

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien pre dan post operasi kista ovarium maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 26 Mei 2015 sampai dengan 28 Mei 2015 dengan data sebagai berikut :

3.1 Pengkajian

Tanggal masuk	: 26 Mei 2015
Jam masuk	: 10.29 WIB
Ruang / kelas E	: 2 / III
Kamar No	: 6 A
Tanggal pengkajian	: 26 Mei 2015
Jam pengkajian	: 16.00 WIB

a. Identitas

Pasien adalah seorang ibu berinisial Ny S, dengan umur 62 Tahun, Suku Bangsa Jawa / Indonesia, dengan pendidikan SD, Pekerjaan ibu berdagang di rumah, dengan alamat Waru Gunung Surabaya, status janda 5 tahun pernah menikah 1 kali selama 41 tahun.

b. Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri pada perut dan bertambah nyeri Jika perutnya digerakkan

c. Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengeluh sejak bulan Pebruari 2015 perutnya nyeri dan punggungnya terasa seperti di remas-remas, pasien juga merasa perutnya semakin membesar, hanya bisa makan 2 – 3 kemudian perut terasa sudah tidak enak. Pada bulan April 2015 pasien memeriksakan diri ke dokter dengan dilakukan tindakan USG dan di nyatakan terkena kista ovarium. dan disarankan untuk operasi pasien menolak karena takut operasi dan dirasakan semakin hari perutnya tambah nyeri dan mual kemudian pada tanggal 26 Mei pasien datang ke RS AL datang bersama keluarga periksa ke poli kandungan dengan memabwa hasil USG, disarankan opname dan kemudian MRS di ruang pav E2 dengan keluhan nyeri perut sampai punggung dan perut terasa mual.

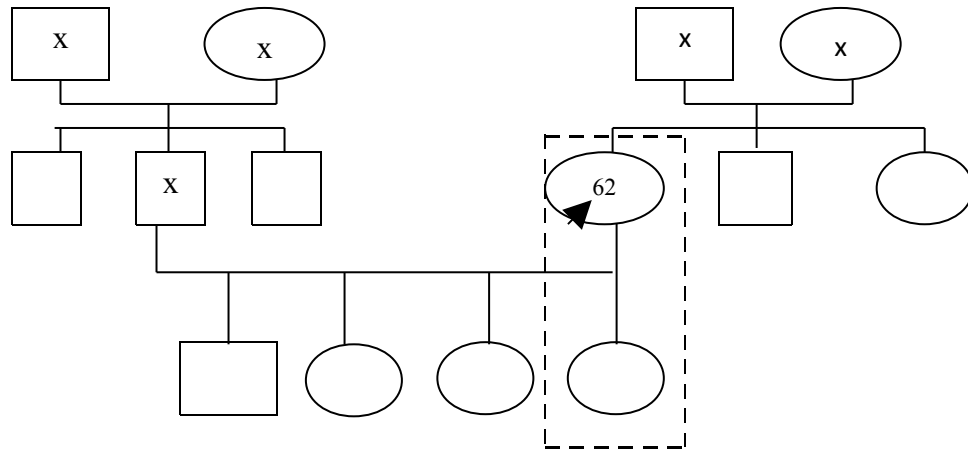
d. Riwayat penyakit dahulu

Sebelumnya pasien tidak pernah merasa pasien tidak mempunyai riwayat penyakit jantung, asma dan hipertensi.




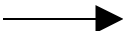
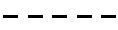
e. Riwayat penyakit keluarga

Tidak ada yang menderita penyakit kista ovarium.

f. Genogram :



Keterangan :

-  = Laki-laki
-  = Perempuan
-  = Meninggal
-  = Pasien / pasien
-  = Tinggal serumah

g. Riwayat psikososial

Pasien mengatakan dirumah sakit merasa bosan dan kesepian, ia merasa tidak betah tinggal di rumah sakit. Pasien mengatakan bahwa ia sedih karena tidak bisa bertemu dengan anak-anaknya dan merasa menghambat aktifitasnya.

h. Pola – pola fungsi kesehatan

1) Pola persepsi kesehatan

Pasien mengatakan sehat, adalah tinggi harganya karena kesembuhan sangat berarti dalam aktifitasnya sehari-hari dalam mewujudkan tugas-tugasnya, selain itu sehat merupakan harga yang mahal bagi dirinya.

