

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dari hasil pengamatan pada penderita post operasi mastoidektomi radikal rekonstruksi yang menjalani rawat inap di ruang THT RSUD dr. Soetomo Surabaya, dari tanggal 31 Maret 2001 sampai 13 April 2001 yang meliputi pemberian asuhan keperawatan post operasi sebagai berikut :

3.1 Pengkajian mulai tanggal 4 April 2001

3.1.1 Pengumpulan Data tanggal 4 April 2001

1) Identitas Klien

Nama saudara D, umur 14 tahun, Jenis kelamin laki-laki, pendidikan SMP, agama Islam, alamat Jl. Jagir Surabaya, tanggal masuk Rumah Sakit 3 April 2001 dengan diagnosa medis mastoiditis kronis, nomor register 022886.

2) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada daerah operasi, dan telinga berdenging, skala nyeri 5 (nyeri sedang).

3) Riwayat kesehatan

(1) Riwayat Penyakit Dahulu

Klien sering sakit flu dan sering korek telinga kanan tidak pernah sakit hipertensi, diabetes millitus maupun penyakit menular (TB, asma, hepatitis, Aïds).

(2) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien mengatakan telinganya mengeluarkan cairan sejak dia kelas 4 SD, pada umur 10 tahun (4 tahun yang lalu) pada telinga kanan dan pendengarannya berkurang kadang-kadang telinga berdenging, nyeri dan sering pusing.

Klien mengeluh ke orang tuanya yang akhirnya diantar ke poli THT untuk periksa keadaan anaknya, atas anjuran dokter dirawat di rumah dan diberi obat. Setelah 3 bulan keluhan tersebut bertambah, nyeri di telinga yang akhirnya dibawa orang tuanya ke poli THT lagi. Pada pemeriksaan radiologi sudah terjadi kolesteatoma dan granulasi oleh dokter dianjurkan untuk operasi. Klien masuk rumah sakit tanggal 3 April 2001 di ruang THT dan tanggal 4 April dilakukan operasi mastoidotomi radikal rekonstruksi.

(3) Riwayat penyakit keluarga

Dalam keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit keturunan (hipertensi, diabetes mellitus, jantung) dan penyakit menular (asma, TBC, hepatitis, dll). Dan tidak ada yang sakit mastoiditis seperti yang pasien alami

4) Pola fungsi kesehatan.

(1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Klien menganggap bahwa kesehatan sangat penting, sehingga klien selalu berobat ke puskesmas terdekat atau segera beli obat bila sakit. Klien mandi setiap hari 2 kali dalam sehari. Setelah

masuk Rumah Sakit klien mandi 2 kali sehari dan ganti baju 2 kali sehari.

(2) Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit klien biasa makan 3 x sehari dengan porsi nasi, sayur, lauk, buah kadang-kadang minum susu atau teh, dan air putih \pm 6-8 gelas perhari. Selama di rumah sakit setelah post operasi, Klien tidak enak makan habis $\frac{1}{2}$ porsi dari yang disediakan Rumah Sakit karena merasa mual dan mau muntah serta merasakan nyeri ditelinga bila dibuat menelan. Berat badan turun dari 45 kg sebelum masuk Rumah Sakit menjadi 41 kg (9%) setelah perawatan.

(3) Pola aktifitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit klien sebagai pelajar SMP mulai berangkat sekolah jam 07.00 sampai dengan 14.00 dan sisa waktu digunakan untuk bermain disore hari, mengaji dan belajar di malam hari.

Selama dirumah sakit, setelah post operasi klien merasa badannya lemah tapi tidak begitu berpengaruh pada aktivitas sehari-hari meskipun pada awalnya perlu bantuan minimal dari orang tuanya..

(4) Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit klien BAB 1 kali perhari, BAK 5-6 x perhari.

Selama dirumah sakit BAB 1 x perhari dan BAK 5-7 x perhari tidak ada gangguan dalam BAB / BAK..

(5) Pola tidur dan istirahat

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan tidur \pm 10 jam perhari dari tidur siang 2 jam dan tidur malam 8 jam.

Saat dirumah sakit sesudah post operasi klien mengatakan sulit untuk tidur nyenyak, mudah terbangun, mata kemerahan dan sayu, sering menguap. Tidur \pm 6 jam perhari.

(6) Pola persepsi sensori dan kognitif.

