BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan data dari klien mioma uteri (post op Miomastomy) di ruang Edelweis Rumah Sakit Umum Daerah dr. Mohamad Soewandhie Surabaya. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 06 - 08 Juli 2015.

3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 06 Juli 2015 pukul 18.00.

1. Identitas

   Nama Nn. H, usia 32 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, alamat Dupak V/74 Surabaya, agama Islam, pekerjaan swasta, status belum menikah, nama yang bertanggung jawab Tn A, Usia 58 tahun, suku Jawa, bangsa Indonesia, pendidikan SD, alamat Dupak V/74 Surabaya, agama Islam, pekerjaan swasta, status ayah klien, tanggal MRS 05 Juli 2015 pukul 18.00 nomer rekam medic 426434.

2. Keluhan Utama

   Klien mengatakan pusing.

3. Riwayat Kesehatan / Penyakit Sekarang

   Sebelumnya klien merasakan pusing, perutnya terasa membesar disertai perdarahan sejak 12 Juni 2015 banyak dan menggumpal, klien sering kencing ± 28 kali sehari. Klien sudah dibawa ke RSUD dr. M Soewandhie pada tanggal 24 Juni 2015 dan hanya meminta untuk dilakukan rawat jalan. Setelah itu keadaan klien semakin memburuk dan dibawa lagi ke RSUD dr. M

Soewandhie pada tanggal 05 Juli 2015, langsung menjalani operasi dan hari ini adalah hari pertama post op myomastomy.

a) Riwayat Kesehatan Penyakit Dahulu

Klien mengatakan sebelumnya tidak punya penyakit seperti ini, klien juga mengatakan bahwa dirinya tidak pernah mengalami masalah reproduksi, hanyasaja klien sering mengalami nyeri haid (dismenorrhoe).

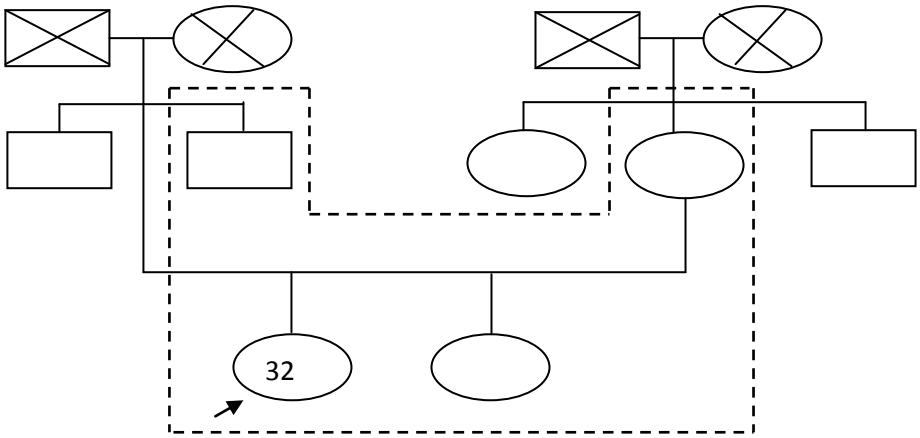
b) Riwayat Kesehatan Penyakit Keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga tidak terdapat penyakit menular seperti Hipertensi dan Diabetes Melitus.

c) Riwayat Psikososial

Klien mengatakan sejak diketahui bahwa klien mengalami penyakit ini, klien merasa malu. Klien juga kooperatif dengan tindakan keperawatan yang dilakukan.

d) Genogram



Keterangan : : Laki-laki meninggal : Laki-laki hidup

: Perempuan meninggal : Perempuan hidup

32 : Klien : tinggal satu rumah

e) Riwayat Obsetric

a. Riwayat haid menarche 15 tahun, siklus 30 hari, lamanya 7 hari, terkadang disertai nyeri haid (disminorrhoe).

b. Riwayat Perkawinan

Klien belum menikah

c. Riwayat Kehamilan

Klien belum pernah hamil.

f) Pola – Pola dan Fungsi Kesehatan.

a. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat.

