Klien mengatakan nyeri bagian bawah bekas jahitan , nyeri yang dirasakan kadang datang dan kadang hilang lagi, skala nyeri 4 (0-10).

Kognitif :

- a) Klien mengatakan bahwa penyakit mioma uteri ditandai dengan perdarahan yang terus-menerus dan klien merasa yakin kalau penyakitnya bisa disembuhkan.

8) Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri : Klien mengatakan malu karena bekas jahitan operasi yang ia lakukan kemarin kurang rapi.

Harga diri : Klien mengatakan mengatakan malu karena takut bekas operasinya kurang rapi.

Ideal diri : Klien mengatakan keinginannya untuk sembuh akan tercapai.

Peran : Klien mengatakan perannya sebagai istri dan ibu sudah ia lakukan dengan baik, Setelah sakit perannya digantikan oleh suaminya.

Identitas diri : Klien berjenis kelamin perempuan dan sudah menikah.

Masalah Keperawatan : gangguan persepsi dan konsep diri.

9) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan cemas dan malu karena tidak bisa memuaskan suaminya.

10) Pola penanggulangan stress

Klien mengatakan bila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekat yaitu suaminya

Pola tata nilai dan kepercayaan

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

3.1.2 Data obyektif

1. Pemeriksaan umum

Kedadaan umum lemah, keluar keringat dingin, akral dingin dan pucat, kesadaran menurun, observasi vital sign TD: 110/60 mmHg, Nadi: 88 x/menit, Suhu 36° C, RR: 24 x/menit.

2. Pemeriksaan fisik

a) Kepala :

bentuk simetris, rambut hitam bersih

b) Mata :

sclera putih, bentuk simetris tidak pucat

c) Hidung :

bersih, tidak ada sekret, terdapat bulu hidung

d) Telinga :

simetris, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, pendengaran normal

e) Mulut :

bibir kering, pucat, tidak ada stomatitis, gigi tidak caries.

f) Thorak:

bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan

g) Abdomen

Inspeksi :

Tidak simetris, tidak ada lesi, terdapat luka diperut terbalut kasa luka post operasi, luka bersih.

Palpasi :

Simetris, tidak ada lesi, terdapat luka post operasi limfe.

Perkusi :

Timpani

Auskultasi :

Terdapat suara bising usus 5-7 kali.

h) Inguinal, genital dan anus :

Tidak ada gangguan dengan inguinal, genital, dan anus.

i) Genetalia

Kebersihan cukup, adanya perdarahan yang terus menerus, sehari px menghabiskan 3-5 pembalut.

j) Ekstremitas

pada ekstremitas atas akral dingin dan pucat, tangan sebelah kiri terpasang infus, pada ekstremitas bawah kaki dingin dan pucat.

3. Pemeriksaan penunjang :

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Normal
16 Juli 2013	Hemoglobin	11,4 gr%	13-16 gr%
	Leukosit	6000/ul	5000-10000/ul
	Trombosit	280.000	15000/40000/ul

b. Pemeriksaan radiologi

Terdapat tonjolan 8 cm di perut bagian bawah

4. Terapi :

- a) Infus RL 500 cc 20 tetes per menit.
- b) Ceftriaxon 1 gr/drip
- c) Antrain 3x1 Amp
- d) Ondansentron 3x1 Amp
- e) Diit TKTP

3.1.3 Analisa data

Tanggal 16-7-2013 pukul 14.00 WIB

Data 1

Data subyektif : klien mengatakan luka terasa sakit, klien juga mengatakan takut untuk bergerak karena habis operasi.

Data obyektif : a. Klien tampak membatasi gerak
b. Klien tampak menyeringai kesakitan
c. Skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk dalam kategori nyeri sedang)
d. Terdapat jahitan pada perut bagian bawah.
e. TTV : tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 88 x/menit, suhu 36°C, RR 24 x/menit.
f. Luka habis operasi.

Masalah : gangguan rasa nyaman nyeri

Kemungkinan penyebab : karena robekan dari jaringan saraf perifer.

Data 2

Data subyektif : klien mengatakan bagaimana keadaannya saat ini.

Data obyektif : a. Klien nampak cemas dengan keadaannya saat ini.
b. Klien tampak gelisah.
c. Klien sering bertanya tentang keadaannya.

Masalah : Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakitnya.