Klien mengatakan tidak ada gangguan dalam penglihatan, peraba, perasa dan penciuman tetapi dalam pendengaran klien merasa kurang begitu jelas bila kata-kata tidak diulangi dengan suara keras, klien mengerti tentang jenis penyakitnya dan tahu kalau telinga keluar cairan, terasa nyeri serta akan dilakukan operasi.

(7) Pola persepsi diri

Tidak ada respon negatif baik verbal maupun non verbal dari klien maupun keluarga yang menyebabkan karena perubahan pada struktur tubuhnya, klien dan keluarga juga kooperatif bila dilakukan pemeriksaan / tindakan

(8) Pola hubungan dan peran

Hubungan klien dengan keluarga baik dan harmonis begitu juga dengan petugas kesehatan selama dalam perawatan. Klien sebagai anak yang patuh terhadap orang tuanya.

(9) Pola reproduksi dan seksual

Klien berjenis kelamin laki-laki, umur 14 tahun sudah dikhitan, belum berkeluarga.

(10) Pola penanggulangan stress

Klien sering bertanya pada orang tuanya kalau ada masalah dengan temannya.

(11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Sebelum masuk rumah sakit dan selama dirumah sakit klien beribadah sesuai dengan agamanya.

5) Pemeriksaan fisik (Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

(1) Keadaan umum

Kondisi lemah, kesadaran composmentis dengan GCS 456
tanda-tanda vital T : 100/70 mmHg, N: 92 x/menit, S : 36⁵ °C,
RR : 20 x/menit, berat badan 41 kg, tinggi badan 150 cm.

(2) Kepala dan rambut

Tidak ada kelainan dalam kepala dan rambut.

(3) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan limfe

(4) Mata

Tidak ada kelainan / gangguan dalam penglihatan

(5) Hidung

Tidak ada kelainan / gangguan penciuman, tidak ada cuping hidung dan suara nafas tambahan.

(6) Telinga

Ada luka operasi pada telinga kanan terpasang bebat (tampon) penurunan fungsi pendengaran jaringan patologis hilang / bersih, ada sedikit pendarahan di bebat.

(7) Dada dan thorax

Bentuk dada normal tidak ada kelainan / gangguan tidak ada suara nafas tambahan pergerakan exspirasi dan inspirasi seimbang.

(8) Abdomen

Bising usus 15x/menit, mual dan mau muntah, meteorismus, tidak ada massa/lesi.

(9) Genetalia

Tidak ada kelainan pada alat genetalia.

(10) Anus

Tidak ada haemoroid.

(11) Integumen

Ada luka insisi pada telinga kanan, tidak ada cyanosis.

6) Pemeriksaan Khusus

(1) Pemeriksaan telinga

Telinga kanan terdapat adanya jaringan granulasi kolesteatoma dan adanya otore.

(2) Pemeriksaan audiogram tanggal 3 April 2001

Dinyatakan adanya tuli campuan dengan hasil telinga kiri AC : 30 Db, BC : 17,5 Db pada telinga kanan AC : 37 Db, BC : 17,5 Db.

(3) Pemeriksaan radiologi tanggal 1 April 2001

Tampak adanya sklerotik perianthlatriage kanan.

(4) Laboratorium tanggal 3 April 2001

Kreatinin serum	: 3 mg /dl (l: 1,5 ; p: 1,2)
SGOT	: 24 u/l (< 12 u/l)
SGPT	: 24 u/l (< 12 u/l)
LED	:13 mm/jam (15 mm/jam)
PPT	:12,8 detik (kontrol 12,4 detik)
APPT	: 28,8 detik (kontrol 28,4 detik)
Hb	: 13,3 g/dl (13-16 gr/dl)
Leukosit	: $5,1 \cdot 10^9$ /dl (4,3-11,3)

3.1.2 Analisa Data

Setelah pengumpulan data diatas kemudian dikelompokkan sehingga didapatkan suatu masalah sebagai berikut :

1) Kelompok data pertama tanggal 4 April 2001 pukul 13.00 WIB.

(1) Data subyektif

Klien mengatakan nyeri pada luka operasi.

(2) Data obyektif

Pasien menyeringai waktu dipegang luka daerah operasi, ekspresi wajah tegang, terdapat luka operasi telinga kanan, skala nyeri 5 (nyeri sedang). tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu 36°C , RR : 20 x / menit.

(3) Kemungkinan penyebab : terputusnya inkontinuitas jaringan.

(4) Masalah : rasa nyaman (nyeri).

2) Kelompok data kedua tanggal 4 April 2001 pukul 17.00 WIB.