Pre Op : Klien mengatakan mengerti tentang perilaku hidup sehat seperti menjaga kebersihan diri dan lingkungannya, makan makanan yang bergizi, tidak merokok dan menghindari asap rokok, serta tidak minum minuman yang beralkohol. klien juga jarang memeriksakan kesehatannya ke rumah sakit atau puskesmas terdekat, klien memeriksakan kesehatannya apabila ada keluhan saja.

Post Op : Klien mengatakan setelah dioperasi, klien tidak pernah mandi dan hanya diseka oleh ibunya di tempat tidur dikarenakan klien harus bedrest total, klien juga jarang gosok gigi. Namun setelah menjalani operasi, klien lebih memahami tentang perilaku hidup sehat, juga pentingnya memeriksakan kesehatan secara rutin ke rumah sakit atau puskesmas terdekat.

b. Pola Nutrsi dan Metabolisme.

Pre Op : Klien mengatakan makannya tidak teratur terkadang 3 kali sehari, terkadang 2 kali sehari dengan menu yang tidak seimbang seperti nasi dengan lauk saja tanpa sayur, terkadang nasi dengan sayur saja tanpa lauk, dikarenakan klien terbiasa dengan makan makanan seadanya yang dimasakkan oleh ibunya.

Post Op : Klien mengatakan belum boleh makan karena belum kentut setelah operasi.

c. Pola Aktifitas dan Latihan.

Pre Op : Klien mengatakan biasanya bekerja sebagai penjaga toko, klien juga sering mengerjakan pekerjaan rumah sepulang kerja seperti mencuci baju, menyapu, mengepel dan mencuci piring.

Post Op : Klien mengatakan bahwa dokter menyarankan agar klien bedrest total dan membatasi aktifitas, untuk buang air kecil klien sudah terpasang kateter, untuk buang air besar dan makan klien dibantu oleh keluarga, sedangkan untuk mandi, klien diseka oleh ibunya.

d. Pola Eliminasi

Pre Op : Klien mengatakan buang air kecil sedikit tapi sering ± 28 kali sehari dengan urine berwarna merah berbau amis dan sedikit keruh. Klien juga buang air besar 1 kali sehari di pagi hari dengan feces lembek, dan tidak terdapat darah.

Post Op : Klien mengatakan untuk buang air kecil sudah terpasang kateter, banyak urine ± 1000cc / 24 jam dengan urine berwarna kuning kemerahan, berbau amis. Untuk buang air besar, klien dibantu oleh keluarga, dikarenakan klien harus bedrest total dan tidak boleh turun dari tempat tidur.

e. Pola Tidur dan Istirahat

Pre Op : Klien mengatakan tidak pernah tidur siang karena klien bekerja, untuk tidur malamnya ± 6 jam mulai dari jam 22.00-04.00, klien biasanya tidur dengan penerangan redup dan berselimut tebal.

Post Op : Klien mengatakan belum tidur setelah operasi.

f. Pola Sensori Kongnitif

Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami gangguan pada panca indra seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan dan perabaan. Namun saat ini klien merasa nyeri pada luka operasi, dan klien percaya bahwa penyakitnya bisa disembuhkan. Klien juga belum terlalu mengerti tentang penyakitnya.

g. Pola Persepsi Diri

Klien khawatir apabila penyakitnya ini akan berdampak pada sistem reproduksinya.

h. Pola Hubungan dan Peran

Klien mengatakan hubungan dengan keluarga di rumah harmonis, Klien lebih dekat dengan ibunya.

i. Pola Reproduksi Seksual

Klien seorang perempuan, belum pernah pernah menikah, belum pernah hamil, dan belum pernah melahirkan.

j. Pola Penanggulangi Stres

Klien mengatakan urusan pekerjaan adalah hal yang sering membuatbya stress dan apabila klien mengalami stress dan ada masalah, klien selalu bercerita dengan ibunya.

k. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pre Op : Klien mengatakan beragama Islam, rajin sholat, dan dapat membaca Al-Qur'an.

Post Op : Klien mengatakan tidak sholat dan tidak membaca Al-Qur'an. Klien beranggapan bahwa penyakitnya ini adalah cobaan dari Allah SWT .

Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Kesadaran compos mentis, tekanan darah 100/60 mmHg, Suhu 37,2 °C, nadi 82 kali permenit teraba lemah, respirasi 22 kali permenit, berat badan 53 kg.

b. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala

Klien terlihat pucat, bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan dan nyeri tekan, rambut bersih tidak didapatkan odem pada wajah dan palpebra. Ekspresi wajah menyeringai dan cemas.

2. Leher

   Bentuk simetris, nadi karotis teraba, tadak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada benjolan dan nyeri tekan.

3. Mata

   Bentuk simetris, sklera putih, konjungtiva anemis, tidak ada benjolan dan nyeri tekan

4. Telinga

   Bentuk simetris, tidak ada otore dan serumen, tidak ada benjolan dan nyeri tekan.

5. Hidung

   Terdapat bulu hidung, hidung bersih, tidak terdapat secret, tidak ada benjolan dan nyeri tekan.

6. Dada

   Bentuk dada flat chast, tidak ada jejaz, bentuk payudara simetris, tidak terdapat benjolan, saat dilakukan perkusi, suara paru terdengar sonor dan suara jantung terdengar redup, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi dan wezzing. SI dan S2 tunggal.

7. Abdomen

   Terdapat luka operasi, nyeri di bagian perut, luka operasi kemerahan. ± 8cm.

8. Genitalia

   Kebersihan cukup, tidak terdapat perdarahan

9. Anus

   Tidak terdapat hemoroid. Kebersihan cukup

10. Punggung

    Tidak terdapat kelainan, bentuk simetris.

11. Integumen

    Crt > 2 detik, turgor kulit jelek, akral DBP, integritas kulit jelek.

12. Muskuluskeletal

    Klien terlihat lemas tidak dapat mengangkat kaki karena nyeri pada luka operasi.

c. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

   Hasil pemeriksaan lab tanggal 06 Juli 2015

   <u>Darah Lengkap</u>

H.B	: 5,1 g/dL	(W: 12-16 P: 14-18 g/Dl)
Erytrosit	: 2,08 10^6/UL	(W: 4,2-5,4 P: 4,6-6,2 10^6/UL)
Hematokrit	: 16,9 %	(W: 37-43 P: 40-48 %)
Leukosit	: 7,69 10^3/UL	(4,0-10,0 10^3/UL)

   <u>Hitung Jenis</u>

Esofil	:0,9 %	(1-4%)
Basofil	: 0,1 %	(0-1%)
Neutrofil	: 64,9%	(50-70%)
Limfosit	: 27,3 %	(20-36%)
Monosit	: 6,8 %	(2-8%)

2. Pemeriksaan Radiologi tanggal 06 Juli 2015

   Terdapat tonjolan 9 cm dibawah perut

3. Terapi tanggal 06 Juli 2015 (post op)

   Infus RL 500 CC 20 tetes permenit.

   Ceftriaxone 1 gr/drip

   Antrain 3x1 amp

   Ondansentron 3x1 amp

   Tranfusi PRC 1 bag

   Diit TKTP

3.1.2 Analisa Data

1. Kelompok data pertama (tanggal 06 Juli 2015 pukul 18.00)

   Data Subjektif

   Klien mengatakan pusing

   Data Objektif

   a. Klien terlihat lemas dan pucat
   b. Akral dingin
   c. Tensi 100/60 mmHg, nadi 82 kali per menit teraba lemah, suhu 37,2°C, pernafasan 22 kali per menit.
   d. CRT > 2 detik
   e. HB 5,1 g/dL

   Masalah : Gangguan perfusi jaringan perifer.

   Kemungkinan penyebab : Penurunan HB.

2. Kemompok data ke dua (tanggal 07 Juli 2015 pukul 08.00)

   Data Subjektif

   Klien mengatakan nyeri pada luka operasi.

Data Objektif

a. Wajah menyeringai kesakitan

b. Skala nyeri 6 dari 1-10.

c. Tensi 100/60 mmHg, nadi 82 kali per menit, suhu 37,2°C, pernafasan 22 kali per menit.

d. Terdapat luka post op ± 8cm di perut bagian bawah.