2) Pola nutrisi

Di rumah pasien makan 3 kali sehari pada waktu pagi, siang dan malam. Menu yang disajikan berbagai macam seperti lauk pauk beserta sayur, buah dan kadang-kadang susu, karena pasien tidak suka minum susu. sedangkan minumannya adalah teh dan air putih sebanyak 6-7 gelas per hari.

Selama di rumah sakit. pasien nafsu makannya berkurang, dengan porsi makan 2 – 3 sendok makan. Minum 5-6 gelas per hari dengan air putih. Pasien tidak mempunyai alergi terhadap makanan.

3) Pola eliminasi

Pasien mengatakan di rumah melakukan BAB 1 kali sehari dengan konsistensi BAB normal, agak lembek, warna kuning kecoklatan dan bau khas.

BAK 5 – 6 kali sehari tanpa keluhan

Saat dirumah sakit pasien BAB belum sama sekali

BAK 4 – 5 kali sehari tanpa keluhan.

4) Pola aktivitas

Kegiatan pasien sehari-hari adalah melakukan kerja dengan berdagang. Selama di rumah sakit pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitasnya berdagang karena perutnya terasa nyeri.

5) Pola tidur dan istirahat

Di rumah kebiasaan tidur pasien 7 – 8 jam sehari. Pasien tidak pernah mengalami kesulitan tidur, biasanya langsung terlelap. Pasien tidur jam 21.00 WIB dan bangun pagi jam 03.00 WIB.

Dirumah sakit, pasien tidur 5 – 6 jam sehari. Pasien mengatakan tidak bisa tidur karena perutnya terasa nyeri. Pasien juga mengeluh kalau tidur ia sering terbangun.

6) Pola kebersihan diri

Di rumah pasien mandi 2 kali sehari, menggosok gigi 2 kali sehari, mencuci rambut 2 kali seminggu, memotong kuku 1 kali seminggu dan 1 kali sehari ganti pakaian.

Dirumah sakit semua kebiasaan yang pasien lakukan tidak dapat terpenuhi oleh pasien sendiri. Pasien dalam memenuhi kebutuhannya itu di bantu oleh anaknya.

b. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Keadaan umum pasien baik. Kesadaran komposmentis, orientasi baik.

2) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120 / 70 mm Hg, suhu : 36,5 ° C, nadi 88 x / mnt,

RR : 20 x / mnt, tinggi badan : 155 cm, berat badan : 50 Kg.

3) Kepala dan leher

- Kepala : bentuk normal, simetris, tidak ada kelainan, rambut bersih, distribusi rambut merata.
- Mata : kelopak mata cowong, sklera tidak ikterus, akomodasi normal, konjungtiva tidak anamis.
- Telinga : bentuknya normal, tidak ada gangguan pendengaran atau kelainan.
- Hidung : bentuk dan fungsinya normal, tidak ada epistaxis.
- Mulut dan tenggorokan : keadaan mukosa bibir agak kering. Tidak ada pendarahan gusi, tidak ada peradangan pada tenggorokan.
- Leher : tidak ada pemebesaran vena jugularis.

4) Dada

Bentuk dada simetris, tidak ada luka. Gerakan rongga dada pada waktu respirasi normal, tidak ada suara nafas tambahan seperti ronchi atau wheezing. Keadaan jantung pasien normal.

5) Abdomen

Membesar, terdapat kista ovarium.

Tampak distensi dan membesar teraba keras tdiak ada linen dan strial

6) Genetalia

Bentuk dan fungsinya normal tidak ada kelainan.

7) Anus

Keadaan anus bersih, tidak ada radang maupun hemorhoid, fungsinya normal.

8) Kulit / integumen

Kulit warna sawo matang,

Tugor kulit elastis.