(1) Data subyektif

klien mengatakan tidak enak makan, mual dan mau muntah, terasa nyeri bila buat menelan.

(2) Data obyektif

Porsi makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, menyeringai waktu menelan, mual dan mau muntah bila makan, meteorismus, berat badan turun dari 45 kg menjadi 41 kg (9 %), ada luka pembedahan ditelinga kanan. tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu 36°C , RR : 20 x / menit.

(3) Kemungkinan penyebab : mual-muntah dan nyeri waktu menelan.

(4) Masalah : kebutuhan nutrisi kurang.

3) Kelompok data ketiga tanggal 4 April 2001 pukul 17.00 WIB.

(1) Data subyektif

Klien mengatakan tidak bisa tidur nyenyak, mudah terbangun.

(2) Data obyektif

Sering terbangun, mata kemerahan dan sayu sering menguap, tidur \pm 6 jam sehari, ada luka operasi dan rasa nyeri tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu 36°C , RR : 20 x / menit.

(3) Kemungkinan penyebab : nyeri luka operasi

(4) Masalah : kebutuhan istirahat / tidur kurang

4) Kelompok data keempat tanggal 4 April 2001 pukul 13.00 WIB.

(1) Data subyektif

Klien mengatakan pendengarannya berkurang.

(2) Data obyektif

Adanya luka operasi dan tampon, bila diajak bicara diulang dengan suara keras.

Test audiogram telinga kiri AC 30 Db, BC : 17,5 Db pada telinga kanan 37 Db, BC:17,5 Db, Radiologi adanya sklerotik peri anthaltriage kanan. tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu 36°C , RR : 20 x / menit.

(3) Kemungkinan penyebab : penurunan pendengaran sekunder.

(4) Masalah : perubahan sensori (pendengaran).

3.1.3 Perumusan Diagnosa Keperawatan

Dari analisis data diatas dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien post operasi mastoidektomi radikal rekonstruksi diantaranya :

- 1) Gangguan rasa nyaman (nyeri) yang berhubungan dengan adanya luka operasi ditandai dengan klien menyeringa menahan sakit, sering memegangi luka operasi, skala nyeri 5 (nyeri sedang) terdapat luka operasi di telinga kiri tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu $36^5 0C$, RR : 20 x / menit.
- 2) Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan nafsu makan menurun akibat pengaruh obat anastesi ditandai dengan tidak enak waktu makan, mual dan mau muntah, nyeri waktu menelan, berat badan turun dari 45 kg menjadi 41 kg (9 %). tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu $36^5 0C$, RR : 20 x / menit.
- 3) Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan nyeri luka operasi ditandai dengan klien sering terbangun saat tidur, waktu tidur \pm 6 jam perhari, mata sayu dan kemerahan, sering menguap. Adanya luka operasi. tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu $36^5 0C$, RR : 20 x / menit.
- 4) Perubahan persepsi sensori (pendengaran) yang berhubungan dengan penurunan pendengaran sekunder terhadap pembedahan telinga ditandai dengan bila berkomunikasi harus dengan suara

keras dan diulang, adanya tampon dan luka operasi. tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu 36°C , RR : 20 x / menit.

3.2 Perencanaan

Tahap perencanaan dibawah ini disusun berdasarkan prioritas masalah yaitu yang mengancam jiwa, mengganggu fungsi organ, mengganggu kesehatan (Lismidar, 1990).

Adapun perencanaan berdasarkan perioritas adalah sebagai berikut :

3.2.1 Diagnosa keperawatan I tanggal 4 April 2001 pukul 13.00 WIB.

Gangguan rasa nyaman (nyeri) yang berhubungan dengan adanya luka operasi ditandai dengan klien menyeringa menahan sakit, ekspresi wajah tegang, skala nyeri 5 (nyeri sedang) terdapat luka operasi di telinga kanan tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu 36°C , RR : 20 x / menit.

Tujuan :

Nyeri yang dialami pasien berkurang / hilang dalam waktu 1 x 24 jam.

Kriteria hasil :

- 1) Pasien tidak menyeringai kesakitan.
- 2) Ekspresi wajah tenang.
- 3) Skala nyeri dalam batas normal.
- 4) Klien dapat melakukan relaksasi / distraksi.
- 5) Tanda-tanda vital dalam batas normal.

Rencana tindakan :

- 1) Lakukan pendekatan secara terapeutik dengan klien dan keluarga.
- 2) Kaji status nyeri (lokasi, intensitas dan penyebaran).
- 3) Pertahankan tirah baring dalam lingkungan yang nyaman.
- 4) Ajarkan tehnik distraksi / relaksasi.
- 5) Observasi tanda-tanda vital.
- 6) Lakukan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik.