Masalah : Nyeri Akut

Kemungkinan Penyebab : Robekan pada jaringan perifer.

3. Kelompok data ke tiga (tanggal 06 Juli 2015 pukul 18.00)

Data Subjektif

Klien mengatakan tidak bisa bergerak karena takut nyeri pada luka operasi.

Data Objektif

a. Klien hanya berbaring di tempat tidur.

b. Klien tampak lemah dan terlihat kesakitan saat bergerak.

c. Tensi 100/60 mmHg, nadi 82 kali per menit, suhu 37,2°C, pernafasan 22 kali per menit.

d. Klien post op hari pertama.

Masalah : Gangguan mobilitas fisik (hambatan).

Kemungkinan Penyebab : Nyeri pada luka operasi.

4. Kelompok data ke empat (tanggal 06 Juli 2015 pukul 18.00)

Data Subjektif

Klien mengatakan ingin mengetahui tentang penyakitnya.

Data Objektif

a. Klien cemas dengan keadaannya saat ini.

b. Klien tampak gelisah.

c. Klien sering bertanya tentang keadaannya.

Masalah : Kurangnya pengetahuan

Kemungkinan Penyebab : Kurangnya informasi.

3.2.1 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan HB.
2. Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas robekan pada jaringan perifer.
3. Gangguan mobilitas fisik (hambatan) berhubungan dengan nyeri.
4. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi.

3.2 Intervensi

3.2.1 Diagnosa Keperawatan Pertama

1. Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan HB ditandai dengan klien tampak lemas dan pucat, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 82 kali permenit teraba lemah, respirasi 22 kali permenit, CRT > 2 detik, HB 5,1 g/Dl.

   <u>Tujuan</u>

   Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1X24 jam, HB dapat meningkat.

Kriteria Hasil

Aakral HKM, tekanan darah dalam batas normal (110-120 / 70-80 mmHg), nadi dalam batas normal (60-100 kali permenit), respirasi dalam batas normal (15-20 kali permenit), CRT > 2 detik.

Rencana Tindakan:

a. Observasi Tanda – Tanda Vital

   Rasional: untuk mengetahui keadaan umum klien.

b. Pantau tanda tanda kekurangan cairan.

   Rasional: untuk mengetahui kebutuhan cairan klien.

c. Motivasi klien untuk banyak minum 2544cc.

   Rasional: untuk membantu memenuhi kebutuhan cairan klien.

d. Berikan pengertiaan kepada klien tentang penutunan HB..

   Rasional: agar klien mengerti dan memahami tentang penurunan HB, serta klien kooperatif dengan tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

e. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi

   Infus RL 500 CC 20 tetes permenit.

   Rasional: untuk membantu kebutuhan cairan klien melalui intra vena.

3.3.2 Diagnosa keperawatan ke dua

Nyeri akut berhubungan dengan luka robekan pada jaringan perifer ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien menyeringai kesakitan, skala nyeri 7 dari 1-10.

Tujuan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2X24 jam, klien tampak releks dan nyeri dapat teratasi.

Kriteria hasil

a. Klien memperlihatkan pengendalian nyeri, seperti mengenali penyebab nyeri, melaporkan nyeri, serta melakukan tindakan pencegahan.
b. Menunjukkan tingkat nyeri seperti ekspresi pada wajah, gelisah atau ketegangan otot, durasi nyeri, serta merintih atau menangis.
c. Tanda – tanda vital dalam batas normal, tensi (110-120/70-80), nadi (60-100 kali/menit), suhu (36-37,5 °C), RR (15-20 kali/menit).

Rencana tindakan

a. Kaji skala nyeri (PQRST)

   Rasional : untuk mengetahui skala nyeri.
b. Berikan posisi yang nyaman bagi klien

   Rasional: dengan posisi yang nyaman, nyeri dapat berkurang.
c. Ajarkan teknik distraksi relaksasi

   Rasional: untuk mengurangi rasa nyeri, agar klien merasa releks.
d. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi

   Infuse RL 500 CC 20 tetes permenit.