Kemungkinan penyebab : meminta informasi tentang penyakitnya.

Data 3

Data subyektif : klien mengatakan

Data obyektif : klien nampak lemah.

klien nampak berbaring ditempat tidur saja.

aktifitas klien selalu dibantu oleh oleh keluarga.

Masalah : gangguan intoleransi aktifitas berhubungan dengan pembatasan aktifitas pasca operasi.

Kemungkinan penyebab : karena pembatasan aktifitas pasca operasi.

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan bekas robekan pada jaringan saraf perifer.
2. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakitnya.
3. Gangguan intoleransi aktifitas berhubungan dengan pembatasan aktifitas pasca operasi.

3.3 Rencanan keperawatan

3.3.1 Diagnosa keperawatan pertama

Nyeri berhubungan dengan bekas robekan pada jaringan saraf perifer ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien tampak menyeringai kesakitan, skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk kategori nyeri sedang).

1. Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatanlien rileks, nyeri dapat berkurang.
2. Kriteria hasil : nyeri dapat terkontrol,tidak merasakan nyeri saat gerak
3. Rencana tindakan
 - 1) Kaji tingkat nyeri (skala).
Rasional : Untuk mengetahui skala nyeri.
 - 2) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi.
 - a) Infus RL 500 cc 20 tetes permenit
 - b) Ceftriaxon 1gr/drip
 - c) Antrain 3x1 Amp
 - d) Ondansentron 3x1 Amp
 Rasional : Untuk mengurangi rasa nyeri.
 - 3) Atur posisi tidur senyaman mungkin.
Rasional : Dengan posisi yang nyaman nyeri dapat berkurang.
 - 4) Ajarkan teknik relaksasi atau distraksi untuk mengurangi nyeri.
Rasional :Untuk mengurangi rasa nyeri.

3.3.2 Diagnosa keperawatan kedua

Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakitnya.

Klien sering bertanya tentang keadaannya, klien tampak gelisah.

1. Tujuan : klien mengerti tentang kondisinya saat ini.
2. Kriteria hasil : Menanyakan pemahaman proses penyakit, kemungkinan komplikasi, dan tindakan apa yang harus dilakukan.

3. Rencana tindakan :

- 1) Kaji proses penyakit, prosedur pembedahan, dan harapan yang akan datang.

Rasional :

Memberikan pengetahuan dasar dimana klien membuat pilihan tentang informasi .

- 2) Diskusikan perlunya keseimbangan kesehatan, nutrisi, makan dan pemasukan cairan yang adekuat.

Rasional :

Memberikan nutrisi optimal dan mempertahankan volume sirkulasi untuk meningkatkan regenerasi jaringan.

- 3) Anjurkan pilih jadwal istirahat sering dan periode aktifitas khususnya situasi saat duduk lama.

Rasional :

Mencegah dan membatasi kelemahan.

- 4) Monitor tanda-tanda vital.

Rasional :

Untuk mengetahui keadaan umum pasien

3.3.3 Diagnosa ketiga

Gangguan intoleransi aktifitas berhubungan dengan pembatasan aktifitas setelah operasi

1. Tujuan :Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam klien dapat melakukan aktifitasnya kembali, kebutuhan klien dapat terpenuhi.
2. Kriteria hasil : Klien dapat melakukan aktifitasnya sendiri.

3. Rencana tindakan.

1) Pantau aktifitas yang dapat dilakukan klien.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kelemahan klien.

2) Bantu klien untuk ambulasi dan tingkatkan aktifitas sesuai kebutuhan klien.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat aktifitas klien.

3) Bantu klien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

Rasional : Untuk membantu dalam pemenuhan kebutuhan klien.

3.4 Pelaksanaan (Catatan keperawatan)

3.4.1 Diagnosa keperawatan pertama

Nyeri berhubungan dengan bekas robekan pada jaringan saraf perifer ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien tampak menyeringai kesakitan, skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk kategori nyeri sedang).

Tanggal 16-7-2013 pukul 14.00

Memperkenalkan diri ke pasien dan melakukan hubungan saling percaya ke pasien dan keluarga.

a) Jam 14.00 WIB

Mengkaji klien dan menanyakan apa yang dirasakan klien saat ini, dan membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga.