Rasional :

- 1) Dapat membantu dalam melaksanakan tindakan perawatan.
- 2) Mengetahui kemajuan nyeri / keadaan klien dan menentukan tindakan selanjutnya.
- 3) Klien dapat merasa nyaman dan tenang.
- 4) Metode relaksasi dan distraksi dapat mengurangi nyeri.
- 5) Dapat mengetahui gejala dini yang timbul dan tindakan selanjutnya.
- 6) Analgesik berfungsi sebagai depresan sistem syaraf pusat yang dapat mengurangi / menghilangkan nyeri.

3.2.1 Diagnosa keperawatan II tanggal 4 April 2001 pukul 17.00 WIB.

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan nafsu makan menurun akibat pengaruh obat anastesi ditandai dengan tidak enak waktu makan, mual dan mau muntah, nyeri waktu menelan, berat badan turun dari 45 kg menjadi 41 kg (9 %). tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu 36°C , RR : 20 x / menit.

Tujuan :

Kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi dalam waktu 3 x 24 jam.

Kriteria hasil :

- 1) Pasien tidak mual dan muntah
- 2) Nafsu makan meningkat
- 3) Tanda-tanda vital dalam batas normal

Rencana tindakan :

- 1) Lakukan pendekatan secara terapeutik pada pasien dan keluarga.
- 2) Anjurkan untuk melakukan nafas dalam.
- 3) Berikan porsi sedikit-sedikit tapi sering dan bersihkan mulut setelah dan sesudah makan.
- 4) Hindari rangsang yang dapat menyebabkan muntah (bau-bauan yang merangsang).
- 5) Konsultasi dengan dokter dalam pemberian antiemetik.

Rasional :

- 1) Dapat membantu dalam melaksanakan tindakan perawatan.
- 2) Diharapkan dapat mengurangi rasa mual dan muntah.
- 3) Memberikan rasa nyaman dan memenuhi kebutuhan nutrisi tubuh.
- 4) Menghindari rangsang dapat mencegah terjadinya muntah.
- 5) Antiemetik dapat mengurangi rasa mual dan muntah.

3.2.2 Diagnosa keperawatan III tanggal 4 April 2001 pukul 17.00 WIB.

Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan nyeri luka operasi ditandai dengan klien sering terbangun saat tidur, waktu tidur \pm 6 jam

perhari, mata sayu dan kemerahan, sering menguap. Adanya luka operasi. Tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu $36^5 \text{ } ^\circ\text{C}$,
RR : 20 x / menit

Tujuan :

Gangguan pola tidur tidak terjadi dalam waktu 1 x 24 jam

Kriteria hasil :

- 1) Dapat menjelaskan faktor penghambat tidur.
- 2) Mendokumentasikan tehnik untuk mempermudah tidur.
- 3) Klien dapat tidur \pm 10 jam / hari.
- 4) Tanda-tanda kurang tidur hilang / berkurang.

Rencana tindakan :

- 1) Lakukan pendekatan secara terapeutik pada pasien dan keluarga.
- 2) Mengidentifikasi faktor-faktor penyebab dan penunjang (nyeri).
- 3) Kurangi distraksi lingkungan (cahaya lampu, kebisingan, percakapan).
- 4) Tingkatkan tidur dengan menggunakan bantuan (alat nafas dalam, minum susu hangat, membaca).
- 5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik.

Rasional :

- 1) Dapat membantu melaksanakan tindakan perawatan.
- 2) Mengetahui faktor penyebab dan menentukan tindakan selanjutnya.
- 3) Membantu memperkecil gangguan dalam periode tidur.
- 4) Mempercepat berlangsungnya periode tidur.
- 5) Analgesik dapat mengurangi rasa nyeri.

3.2.3 Diagnosa keperawatan IV tanggal 4 April 2001 pukul 13.00 WIB.

Perubahan persepsi sensori (pendengaran) yang berhubungan dengan penurunan pendengaran sekunder terhadap pembedahan telinga ditandai dengan bila berkomunikasi harus dengan suara keras dan diulang, adanya tampon dan luka operasi. tensi : 100/70 mmHg, nadi : 92 x/menit, suhu 36°C , RR : 20 x / menit.

Tujuan :

Perubahan persepsi sensori (pendengaran) teratasi dalam jangka waktu 2 x 24 jam.