   Ceftriaxone 1 gr/drip

   Antrain 3x1 amp

   Ondansentron 3x1 amp

   Rasional: untuk mengurangi rasa nyeri.

3.3.3 Diagnosa Keperawatan Ke Tiga

Gangguan mobilitas fisik (hambatan) berhubungan dengan nyeri dengan klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur saja, dan semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga.

Tujuan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2X24 jam, klien dapat melakukan aktivitasnya kembali sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi.

Kriteria hasil

a. Klien dapat mencapai mobilitas di tempat tidur.
b. Klien dapat mendemonstrasikan mobilitas seperti koordinasi, performa posisi tubuh, serta pergerakan otot sendi.

Rencana tindakan

a. Meningkatkan kenyamanan dan keamanan.

   Rasional: agar klien merasa nyaman dan aman.
b. Memfasilitasi postur dan pergerakan dalam melakukan aktivitas.

   Rasional: mencegah keletihan dan ketegangan atau cedera muskuloskeletal.
c. Memfasilitasi pelatihan otot resistif secara rutin.

   Rasional: untuk mempertahankan atau meningkatkan kekuatan otot.
d. Membantu menggerakkan tubuh aktif atau pasif.

   Rasional: untuk mempertahankan atau mengembalikan fleksibilitas sendi.

3.3.4 Diagnosa Keperawatan Ke Empat

Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, dank lien tampak gelisah.

Tujuan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1X24 jam, klien dan keluarga dapat mengetahui tentang penyakit yang dialami oleh klien.

Kriteria hasil

Klien dan keluarga mengerti tentang penyakit yang dialami oleh klien, sehingga klien dan keluarga dapat kooperatif dalam tindakan keperawatan.

Rencana tindakan

a. Kaji tingkat pengetahuan klien dan keluarga.

   Rasional: Untuk mengetahui pengetahuan klien dan keluarga mengenai keadaan klien.

b. Beri informasi kepada klien dan keluarga tentang kondisi klien dengan cara yang tepat.

   Rasional: agar klien dan keluarga lebih mudah memahami dan mengetahui keadaan klien yang sebenarnya.

c. Beri informasi kepada klein dan keluarga tentang kemajuan keadaan klien dengan cara yang tepat serta diskusikan pilihan terapi dan penanganan.

   Rasional: agar klien dan keluarga memiliki pandangan terapi dan penanganan yang tepat bagi klien.

d. Dukung klien untuk mengekspresikan atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan.

Rasional: supaya dapat memberikan terapi sesuai dengan kondisi klien.

3.4 Implementasi (Catatan Keperawatan)

3.4.1 Diagnosa Keperawatan Pertama

Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan HB ditandai dengan klien tampak lemas dan pucat, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 82 kali permenit teraba lemah, respirasi 22 kali permenit, CRT > 2 detik, HB 5,1 g/Dl.

Tanggal 06 Juli 2015

1. Jam 18.00

   Memantau tanda – tanda kekurangan volume cairan yaitu mukosa bibir kering, klien merasa haus.

   Respon klien: klien merasa lemas.

2. Jam 19.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

   Tekanan darah: 100/60 mmHg

   Nadi: 82 kali permenit

   Suhu: 37,2°C

   Respirasi: 22 kali permenit.

3. Jam 20.00

   Memberikan pengertian kepada klien tentang penyebab penurunan HB.

   Respon klien: klien masih kurang kooperatif

4. Jam 21.00

Memotivasi klien untuk banyak minum 2544cc

Respon klien: klien menuruti dan segera minum.

5. Jam 22.00

   Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien tidur saat perawat melakukan injeksi

Tanggal 07 Juli 2015

1. Jam 08.00

   Menanyakan keadaan klien saat ini dan melakukan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien merasa lebih baik

2. Jam 09.00

   Memberikan tranfusi PRC 1 bag dan mengganti kasa bekas jahitan operasi serta menganjurkan klien untuk merawat luka operasi agar tidak terinfeksi.

