

BAB III

GAMBARAN KASUS

A. Pengkajian Kasus

Pada hari minggu 21 Januari 2024 pukul 06.30 wib seorang pasien Laki-laki inisial Tn A usia 31 tahun datang ke IGD RSUD Muara Teweh di antar oleh keluarganya dengan keluhan kurang lebih sudah 7 hari yang lalu ada mual, muntah, nafsu makan berkurang dan merasakan nyeri di perut. Pasien mengatakan 5 bulan yang lalu pernah mengalami sakit yang sama namun nyerinya hilang saat minum obat yang dibeli di apotik terdekat. Saat di lakukan pemeriksaan oleh dokter umum pasien di haruskan untuk rawat inap.

1. *Pre Op*

Pengkajian *Pre op* di lakukan pada tanggal 21 Januari 2024 pukul 10.00 wib, di dapatkan pasien mengatakan perut terasa mual, nyeri perut nyeri bertambah pada saat beraktifitas berat seperti memindah posisi motor, nyeri berkurang ketika klien beristirahat, P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q : seperti di tusuk-tusuk, R : nyeri dibagian perut bawah menjalar sampai ke pinggang, S : Skala 4, T : tiba-tiba, durasi 1-5 menit. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis E4M6V5, tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 90 x/menit, Suhu 36,2°C, pernapasan 20 x/menit, pada pemeriksaan *airway breathing* tidak ada otot bantuan nafas, suara vesikuler, tidak ada sesak, irama nafas reguler dan tidak terpasang alat bantuan napas. Pada pemeriksaan *circulation* teraba nadi kuat dengan hasil 90 x/menit, tidak di dapatkan kelainan bunyi jantung S1 dan S2 terdengar tunggal dan tidak terdengar suara tambahan. Pasien dapat menggunakan indra penciumannya dengan baik, mampu menggerakkan mata ke segala arah, tidak memakai gigi palsu, dapat mengkerutkan dahi, mampu mendengar dengan baik, dapat menelan dengan baik dan mampu mengangkat bahu. Pada pemeriksaan *bladder* tidak ada nyeri tekan, tidak ada *distended* abdomen, tidak terpasang kateter urine. Pada pemeriksaan

abdomen bentuk simetris, tidak ada ascites, adanya nyeri tekan pada *Mc Burney* yaitu di sepertiga dari umbilikus ke fossa ilaka kanan, pasien tampak meringis saat menekuk kaki kanan hingga menyentuh dada, pasien tampak memegang perut nya. Pada pemeriksaan integumen dan ekstremitas turgor kulit elastis, tidak pucat, pasien dapat menggerakkan anggota tubuh dengan normal, ROM bebas/aktif tidak ada kelainan pada tulang. Hasil pemeriksaan dan diagnosa dokter menunjukkan pasien didiagnosa apendisitis akut, pasien kemudian pindah ke ruang perawatan bedah yaitu ruang teratai dan direncanakan besok untuk dilakukan operasi apendektomi tanggal 22 januari 2024 pukul 09.00 wib, riwayat keluarga dan pasien belum pernah ada riwayat operasi sebelumnya.