Kriteria hasil :

- 1) Pasien melaporkan kebutuhan yang telah terpenuhi dengan adekuat.
- 2) Pasien menyangkal perasaan terisolasi dan mampu komunikasi.
- 3) Pasien mampu mendemonstrasikan cara menggunakan alat bantu dengar.

Rencana tindakan :

- 1) Lakukan pendekatan dengan cara terapeutik pada pasien dan keluarga.
- 2) Kaji perubahan persepsi sensori pendengaran.
- 3) Bila bicara dengan menghadap klien.
- 4) Pertahankan papan dan pensil disamping tempat tidur untuk penulisan pesan-pesan bila diperlukan.
- 5) Kolaborasi dalam pemberian alat bantu dengar.

Rasional :

- 1) Dapat membantu dalam melaksanakan tindakan perawatan.
- 2) Mengetahui sejauh mana tingkat perubahan sensori pendengaran.
- 3) Dapat membaca gerakan bibir.
- 4) Membantu mengatasi gangguan pendengaran.
- 5) Untuk mempermudah komunikasi.

3.3 Pelaksanaan

3.3.1 Tanggal 4 April 2001

Diagnosa I

- 13.00 1) Melakukan pendekatan secara terapeutik dengan klien dan keluarga. Respon klien kooperatif, mau menjawab dan bertanya kepada perawat.
- 14.00 2) Mencatat lokasi, durasi, intensitas dan penyebaran dari rasa nyeri. Respon klien baik bila ditanya nyeri bagian mana dan apabila diperiksa daerah nyerinya.
- 3) Menjelaskan pada klien bahwa nyeri yang timbul akibat dari pemotongan jaringan, penarikan jaringan serta spasmen otot-otot pada luka operasi yang banyak terdapat syaraf-syaraf perifer yang merangsang timbulnya nyeri. Respon klien mengerti dan menerima tindakan yang akan dilakukan.

- 4) Mengajarkan klien melaksanakan teknik distraksi dan relaksasi bila timbul nyeri, yaitu melakukan nafas dalam. Respon klien mau melakukan nafas dalam kalau nyeri timbul atau baca majalah (komik).

Diagnosa II

- 17.30 1) Memonitor pada pola makan apakah ada mual dan muntah, penurunan nafsu makan dan porsi yang dihabiskan serta mengajarkan nafas dalam bila rasa mual dan mau muntah. Respon klien mau menerima dan latihan nafas dalam.

Diagnosa III

- 1) Memantau pada pola tidur klien sehabis operasi mastoidektomi radikal rekonstruksi dan menjelaskan faktor penghambat tidur karena nyeri dan mendemonstrasikan / mengajarkan tehnik-tehnik untuk mempermudah tidur. Respon klien mau menerima dan mencoba untuk minum susu.

Diagnosa IV

- 15.00 1) Menanyakan pada klien apakah sudah terbiasa dengan bebat di telinga, berkomunikasi secara berhadapan dengan klien. Respon klien masih berusaha untuk bisa berkomunikasi walaupun dengan suara yang diulang dan keras.
- 2) Mengukur suhu tubuh. tensi : 100/80 mmHg, nadi : 88 x/menit, suhu 36,2 °C, dan memberikan obat oral.

- Klindamisin 150 mg
- Asam mefenamat 250 mg

Respon pasien obat diminum, tidak ada reaksi alergi.

3.3.2 Tanggal 5 April 2001

Diagnosa I

- 07.30
- 1) Memonitor keadaan klien. Respon klien kooperatif nyeri berkurang ekspresi wajah tenang.
 - 2) Observasi tanda-tanda vital tensi : 100/80 mmHg, nadi : 88 x/menit, suhu 36 °C.
 - 3) Mengganti bebat dan merawat luka, luka bersih, ada darah di bebat, tidak ada otonore, pendengaran belum pulih, nyeri berkurang.

Diagnosa II

- 07.30
- 1) Menanyakan apakah mual dan muntah masih ada. Respon klien menjawab mual dan muntah berkurang. Porsi habis ½ porsi, bising usus 15 x /menit, ekspresi wajah tenang.

Diagnosa III

- 12.00
- 1) Memonitor pola tidur klien waktu tidur siang. Tidak mudah terbangun, mata tidak kemerahan dan tidak sayu, hambatan tidur berkurang, minum susu hangat sebelum tidur.
 - 2) Memberikan terapi oral
 - klindamicin 150 mg
 - Asam mefenamat 250 mgklien minum obat yang diberikan, tidak ada reaksi alergi.