Respon: Klien kooperatif dan bisa diajak kerjasama.

b) Jam 15.00 WIB

Observasi klien :

Respon: Tekanan darah :110/60 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Suhu :36 ° C

RR : 24 kali/menit

c) Jam 16.00 WIB

Menjelaskan klien tentang penyebab nyeri yang dirasakan klien saat ini .

Respon: klien mau menuruti apa kata perawat.

d) Jam 17.00 WIB.

Mengajarkan klien untuk relaksasi ambil nafas dan keluarkan secara perlahan agar nyeri berkurang.Dan massase bagian punggung agar klien merasa nyaman.

Respon: klien merasa lebih baik.

e) Jam 20.00 WIB

Melakukan injeksi : Ceftriaxon 3x1 gram, Antrain 3x1 Amp, Ondansentron 3x1Amp.

Respon: Klien mengerti dan mau diarahkan untuk proses kesembuhan penyakitnya.

Tanggal 17-6-2013 pukul 08.00

a) Jam 08.00

Menanyakan keadaan klien saat ini dan melakukan injeksi : Ceftriaxon 3x1 gram, Antrain 3x1 Amp, Ondansentron 3X1 Amp.

Respon: Untuk mempercepat kesembuhan klien.

b) Jam 09.00

Mengganti kasa bekas jahitan operasi dan menganjurkan klien untuk merawat bekas operasi agar tidak terinfeksi.

Respon: klien Nampak menyeringai.

c) Jam 10.00

Menganjurkan klien untuk minum obat yang telah diberikan perawat secara teratur.

Respon: klien kooperatif dan mau diarahkan.

d) Jam 11.00

Observasi klien.

Respon : tekanan darah 110/60 mmHg, suhu : $36^{\circ} C$., nadi 86 kali/menit, RR : 24 kali/menit

Tanggal 18-7-2013 pukul 07.30

a) Jam 07.30

Menanyakan keluhan klien dan menganjurkan klien untuk tidak membatasi gerak.

Respon: klien sangat kooperatif.

b) Jam 08.00

Melakukan injeksi Ceftriaxon 1 gram

Respon: klien sangat kooperatif dan mudah diarahkan.

c) Jam 12.00

Menyiapkan klien untuk pulang.

Respon: klien mau dibantu.

3.4.2 Diagnosa keperawatan kedua

Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakitnya ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, dan klien tampak gelisah.

Tanggal 16-7-2013 pukul 14.00

a) Jam 14.00

Menanyakan tentang perasaan klien sekarang

Respon: klien merasa keadaannya sudah mendingan.

b) Jam 11.00

Observasi klien

Respon: tekanan darah 110/60, suhu $36^{\circ}C$. Nadi 80 kali/menit, RR :20 kali/menit.

c) Jam 11.30

Menjelaskan kepada klien tentang keadaannya saat ini.

Respon: klien mengerti.

d) Jam 12.00

Mengajarkan klien untuk menjaga kebersihan yang benar untuk perawatan diri, apalagi setelah habis operasi.

Respon: klien selalu menjaga kebersihannya.

Tanggal 16-7-2013 pukul 08.00

a) Jam 08.00

Menanyakan keadaan klien.

Respon: klien sangat kooperatif.

b) Jam 10.00

Memberi kesempatan klien untuk mempraktekkan cuci tangan yang tepat dan benar.

Respon: klien mau menuruti semua kata perawat.

Tanggal 17-2013 pukul 07.30

a) Jam 08.00

Menanyakan keadaan klien

Respon: Klien Nampak lebih baik.

b) Jam 10.00

Menjelaskan keadaan klien bagaimana cara merawat luka yang benar saat dirumah.

Respon: klien mudah diarahkan.

Tanggal 18-7-2013

a) Menyiapkan klien untuk pulang

Respon: klien nampak senang karena sudah bisa pulang.

3.4.3 Diagnosa keperawatan ketiga

Gangguan intoleransi aktifitas berhubungan dengan pembatasan aktifitas setelah operasi, ditandai dengan klien Nampak lemah, klien hanya berbaring diatas tempat tidur dan semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga.

Tanggal 16-7-2013

a) Jam 14.00

Menanyakan keadaan klien saat ini.

Respon: klien nampak lebih baik.

b) Jam 15.30

Bantu klien dalam penuhan kebutuhannya sehari-hari

Respon: klien mudah diarahkan.

c) Jam 17.00

Menganjurkan klien untuk gerak aktif maupun pasif

Respon: klien sudah bisa miring kanan dan miring kiri.