   Respon klien: klien kooperatif karena klien ingin cepat sembuh.

3. Jam 10.00

   Memantau hasil leb klien, terutama HB.

   Respon klien: klien merasa tidak begitu lemas.

4. Jam 11.00

   Observasi tanda – tanda vital klien.

   Tekanan darah: 100/70 mmHg

   Nadi: 84 kali permenit

   Suhu: 37°C

Respirasi: 21 kali permenit.

Tanggal 08 Juli 2015

1. Jam 08.00

   Menanyakan keadaan klien dan memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien merasa lebih baik, dan klien mulai kooperatif dengan tindakan keperawatan yang dilakukan.

2. Jam 09.00

   Memberikan tranfusi PRC 1 bag dan mengganti kasa bekas jahitan operasi serta menganjurkan klien untuk merawat luka operasi agar tidak terinfeksi serta memotivasi klien untuk miring kanan dan kiri.

   Respon klien: klien kooperatif dan mau melakukan miring kanan dan kiri.

3. Jam 10.00

   Memantau hasil leb klien (HB).

   Respon klien: klien merasa lebih baik, tidak selemas kemarin.

4. Jam 11.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

   Tekanan darah: 100/70 mmHg

   Nadi: 88 kali permenit

   Suhu: 37,5°C

   Respirasi: 24 kali permenit.

3.4.2 Diagnosa Keperawatan Ke Dua

Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas robekan pada jaringan perifer ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien menyeringai kesakitan, skala nyeri 7 dari 1-10.

Tanggal 06 Juli 2015

1. Jam 18.00

   Mengkaji skala nyeri.

   Respon klien: klien merasa nyeri pada luka oprasi.

2. Jam 19.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

   Tekanan darah: 100/60 mmHg

   Nadi: 82 kali permenit

   Suhu: 37,2°C

   Respirasi: 22 kali permenit.

3. Jam 20.00

   Menjelaskan penyebab nyeri yang dirasakan oleh klien

   Respon klien : klien kurang kooperatif sehingga kurang bisa menerima informasi yang telah disampaikan.

4. Jam 21.00

   Mengajarkan teknin distraksi relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien

   Respon klien: klien enggan untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi yang sudah diajarkan

5. Jam 22.00

   Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien tidur saat perawat melakukan injeksi.

Tanggal 07 Juli 2015

1. Jam 08.00

   Menanyakan keadaan klien saat ini dan melakukan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien merasa lebih baik

2. Jam 09.00

   Mengkaji skala nyeri.

   Respon klien: klien merasa tidak begitu nyeri setelah dilakukan injeksi.

3. Jam 10.00

   Memberikan posisi yang nyaman pada klien

   Respon klien: klien kooperatif dan merasa lebih nyaman.

4. Jam 11.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

   Tekanan darah: 100/70 mmHg

   Nadi: 84 kali permenit

   Suhu: 37°C

   Respirasi: 21 kali permenit.

Tanggal 08 Juli 2015

1. Jam 08.00

   Menanyakan keadaan klien dan memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien merasa lebih baik, dan klien mulai kooperatif dengan tindakan keperawatan yang dilakukan.

2. Jam 09.00

   Mengkaji skala nyeri.

   Respon klien: klien merasa nyeri sudah berkurang.

3. Jam 10.00

   Mengajarkan teknik distraksi relaksasi.

   Respon klien: klien kooperatif dan bersedia mengikuti.

4. Jam 11.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

   Tekanan darah: 100/70 mmHg

   Nadi: 88 kali permenit

   Suhu: 37,5°C

   Respirasi: 24 kali permenit.

3.4.3 Diagnosa Keperawatan Ke Tiga

Gangguan mobilitas fisik (hambatan) berhubungan dengan nyeri dengan klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur saja, dan semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga.

Tanggal 06 Juli 2015

1. Jam 18.00

   Memantau aktifitas yang dapat dilakukan klien.

   Respon klien: klien mengatakan hanya dapat berbaring di tempat tidur.

