**BAB III**

**GAMBARAN KASUS**

1. **Pengkajian Kasus**

Pada hari senin 8 Juli 2024 pukul 19. 20 wib seorang pasien Perempuan inisial Ny. D 40 tahun datang ke IGD RSUD Muara Teweh di antar oleh keluarganya dengan keluhan nyeri perut pada kanan atas dan memberat hari ini nyeri terasa panasserta jika di tekan, muntah (+) nafsu makan berkurang dan merasakan nyeri di perut. Pasien mengatakan 7 bulan yang lalu pernah mengalami sakit yang sama namun nyerinya tidak seperti sekarang dan sudah tahu Bahwa pasien terdiagnosa batu empedu namaun saat itu masih berpikir untuk operasi serta mau berobat herbal. Saat di lakukan pemeriksaan oleh dokter umum pasien di haruskan untuk rawat inap dan di jadwalkan untuk operasi besok hari.

* 1. ***Pre Op***

Pengkajian *Pre op* di lakukan pada tanggal 9 Juli 2024 pukul 09.00 wib, di dapatkan pasien mengatakan perut terasa mual, nyeri perut nyeri bertambah pada saat beraktifitas berat seperti terbakar, nyeri berkurang ketika klien beristirahat, P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q : seperti terbakar, R : nyeri dibagian perut kana atas menjalar sampai ke uluhati dan umbikikal, S : Skala 4 samap 5, T :terus menerus. Keadaan umum baik, kesadaran composmentis E4M6V5, tekanan darah 138/90 mmHg, Nadi 90 x/menit,Suhu 36,8˚C, pernapasan 21 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* terabanadi kuat dengan hasil 90 x/menit, tidak di dapatkan kelainan bunyi jantungS1 dan S2 terdengan tunggal dan tidak terdengan suara tambahan. Pasiendapat menggunakan indra penciumannya dengan baik, mampu menggerakkan matake 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 kuadran kana atas menjalar ke uluhati dan pasien tampak meringis saat di palpasi.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 Cholelitiasis, pasien kemudian pindah ke ruang perawatan bedah yaitu ruang teratai dan direncanakan besok untuk dilakukan operasi cholelitiasis tanggal 9 juni 2024 pukul 09.00 wib, riwayat keluarga dan pasien belum pernah ada riwayat operasi sebelumnya.

1. **Asuhan Keperawatan**
	1. Analisa data
		1. ***Pre Op***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | Data | Etiologi | Masalah Keperawatan |
| 1 | Ds :* Pasien mengatakan nyeri perut sebelah kanan bawah seperti di tusuk-tusuk dan datangnya tiba- tiba.
* Kararakteristik nyeri

P : Proses penyakit apendicitis akut Q : Nyeri seperti tertusuk-tusukR : Bagian perut bawah S : Skala nyeri 5T : tiba-tiba nyeri terus menerusDO* + Pasien tampak meringis
	+ Pasien tampak gelisah
	+ Terdapat nyeri tekan pada perut kanan atas.
	+ TTV

TD : 138/90mmHg N:90 x/menitRR: 21x/menitSuhu: 36,80C | Agen pencedera fisiologis (Inflamasi) | Nyeri Akut |
| 2 | Ds :* Pasien mengatakan takut dan cemas dengan tindakan operasi
* Pasien mengatakan ini adalah operasi pertamanya.

Do :* Pasien terlihat cemas.
* pasien terlihat tegang.
* Suami pasien tampa selalu menemani di sebelah pasien
* TD : 130/90mmHg

N:90 x/menit | Krisis situasional | Ansietas |

1. **Diagnosa Keperawatan**

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

* 1. *Pre Op*
		1. Nyeri akut b/d Agen pencedera fisiologis (Inflamasi)(D.0077).
		2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080).