2. Post Op

Pengkajian dilakukan pada hari senin tanggal 22 Januari 2024 pukul 14.00 di ruang rawat inap bedah (Teratai) 3 jam setelah dilakukan tindakan operasi apendektomi dengan pembedahan daerah abdomen kuadran kanan bawah. Saat pengkajian didapatkan pada tangan sebelah kiri terpasang inf cairan RL 12 tpm/24 jam, hasil pemeriksaan tidak ada suara nafas tambahan dengan irama jantung reguler dan tidak ada kelainan jantung. Pada pemeriksaan fisik kesadaran composmentis TD : 120/70mmHg, N:110 x/menit, RR : 24 x/menit, S : 36,7⁰C, SpO₂: 99% tanpa O₂ dan menurut skala Coma Glaslow, pasien memiliki respon motorik sebesar 6, respon bicara sebesar 5 dan respon membuka mata sebesar 4 dengan total GCS mencapai 15 yang menandakan pasien dengan kesadaran penuh, pasien terpasang kateter urine jumlah urine sebanyak 450cc tertampung di urine bag, terdapat luka operasi pada abdomen bagian kanan bawah, panjang luka insisi ±6 cm Luka tampak tertutup kasa bersih dengan ukuran kasa 4x9 cm dan tertutup hypapix, luka tampak belum kering, tidak ada edema dan tidak ada pus, pasien mengatakan nyeri pada bagian luka operasi dan nyeri bertambah bila berpindah posisi, aktivitas pasien di bantu oleh istrinya. Pasien tampak meringis dan gelisah saat nyeri muncul dan sering memegang area yang sakit yaitu pada perut kanan bawah. Pengkajian skala nyeri dengan *Numeric Rating Scale* (NRS) didapatkan karakteristik nyeri, P : Luka post operasi apendektomi, Q : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, R

: Nyeri perut sebelah kanan bawah di area luka bekas operasi, S : Ketika di tanya rentang skala nyeri 1-10, nyeri terletak pada angka berapa, pasien mengatakan terletak pada angka 6 (nyeri sedang), T: Nyeri hilang timbul dan saat bergerak tiba-tiba nyeri muncul selama 1-10 menit, Hasil pemeriksaan penunjang hemoglobin 15,6 gr/dl, Leukosit 12,6 /mm³.

B. Asuhan Keperawatan

1. Analisa data

a. Pre Op

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri perut sebelah kanan bawah seperti di tusuk-tusuk dan datangnya tiba-tiba. • Karakteristik nyeri P : Proses penyakit apendicitis akut Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Bagian perut bawah S : Skala nyeri 4 T : tiba-tiba nyeri muncul selama 1-5 menit <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis • Pasien tampak gelisah • Terdapat nyeri tekan pada titik <i>Mc burney</i> • TTV TD : 130/90mmHg 	<p>Agen pencedera fisiologis (Inflamasi)</p>	Nyeri Akut

	N : 90 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36,2 ⁰ C		
2	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan takut dan cemas dengan tindakan operasi • Pasien mengatakan ini adalah operasi pertamanya <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat cemas • pasien terlihat tegang • Istri pasien tampak selalu menemani di sebelah pasien • TD : 130/90mmHg • N : 90 x/menit 	Krisis situasional	Ansietas

b. Post Op

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi • Pasien mengatakan nyeri semakin terasa apabila bergerak • Pasien mengatakan nyeri timbul 3 jam setelah operasi dengan frekuensi dan durasi 1-10 menit. nyeri terasa menusuk-nusuk • Karakteristik nyeri P : Luka post operasi Apendektomi Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Bagian perut bawah S : Skala nyeri 6 	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Nyeri Akut

	<p>T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak tiba-tiba nyeri muncul selama 1-10 menit</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampak luka post op tertutup kasa bersih • Panjang luka \pm 6cm • Pasien meringis ketika timbul nyeri • Pasien tampak gelisah dan sering memegang area yang sakit yaitu pada perut kanan bawah • TTV <p>TD : 120/70mmHg</p> <p>N : 110 x/menit</p> <p>RR : 24 x/menit</p> <p>Suhu : 36,7⁰C</p>		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyeri pada perut sebelah kanan bawah • Pasien mengatakan luka berasa panas <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka post operasi pada perut kananbawah • Luka tampak belum kering, tidak ada edema dan tidak ada pus • Luka tertutup kassa steril • Suhu : 36,7⁰C • Leukosit : 12,6 /mm³ 	Efek prosedur invasif	Risiko infeksi

C. Diagnosa Keperawatan

Dari pengkajian yang sudah dilakukan maka didapatkan masalah keperawatan pada Tn. A sebagai berikut:

1. Pre Op

- a. Nyeri akut b/d Agen pencedera fisiologis (Inflamasi)(D.0077)
- b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