2. Jam 19.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

   Tekanan darah: 100/60 mmHg

   Nadi: 82 kali permenit

   Suhu: 37,2°C

   Respirasi: 22 kali permenit.

3. Jam 20.00

   Menjelaskan kepada klien agar bedrest total.

   Respon klien : klien kurang kooperatif sehingga kurang bisa menerima informasi yang telah disampaikan.

4. Jam 21.00

   Mengajarkan klien untuk miring kanan dan kiri.

   Respon klien: klien kurang kooperatif.

5. Jam 22.00

   Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien tidur saat perawat melakukan injeksi.

Tanggal 07 Juli 2015

1. Jam 08.00

   Menanyakan keadaan klien saat ini dan melakukan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien merasa lebih baik

2. Jam 09.00

   Membantu klien mengganti pempers di tempat tidur

   Respon klien: klien kooperatif.

3. Jam 10.00

   Mengajarkan klien untuk miring kanan dan kiri.

   Respon klien: klien masih takut untuk miring kanan dan kiri.

4. Jam 11.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

   Tekanan darah: 100/70 mmHg

   Nadi: 84 kali permenit

   Suhu: 37°C

   Respirasi: 21 kali permenit.

Tanggal 08 Juli 2015

1. Jam 08.00

   Menanyakan keadaan klien dan memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien merasa lebih baik, dan klien mulai kooperatif dengan tindakan keperawatan yang dilakukan.

2. Jam 09.00

   Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang mobilitas fisik.

   Respon klien: klien kooperatif dan mengerti tentang penjelasan yang diberikan oleh perawat.

3. Jam 10.00

   Mengajarkan klien untuk miring kanan dan kiri.

   Respon klien: klien mulai kooperatif.

4. Jam 11.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

   Tekanan darah: 100/70 mmHg

   Nadi: 88 kali permenit

   Suhu: 37,5°C

   Respirasi: 24 kali permenit.

3.4.4 Diagnosa Keperawatan Ke Empat

Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, dank lien tampak gelisah.

Tanggal 06 Juli 2015

1. Jam 18.00

   Menanyakan tentang perasaan klien sekarang

   Respon klien: klien merasa keadaannya sudah mendingan

2. Jam 19.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

Tekanan darah: 100/60 mmHg

Nadi: 82 kali permenit

Suhu: 37,2°C

Respirasi: 22 kali permenit.

3. Jam 20.00

   Menanyakan kepada klien tentang penyakit yang dialami klien

   Respon klien : klien mengatakan kurang mengetahui dan memahami tentang penyakitnya.

4. Jam 21.00

   Menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang Mioma Uteri.

   Respon klien: klien kurang kooperatif.

5. Jam 22.00

   Memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien tidur saat perawat melakukan injeksi.

Tanggal 07 Juli 2015

1. Jam 08.00

   Menanyakan keadaan klien saat ini dan melakukan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien merasa lebih baik

2. Jam 09.00

   Menanyakan kembali tentang penjelasan yang diberikan oleh perawat tentang mioma uteri.

Respon klien: klien hanya memahami sebagian dari apa yang telah disampaikan oleh perawat.

3. Jam 10.00

   Menjelaskan kembali tentang mioma uteri kepada klien dan keluarga.

   Respon klien: klien masih sering bertanya kepada perawat.

4. Jam 11.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

   Tekanan darah: 100/70 mmHg

   Nadi: 84 kali permenit

   Suhu: 37°C

   Respirasi: 21 kali permenit.

Tanggal 08 Juli 2015

1. Jam 08.00

   Menanyakan keadaan klien dan memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, antrain 1 amp, ondansentron 1 amp.

   Respon klien: klien merasa lebih baik, dan klien mulai kooperatif dengan tindakan keperawatan yang dilakukan.

2. Jam 09.00

   Menanyakan kembali tentang penjelasan yang diberikan oleh perawat tentang mioma uteri.

   Respon klien: klien sudah memahami tentang penjelasan yang diberikan perawat.

3. Jam 10.00

Memberikan dukungan kepada klien untuk mengungkapkan keluhan yang dirasakan.