Diagnosa IV

08.00 1) Berkomunikasi secara berhadapan. Respon klien berusaha menjawab pertanyaan petugas kesehatan. Bila tidak dimengerti menulis di kertas yang disediakan.

3.3.3 Tanggal 6 April 2001

Diagnosa II

07.30 1) Monitor porsi makan yang dihabiskan pasien, $\frac{1}{2}$ porsi habis dan tidak ada mual – muntah, ekspresi wajah tenang.

2) Mengganti bebat dan merawat luka, luka bersih tidak ada otore, pendengaran belum pulih, tidak ada tanda-tanda infeksi.

11.00 3) Memberikan terapi oral

- klindamicin 150 mg
- Asam mefenamat 250 mg

klien minum obat yang diberikan, tidak ada reaksi alergi.

11.30 4) Klien pulang dari rumah sakit menjelaskan tentang

- Perawatan selama luka belum sembuh jangan terkena air, gunakan pelindung kepala bila mandi.
- Kontrol rutin dua hari setelah pulang dari Rumah Sakit dan minum obat secara teratur.
- Nutrisi ditingkatkan untuk kekebalan tubuh.
- Kebersihan diri dijaga dengan jangan mengorek-ngorek telinga.
- Keluarga mampu berkomunikasi dengan klien

3.4 Evaluasi

3.4.1 Diagnosa I tanggal 5 April 2001 pukul 08.00 WIB.

Gangguan rasa nyaman (nyeri) yang berhubungan dengan adanya luka operasi ditandai dengan klien menyeringa menahan sakit, ekspresi wajah tegang, skala nyeri 5 (nyeri sedang) terdapat luka operasi di telinga kanan.

- 1) Data Subyektif : Klien mengeluh nyeri pada luka operasi sudah berkurang.
- 2) Data Obyektif : Ekspresi wajah tenang, klien dapat melakukan distraksi / relaksasi, tensi : 100/80 mmHg N: 88x/mnt S: 36⁰C RR: 20x/mnt
- 3) Asesmant : Masalah teratasi sebagian
- 4) Planning : Rencana 3, 4, 5, dan 6 diteruskan yaitu pertahankan lingkungan yang nyaman, lakukan distraksi / relaksasi bila timbul nyeri, observasi tanda-tanda vital dan kolaborasi dengan dokter.

3.4.2 Diagnosa II tanggal 6 April 2001 pukul 08.00 WIB.

Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan menurunnya nafsu makan akibat pengaruh obat anasthesi ditandai dengan tidak enak waktu makan, mual dan mau muntah, nyeri waktu menelan, berat badan turun dari 45 kg menjadi 41 kg (9 %)

- 1) Data Subyektif : Klien mengatakan nafsu makan meningkat, tidak mual-muntah.
- 2) Data Obyektif : Tidak ada mual-muntah, porsi yang disajikan habis, ekspresi wajah segar, tidak nyeri waktu menelan.
- 3) Assesment : Masalah teratasi
- 4) Planning : Rencana tindakan dihentikan.

3.4.3 Diagnosa III Tanggal 5 April 2001 pukul 08.00 WIB.

Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan nyeri luka operasi

- 1) Data Subyektif : Klien mengatakan dapat tidur dengan tenang dan nyeri berkurang.
- 2) Data Obyektif : Tidak mudah terbangun, mata tidak kemerahan, tidak sering menguap, waktu tidur \pm 8 jam perhari.
- 3) Assesment : Masalah teratasi
- 4) Planning : Rencana tindakan dihentikan

3.4.4 Diagnosa IV tanggal 6 April 2001 pukul 08.00 WIB.

Perubahan persepsi sensori (pendengaran) yang berhubungan dengan penurunan pendengaran sekunder ditandai dengan bila berkomunikasi harus dengan suara keras dan diulang, adanya tampon / bebat ditelinga kanan dan adanya luka operasi.

- 1) Data Subyektif : Klien mengatakan pendengarannya belum pulih dan mampu membaca gerakan bibir.

- 2) Data Obyektif : Berkomunikasi dengan membaca gerakan bibir, ada tampom (Bebat ditelinga)
- 3) Assesment : Masalah teratasi sebagian
- 4) Planning : Rencana tindakan no. 3, 4, 5 dilanjutkan yaitu dengan berbicara menghadap pasien, mempertahankan papan dan pensil ditempat tidur, kolaborasi dengan dokter dan pemberian alat bantu dengar.