2. Post Op

- a. Nyeri akut b/d Agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)
- b. Risiko infeksi b/d efek prosedur invasif (D.0142)

D. Intervensi Keperawatan

1. Pre Op (21 januari 2024)

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosis nyeri akut yang dialami pasien bertujuan untuk menurunkan tingkat nyeri (L.08066) dalam waktu 60 menit. Kriteria hasil pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu keluhan nyeri menurun, merintih dan gelisah menurun, frekuensi nadi membaik dan stabil, tekanan darah membaik dalam batas normal, kesejahteraan psikologis pasien meningkat, dan dukungan sosial dari teman dan keluarga meningkat. Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi nyeri adalah manajemen nyeri (I.08238)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 120 menit diharapkan tingkat ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun dan latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. Rencana tindakan yang diberikan adalah monitor tingkat ansietas, ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, anjurkan keluarga memberikan motivasi kepada pasien untuk melakukan reduksi ansietas salah satunya yaitu melatih relaksasi napas dalam (I.09314)

2. Post Op (22 januari 2024)

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosis nyeri akut yang dialami pasien bertujuan untuk menurunkan tingkat nyeri (L.08066) dalam waktu 60 menit. Kriteria hasil pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan SLKI yaitu keluhan nyeri

menurun, merintih dan gelisah menurun, frekuensi nadi membaik dan stabil, tekanan darah membaik dalam batas normal, kesejahteraan psikologis pasien meningkat, dan dukungan sosial dari teman dan keluarga meningkat. Rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi nyeri adalah manajemen nyeri (I.08238)

Rencana asuhan keperawatan untuk diagnosis Risiko infeksi bertujuan untuk menurunkan tingkat infeksi (I.14137) pada luka insisi post operasi apendektomi. Kriteria hasil demam menurun, nyeri berkurang, bengkak menurun dan kadar sel darah putih membaik. Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah ini adalah dengan mencegah infeksi (I.14539)

E. Implementasi Keperawatan

1. Pre Op

a. Nyeri akut b/d Agen pencedera (inflamasi)

Implementasi manajemen nyeri pada 21 Januari 2024, Pre-Op mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non-verbal, berkolaborasi pemberian *analgesic*: diberikan ketorolac 30 mg/Iv. Fridelly dkk (2023) mengungkapkan bahwa perubahan skala nyeri pasien dipengaruhi dengan adanya pemberian obat. Hal ini dikarenakan semua obat yang mempunyai efek analgetik efektif untuk mengatasi nyeri dan akhirnya akan memberikan rasa nyaman pada orang yang menderita.

b. Ansietas b/d krisis situasional

Implementasi terapi relaksasi tanggal 21 Januari 2024 mengidentifikasi tanda-tanda vital, mengajarkan teknik relaksasi, memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit pasien

2. Post Op

a. Nyeri akut b/d Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Manajemen Nyeri post op apendektomi 22 Januari 2024 pukul 14.00 WIB dengan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri, memberikan dan mengajarkan teknik

nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri : perawat mengajarkan teknik napas dalam dan metode pengalihan nyeri dengan memberikan teknik relaksasi benson atau bercerita dengan orang terdekat, mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian ketorolac 30 mg/Iv

b. Risiko infeksi b/d efek prosedur invasif

Implementasi pencegahan infeksi 22 Juli 2024 dengan memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi. KIE pasien pulang untuk melakukan perawatan luka, Melakukan pencegahan infeksi dirumah dengan mempertahankan luka tetap kering, memperingati pasien agar tidak memberikan obat-obatan tradisional pada luka yang masih basah, mencuci tangan, Edukasi peningkatan nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka, pemberian obat antibiotik.

F. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan menunjukkan bahwa tindakan manajemen nyeri pemberian analgesic injeksi IV ketorolac 30mg dan pemberian teknik non farmakologi dapat menurunkan nyeri yang semula di skala 6 (sedang) menjadi skala 3 (ringan), mobilisasi membaik, serta tidak ditemukan tanda-tanda adanya luka infeksi