Respon klien: klien merasa lebih tenang setelah mendapatkan penjelasan dari perawat.

4. Jam 11.00

   Observasi tanda – tanda vital klien

   Tekanan darah: 100/70 mmHg

   Nadi: 88 kali permenit

   Suhu: 37,5°C

   Respirasi: 24 kali permenit.

3.1 Evaluasi

3.1.1 Catatan Perkembangan

Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan HB ditandai dengan klien tampak lemas dan pucat, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 82 kali permenit teraba lemah, respirasi 22 kali permenit, CRT > 2 detik, HB 5,1 g/Dl.

Tanggl 07 Juli 2015

S : Klien mengatakan masih pusing dan lemas

O : Klien masih terlihat lemas dan pucat, akral dingin tensi 100/70 mmHg, nadi 84 kali permenit, suhu 37°C, HB 5,8 mg/dL.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

2. Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas robekan pada jaringan perifer ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien menyeringai kesakitan, skala nyeri 7 dari 1-10.

Tanggal 07 Juli 2015

S : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi sedikit berkurang

O : Klien hanya berbaring di tempat tidur, klien tampak lemah, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 84 kali permenit, skala nyeri 6 dari 1-10.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

Tanggal 08 Juli 2015

S : Klien mengatakan nyeri pada luka operasi sedikit berkurang

O : Klien hanya berbaring di tempat tidur, klien tampak lemah, klien sudah mau belajar miring kanan dan kiri, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 88 kali permenit, skala nyeri 4 dari 1-10.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

3. Gangguan mobilitas fisik (hambatan) berhubungan dengan nyeri dengan klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur saja, dan semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga.

Tanggal 07 Juli 2015

S : Klien mengatakan tidak boleh turun dari tempat tidur dan harus membatasi aktivitasnya, dan masih takut untuk miring kanan dan kiri.

O : Klien hanya berbaring di tempat tidur, klien tampak lemah, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 84 kali permenit.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

Tanggal 08 Juli 2015

S : Klien mengatakan tidak boleh turun dari tempat tidur dan harus membatasi aktivitasnya, dan klien sudah mau belajar miring kanan dan kiri.

O : Klien hanya berbaring di tempat tidur, klien tampak lemah, tekanan darah 100/70 mmHg, nadi 88 kali permenit.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi dilanjutkan

4. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, dank lien tampak gelisah.

Tanggal 07 Juli 2015

S : Klien mengatakan sedikit mengetahui tentang penyakit yang dialaminya.

O : Klien sudah tidak sering bertanya lagi kepada perawat tentang penyakitnya..

A : Masalah teratasi sebagian.

P : Intervensi dilanjutkan

3.5.2 Evaluasi

1. Gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan HB ditandai dengan klien tampak lemas dan pucat, tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 82 kali permenit teraba lemah, respirasi 22 kali permenit, CRT > 2 detik, HB 5,1 g/Dl. Tujuan tercapai sebagian pada tanggal 07 Juli 2015. HB meningkat 5,8 g/Dl, serta klien merasa pusing sedikit berkurang, dan klien merasa lebih segar.
2. Nyeri akut berhubungan dengan luka bekas robekan pada jaringan perifer ditandai dengan klien tampak membatasi gerak, klien menyeringai kesakitan, skala nyeri 7 dari 1-10. Tujuan tercapai sebagian tanggal 08 Juli 2015. Klien tampak lebih releks dari sebelumnya dan nyeri sudah berkurang.
3. Gangguan mobilitas fisik (hambatan) berhubungan dengan nyeri ditandai dengan klien tampak lemah dan hanya berbaring di tempat tidur saja, dan semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga.Tujuan tercapai sebagian tanggal 08 Juli 2015. Klien sudah mau belajar miring kanan dan kiri, serta klien sudah bisa makan secara mandiri.
4. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit ditandai dengan klien sering bertanya tentang keadaannya, dank lien tampak gelisah. Tujuan tercapai sebagian tanggal 07 Juli 2015. Klien sudah lebih memahami tentang penyakitnya dan sudah tidak sering bertanya lagi tentang penyakitnya.