Tanggal 17-7-2013

a) Jam 08.00

Menanyakan keluhan klien saat ini

Respon: klien nampak mendingan.

b) Jam 11.30

Menganjurkan klien untuk tidak berbaring diatas tempat tidur

Respon: klien sudah bisa miring kanan dan miring kiri.

Tanggal 18-7-2013

a) Jam 08.00

Menanyakan keadaan klien saat ini

Respon: klien sudah semakin baik

b) Jam 10.00

Menganjurkan klien untuk bergerak baik aktif maupun pasif

Respon: klien sangat mudah diarahkan.

c) Jam 12.00

Menyiapkan klien untuk pulang

Respon: klien nampak senang karena sudah bisa pulang.

3.5 Evaluasi

3.5.1 Catatan perkembangan

1. Nyeri berhubungan dengan bekas robekan pada jaringan saraf perifer ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien tampak menyeringai kesakitan, skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk kategori nyeri sedang).

Tanggal 16-7-2013 pukul 14.00

S : klien mengatakan jahitan masih terasa nyeri

O : tampak menyeringai kesakitan, tampak membatasi gerak, skala nyeri 3

A : masalah belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Tanggal 17-7-2013 pukul 08.00

S : klien mengatakan nyeri pada luka jahitan hilang timbul.

O : skala nyeri 2, wajah tampak rileks, klien tidak membatasi gerak

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi di lanjutkan bila nyeri terasa.

Tanggal 8-7-2013 pukul 07.30

S : klien mengatakan luka jahitan sudah tidak terasa nyeri sekali

O : skala nyeri 1, wajah tampak rileks, klien tidak membatasi gerak

A : masalah teratasi

P : pasien KRS, control kembali 3 hari lagi

2. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang proses penyakitnya ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, dan klien tampak gelisah

Tanggal 16-7-2013 pukul 14.00

S : klien mengatakan bagaimana keadaannya sekarang

O : klien sering bertanya tentang keadaannya, klien Nampak cemas dan gelisah

A : masalah belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

Tanggal 17-7-2013 pukul 08.00

S : klien mengatakan mengerti tentang penyakitnya sekarang

O : klien tampak tenang, klien sudah tidak sering bertanya tentang keadaannya

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan

Tanggal 18-7-2013

S : klien mengatakan mengerti tentang penyakitnya sekarang.

O : klien sudah tidak cemas dan gelisah lagi

A : masalah teratasi

P : intervensi dipertahankan

3. Gangguan intoleransi aktifitas berhubungan dengan pembatasan aktifitas setelah operasi ditandai dengan klien Nampak lemah dan hanya berbaring diatas tempat tidur dan semua aktifitas klien selalu dibantu oleh keluarga.

Tanggal 16-7-2013

S : klien mengatakan masih lemas

O : klien hanya berbaring diatas tempat tidur

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Tanggal 17-7-2013

S : klien mengatakan keadaanya saat ini sudah semakin membaik

O : klien sudah bisa turun dari tempat tidur.

A : masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

Tanggal 18-7-2013

S : klien mengatakan keadaanya saat ini sudah membaik

O : klien sudah turun dari tempat tidur

A : masalah teratasi

P : KRS pada tanggal 18 juli 2013.

3.5.2 Evaluasi

1. Nyeri berhubungan dengan bekas robekan pada jaringan saraf perifer ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien tampak menyeringai kesakitan, skala nyeri 3 (dalam skala 1-5 termasuk kategori nyeri sedang). Tujuan tercapai pada tanggal 18 Juli 2013 pukul 12.30. klien tampak rileks, klien dapat beradaptasi dengan nyeri, klien tidak membatasi gerak.
2. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakitnya sekarang ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, dan klien tampak gelisah. Tujuan tercapai pada tanggal 18 Juli 2013 pukul 12.30 Klien tampak tenang, klien tidak sering bertanya tentang keadaannya.

3. Gangguan intoleransi aktifitas berhubungan dengan pembatasan aktifitas setelah operasi ditandai dengan klien Nampak lemah dan hanya berbaring diatas tempat tidur, dan semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga. Tujuan tercapai pada tanggal 18-7-2013 pada pukul 12.30 klien sudah bisa memenuhi kebutuhannya sendiri tanpa dibantu oleh keluarga.