**BAB III**

**GAMBARAN KASUS**

1. **Pengkajian**

Pada hari sabtu 06 Juli 2024 pukul 18.50 wib seorang pasien perempuan inisial Ny. H usia 41 tahun datang ke IGD RSUD Muara Teweh di antar oleh keluarganya dengan keluhan kurang lebih sudah 5 hari yang lalu nyeri perut kanan bawah tembus kepinggang, kadang-kadang demam. Saat di lakukan pemeriksaan oleh dokter umum pasien di haruskan untuk rawat inap dan pasien dijadwalkan untuk dilakukan pemeriksaan USG Abdomen, dan mendapatkan jadwal USG Abdomen pada tanggal 09 Juli 2024, Hasil pemeriksaan dan diagnosa dokter menunjukkan pasien didiagnosa Nefrolitiasis, dan direncanakan tindakan operasi nefrolitotomi pada tanggal 11 Juli 2024.

1. ***Pre Op***

Pengkajian dilakukan pada hari Rabu tanggal 10 Juli 2024 pukul 10.00 wib dengan keluhan nyeri di perut bawah kanan bawah tembus ke pingang, P : proses penyakit nefrolitiasis, Q : seperti di tusuk-tusuk, R : nyeri dibagian perut bawah menjalar sampai ke pinggang, S : Skala 4, T : tiba-tiba, durasi 10-15 menit. Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis E4M6V5, tekanan darah 130/85 mmHg, Nadi 90 x/menit,Suhu 36,5˚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 terdengan tunggal dan tidak terdengar bunyi 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 asites. Pada pemeriksaan integumen dan ekstremitas turgor kulit elastis, tidak pucat, pasien dapat menggerakan anggota tubuh dengan normal, ROM bebas/aktif tidak ada kelainan pada tulang. Hasil pemeriksaan dan diagnosa dokter menunjukkan pasien didiagnosa Nefrolitiasis, pasien kemudian direncanakan untuk dilakukan operasi Nefrolitotomi tanggal 11 Juli 2024 pukul 13.00 WIB, riwayat keluarga dan pasien belum pernah ada riwayat operasi sebelumnya.

1. ***Post Op***

Pengkajian dilakukan pada hari kamis tanggal 11 Juli 2024 pukul 18.00 di ruang rawat inap bedah (Teratai) 3 jam setelah dilakukan tindakan operasi Nefrolitotomi dengan pembedahan daerah abdomen kuadran kanan bawah. Saat pengkajian didapatkan pada tangan sebelah kiri terpasang inf cairan RL 16 tpm, hasil pemeriksaan tidak ada suara nafas tambahan dengan irama jantung reguler dan tidak ada kelainan jantung. Pada pemeriksaan fisik kesadaran composmentis TD :130/80mmHg, N:100 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,7°C, SpO2: 99% tanpa O2 dan GCS 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 ± 15 cm, Luka tampak tertutup kasa bersih dengan ukuran kasa 5 x 19 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 suaminya. 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 Nefrolitotomi 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 7 ( nyeri sedang), T: Nyeri hilang timbul dan saat bergerak tiba-tiba nyeri muncul selama 1-10 menit.

**Tabel 3.1 Analisa data**

1. ***Pre Op***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Etiologi | Masalah Keperawatan |
| DS : * Pasien mengatakan nyeri perut sebelah kanan bawah tembus

DO : * P : Proses Penyakit Nefrolitiasis

Q : Nyeri seperti tertusuk- tusukR : Bagian perut bawahS : Skala nyeri 4T : tiba-tiba nyeri muncul selama 10-15 menit* Pasien tampak meringis Pasien tampak gelisah
* TTV

TD : 130/85 mmHgN: 90 x/menit RR: 20 x/menitSuhu: 36,5°C | Agen Pencedera fisiologis | Nyeri akut |
| DS :* Pasien mengatakan takut dan cemas dengan tindakan operasi
* Pasien mengatakan ini adalah operasi pertamanya

DO : * Pasien terlihat cemas
* Pasien terlihat tegang
* Suami pasien tampak selalu menemani di sebelah pasien
 | Krisis situasional | Ansietas |

1. ***Post Op***

| Data | Etiologi | Masalah Keperawatan |
| --- | --- | --- |
| DS : * Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi

DO :* P : Luka post operasi Nefrolitotomi

Q : Nyeri seperti tertusuk tusukR : Bagian perut bawahS : Skala nyeri 7T : Nyeri hilang timbul dan saat bergerak tiba-tiba nyeri muncul selama 1-10 menit* Tampak luka post op tertutup kasa bersih Panjang luka ± 15 cm Pasien meringis ketika timbul nyeri
* Pasien tampak gelisah dan sering memegang area yang sakit yaitu pada perut kanan bawah
* TTV