Kontraktur pada persendian ekstremitas : tidak ada

Kesulitan dalam pergerakan tidak ada

c. Pemeriksaan diagnostik

1) Pemeriksaan radiologi

Pada tanggal 04 Mei 2015

Kesan :

Cor dan pulmo tak tampak kelainan

2) Pemeriksaan laboratorium

a) Data tambahan

Pada tanggal 30 Mei 2015

USG. Uterus Sde

massa kastik, batas tegas

Bag padat ⊖

Vaskularsi ⊖

∅ > 15 cm

Kista OV pro operasi

Surabaya, 26 Mei 2015

Pemeriksa

Yuyuk

d. Analisa Data

Nama pasien : 'S'

Ruang / kamar : E2 /06

Umur : 62 tahun

No R.M : 473xxx

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data (symptom)	Penyebab	Masalah
1	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri perut hilang timbul sejak bulan Pebruari 2015</p> <p>P : pembesaran kista</p> <p>Q : nyeri sperti di remas-remas</p> <p>R : perut menjalar ke punggung</p> <p>S : Skala 4 – 5</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>Do :</p> <p>Perut tampak distensi dan teraba keras</p> <p>Hasil USG abdomen tgl 30 / 4 2015</p> <p>Kesan :</p> <p>USG. Uterus Sde</p> <p>Massa kistik, batas tegas</p> <p>Bag padat ⊖</p> <p>Vaskularisasi ⊖</p> <p>∅ > 15 cm</p>	<p>Distruksi jaringan saraf</p>	<p>Gangguan rasa nyaman nyeri</p>

	Kista OV pro operasi		
2	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan malas untuk makan</p> <p>Makan 2 – 3 sendok makan rasanya perut sudah tidak enak</p> <p>DO :</p> <p>Tampak makanan yang di isi dengan tidak habis</p> <p>Pasien tampak tidak nafsu makan</p> <p>BB : 50 Kg</p> <p>ALB : 31.g/dl</p> <p>HB : 10.6 g/dL</p> <p>Diit : TKTP</p>	<p>Penurunan keinginan untuk makan sekunder akibat anaroksia mual</p>	<p>Gangguan keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>
3	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan cemas</p> <p>Pasien mengatakan takut operasi</p> <p>DO :</p> <p>Pasien terlihat tidak tenang</p> <p>Rencana operasi pengangkatan kista tanggal 27 Mei 2015</p>	<p>Kurangnya pengetahuan</p>	<p>Cemas</p>

PRIORITAS MASALAH

Nama pasien : Ny S

Ruangan / Kamar : E2 /06

Umur : 62 tahun

No. RM : 473xxx

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Gangguan rasa nyaman nyeri	26 / 05 / 2015		Yuyuk
2	Gangguan keseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	26 / 05 / 2015		Yuyuk
3	Cemas	26 / 05 / 2015		Yuyuk

Rencana keperawatan

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan dekstruksi jaringan syaraf	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan pasien dapat beradaptasi dengan nyerinya</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluhan hilang atau terkontrolnya rasa sakit <p>Menunjukkan posisi atau ekspresi wajah rileks</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. kaji keluhan nyeri, perhatian lokasi, intensitas (skala 1 – 10), frekuensi dan waktu 2. dorongan pengungkapan perasaan 3. berikan aktivitas hiburan, misalnya massange 4. dorong penggunaan teknik nafas dalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. mendiskusikan kebutuhan untuk intervensi dan juga tanda tanda perkembangan komplikasi 2. dapat mengurangi ansietas dan rasa takut, sehingga mengurangi persepsi akan intensitas nyeri 3. memfokuskan kembali perhatian, mungkin dapt meningkatkan kemampuan untuk mengulangi 4. meningkatkan relaksasi dan perasaan sehat. Dapat

			5. dilakukan tindakan operasi TAH + BSO	menurunkan kebutuhan analgesik
2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan keinginan untuk makan sekunder akibat anoreksia, mual dan muntah	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, kebutuhan nutrisi terpenuhi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB stabil - Lab Hb dan albumin normal - Keluhan mual, muntah berkurang - Nafsu makan meningkat - Px mencerna sejumlah kalori (porsi makan habis) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. BHSP (Bina hubungan saling percaya) 2. Jelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat 3. Anjurkan px makan porsi kecil tapi sering 4. Sajikan makanan dalam keadaan hangat 5. Timbang BB setiap hari, pantau hasil pemeriksaan laboratorium 6. Pertahankan kebersihan mulut sebelum dan sesudah makan 7. Kolaborasi pemberian anti emetik, vitamin, diit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan hubungan perawat-px sehingga lebih kooperatif 2. Meningkatkan pemahaman px 3. Tetap mempertahankan masukan oral 4. Makanan yang hangat dapat meningkatkan nafsu makan 5. BB dan hasil laboratorium mengindikasikan terpenuhinya kebutuhan nutrisi 6. Mulut yang bersih dan segar meningkatkan nafsu makan 7. Anti emetik mengurangi mual, diit TKTP untuk tetap