1. **Intervensi Keperawatan**
	1. *Pre Op* (9 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. **Implementasi Keperawatan**
	1. *Pre Op*
		1. Nyeri akut b/d Agen pencedera (inflamasi)

Implementasi manajemen nyeri pada 9 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. Ansietasb/dkrisis sutuasional

Implementasi terapi relaksasi tanggal 9 juli januari 2024 mengidentifikasi tanda- tanda vital, mengajarkan teknik relaksasi, memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit pasien

CATATAN PERKEMBANGAN.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Hari/Tan ggal dan jam. | Diagnosa | Implementasi | Evaluasi/ ttd |
| 1 | Rabu10 juli2024 Jam 08.30wib  | Gangguan pola tidur b/d nyeri luka post  | 1. Mengdentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, terapi masage dan pemberian aroma terapi lemon
3. Menganjurkan menggunakan analgesik secara tepat teknik farmakologis untuk mengurang inyeri
4. Kolaborasi pemberianan analgetik
 | Evaluasi di lakukan pukul13.00wibDS :* + - Pasien mengatakan masih nyeri pasca operasi
		- tidak bisa tidur satu malam setelah reaksi obat bius habis
		- Kararakteristik nyeri P : Luka post operasi cholelitiasis

Q : Nyeri seperti tertusuk tusukR : Bagian perut kanan atas S : Skala nyeri 6T : Nyeri terus menerus Do :* + - Pasien Post Op H1
		- Pasien tampak meringis karena nyeri
		- TD : 130/80 mmHg
		- N : 93x/menit

A : Nyeri akut belum teratasiP : Lanjutkan intervensiManajemennyeri dengan rutin meminum obat anti nyeri dan tenik relaksasi. |
| 2 | Rabu10 Januari2024Jam 08.30wib | Risiko Infeksi | 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi.
2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan
3. Mempertahankan Teknik aseptic/ dan mengajarka perawatan luka Steril.
4. Berkaloborasi pemberian obat Ceftriaxone 2 gr
 | Evaluasi dilakukan pukul13.00 wibDs :* Pasien mengatakan pada area luka tidak ada cairan yang keluar
* pasien mengatakan nyeri semakin berkurang

Do :* Luka tampak kering dan bersih tertutup kasa kering
* Tidak tampak ada tanda - tanda infeksi.
* Suhu : 36 ºC

A : Masalah teratasiP : Intervensi Monitoring tanda infeksi dan gejala 1 x 24 jam. |
| 3 | Kamis 11 juli 2024 jam08.00wib | Gangguan pola tidur b/d nyeri luka post | 1. Mengdentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, terapi masage dan pemberian aroma terapi lemon
3. Menganjurkan menggunakan analgesik secara tepat teknik farmakologis untuk mengurang inyeri
4. Kolaborasi pemberianan analgetik
 | Evaluasi dilakukan pukul 14.00 wibDS :* + - Pasien mengatakan masih nyeri pasca operasi
		- pasen mengatakan bisa tidur namun kada terbagun kalo datang nyeri
		- Kararakteristik nyeri P : Luka post operasi cholelitiasis

Q : Nyeri seperti tertusuk tusuk namun berkurang kalo salah posisiR : Bagian perut kana atas S : Skala nyeri 3T : Nyeri hiang timbul, dan meberat jika salah posisi.Do :* + - Pasien Post Op H2
		- Pasien tampak meringis bila nyeri muncul
		- TD : 120/80 mmHg
		- N : 87x/menit

A : Nyeri teratasi sebagian Pasen direncanakan boleh hari atau besok.P : Lanjutkan intervensin Manajemenm nyeri dengan rutin meminum obat anti nyeri dan tenik relaksa foot masage dan mencium aroma terapi lemon |
| 3 | Kamis 11 Juli2024Jam 08.00wib | Risiko Infeksi | 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi.
2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan
3. Mempertahankan Teknik aseptic/ dan mengajarka perawatan luka Steril.
4. Berkaloborasi pemberian obat Ceftriaxone 2 gr
 | Evaluasi dilakukan pukul 14.00 wibDs :* Pasien mengatakan pada area luka tidak ada rembesan sama seperti kemaren.
* pasien mengatakan nyeri semakin berkurang

Do :* Luka tampak kering dan bersih tertutup kasa kering
* Tidak tampak ada tanda- tanda infeksi
* Suhu : 36 3 ºC

A : Masalah teratasiP : Intervensi dihentikan |

1. **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 seperti foot masse dan pemberian aroma terapi dapat menurunkan nyeri yang semula diskala 6 (sedang) menjadi skala 3 (ringan), mobilisasi membaik, serta tidak ditemukan tanda- tanda adanya luka infeksi.