TD: 130/80mmHgN: 100 x/menitR: 22 x/menitT: 36,7°C | Agen pencedera fisik(prosedur operasi) | Nyeri akut |
| Faktor Resiko :* Terdapat luka post operasi pada perut kanan bawah
* Luka tampak belum kering, tidak ada edema dan tidak ada pus
* Luka tertutup kassa steril
* T: 36,7°C
* Leukosit : 8.270/mm³
 |  | Risiko infeksi |

1. **Diagnosa Keperawatan**

Dari pengkajian yang sudah dilakukan maka didapatkan masalah keperawatan pada Ny. H sebagai berikut:

1. *Pre Op*
2. Nyeri akut b/d Agen pencedera fisiologis d/d pasien mengatakan nyeri perut sebelah kanan bawah tembus, P : Proses Penyakit Nefrolitiasis, Q : Nyeri seperti tertusuk- tusuk, R : Bagian perut bawah, S : Skala nyeri 4, T : tiba-tiba nyeri muncul selama 10-15 menit, pasien tampak meringis dan gelisah, TD : 130/85 mmHg, N: 90 x/menit ,RR: 20 x/menit (D.0077).
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional d/d pasien mengatakan takut dan cemas dengan tindakan operasi dan pasien mengatakan ini adalah operasi pertamanya, pasien terlihat cemas dan tegang, suami pasien tampak selalu menemani di sebelah pasien (D.0080)
4. *Post Op*
5. Nyeri akut b/d Agen pencedera fisik (prosedur operasi) d/d pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi, P: luka post operasi Nefrolitotomi, Q : nyeri seperti tertusuk tusuk, R : bagian perut bawah, S : Skala nyeri 7, T: nyeri hilang timbul dan saat bergerak tiba-tiba nyeri muncul selama 1-10 menit, tampak luka post operasi tertutup kasa bersih panjang luka ± 15 cm Pasien meringis ketika timbul nyeri, pasien juga tampak gelisah dan sering memegang area yang sakit yaitu pada perut kanan bawah, TD: 130/80mmHg, N: 100 x/menit, R: 22 x/menit, T: 36,7°C.(D.0077)
6. Risiko infeksi d/d terdapat luka post operasi pada perut kanan bawah, luka tampak belum kering, tidak ada edema dan tidak ada pus dan luka tertutup kassa steril, T: 36,7°C, Leukosit : 8.270/mm³ (D.0142).
7. **Intervensi Keperawatan**
8. *Pre Op* (10 Juli 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)

1. *Post Op* (11 Juli 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 (l.14137) pada luka insisi post operasi Nefrolitiasis. 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).

1. **Implementasi Keperawatan**
2. *Pre Op*
3. Nyeri akut b/d Agen pencedera (inflamasi)

Implementasi manajemen nyeri pada 10 Juli 2024, Pre-Op mengdentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Mengidentifikasi skala nyeri, mengidenfitikasi 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.

1. Ansietas b/d krisis situasional

Implementasi terapi relaksasi tanggal 10 Juli 2024 mengidentifikasi tanda-tanda vital, mengajarkan teknik relaksasi, memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit pasien

1. *Post Op*
2. Nyeri akut b/d Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Manajemen Nyeri post op Nefrolitotomi 11 Juli 2024 pukul 18.00 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, mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, kolaborasi pemberian ketorolac 30 mg/IV.

1. Risiko infeksi

Implementasi pencegahan infeksi 11 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 yang benar, 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.

1. **Evaluasi**
2. *Pre Op*
3. Nyeri akut b/d Agen pencedera (inflamasi)

Hasil evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan menunjukkan bahwa tindakan manajemen nyeri pemberian analgesic injeksi IV ketorolac 30mg dapat menurunkan nyeri, pasien tampak tenang, TD : 125/80mmHg, N: 82x/menit, R: 20 x/menit, T: 36,4°C.

1. Ansietas b/d krisis situasional

Hasil evaluasi terhadap tindakan keperawatan mengajarkan teknik relaksasi, memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit pasien dapat menurun kecemasan pasien, pasien mengatakan sudah lebih tenang, pasien sudah mengerti tentang tindakan operasi yang akan dilakukan dan perilaku gelisah berkurang.

1. *Post Op*
2. Nyeri akut b/d Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Hasil evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan menunjukkan bahwa tindakan manajemen nyeri nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri: dengan melakukan napas dalam dapat menurunkan skala nyeri yang semula diskala 7 (sedang) menjadi skala 3 (ringan).

1. Risiko infeksi

Hasil evaluasi tindakan keperawatan dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi., pemberian obat antibiotik tidak ditemukan tanda-tanda adanya luka infeksi.