			TKTP	mempertahankan kebutuhan px akan nutrisi
			8. Observasi masukan oral (pola makan)	8. Menilai keberhasilan tindakan keperawatan
3.	Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan	<p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan cemas berkurang</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Pasien dapat menurunkan kecemasan</p> <p>Pasien dapat mendemonstrasikan cara penurunan kecemasan</p>	<p>1. dengarkan dengan penuh perhatian, kaji pengetahuan pasien mengenai situasi yang dialaminya dan beri dorongan kepada pasien</p> <p>2. berikan penjelasan yang benar kepada pasien tentang semua tindakan persiapan operasi</p> <p>3. bila memungkinkan libatkan pasien dan keluarga dalam mengambil keputusan tentang perawatan</p>	<p>1. untuk mendiskusikan alasan-alasan muncul ansietas, sehingga dapat membantu pasien mengidentifikasi perilaku kecemasan dan menyadarkan penyebabnya</p> <p>2. untuk menghindari terlalu banyak informasi</p> <p>3. Untuk membangun kepercayaan diri pasien dan menumbuhkan rasa percaya</p>

			<p>4. dukungan upaya keluarga untuk mengatasi perilaku kecemasan klien. Berikan kesempatan keluarga untuk melakukan kunjungan ekstra bila bermanfaat</p> <p>5. ajarkan pada pasien teknik relaksasi dan distraksi</p> <p>6 berikan kesempatan pada pasien untuk mendiskusikan perasaannya dengan orang lain yang memiliki masalah kesehatan yang sama</p>	<p>4. untuk menurunkan ansietas keluarga dan pasien</p> <p>5. untuk memperbaiki keseimbangan fisik dan psikologis</p> <p>6. Untuk menghilangkan keraguan dan meningkatkan dukungan.</p>
--	--	--	---	---

Implementasi

No dx	Waktu (tgl & jam)	Tindakan	TT perawat	Waktu (tgl & jam)	Catatan perkembangan	TT perawat
1.2.3	26 Mei 2015 16.00	Membina hubungan saling percaya, melaksanakan tanda-tanda vital : TD : 120 /70 mmHg S : 36,6 OC N : 88 x.mnt RR : 18 x mnt Terapi dokter rencana THA + BSO besok tanggal 27 Mei 2015	Y	26 Mei 2015 20.00	Dx 1 S : P : Q : R : S : T : O :	Y
1	16.05	Mengkaji karakteristik nyeri: P : Q : R : S : T :	Y		Pasien mengatakan kadang-kadang terasa nyeri P : pembesaran kista Q : seperti di remas-remas R : dari perut menjalar ke punggung S : skala 3 – 4 T : hilang timbul O : perut masih distensi dan teraba keras Hasil USG abdomen 30/4/2015 Kista ovarium Ø > 15 cm A : masalah nyeri kronis belum teratasi P : intervensi dilanjutkan Besok dilaksanakan operasi jam 07.30 wib	
2	17.45	Menganjurkan px untuk makan dikit tapi sering	Y	20.00	Dx 2 S : P : O :	Y
3	18.30	Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala yang berhubungan dengan penyakit pasien serta prosedur persiapan operasi yang akan dilakukan tindakan laboratorium pengangkatan kista pada ovarium	Y		Pasien mengatakan masih mual tapi sudah mau makan sedikit Berat badan 50 Kg Hasil lab HB 10.0 g/dl Albumin 3.0 g /dl Makan sore px habis ¼ porsi A : Tujuan teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi no 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8	
1.3	19.45	Memotivasi pasien bahwa pasien bisa sembuh dan dapat beraktivitas seperti sebelum sakit.	Y	20.00	Dx 3 S : P : O :	Y
1.2.3	20.00	Mengajarkan pada pasien teknik relaksasi dengan nafas dalam, relaksasi	Y		Mengatakan mau dioperasi tetapi pasien masih merasa takut O : rencana dilakukan operasi laparatomi tanggal 27 Mei 2015 A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan no : 1,2,3,4,5	
1	22.00	Melakukan program persiapan operasi pemberian injeksi transamin 500 mg/IV KIE informed consent pasien dan keluarga. Pre Op. 27 Mei 2015				
	05.30	Lavemen (Fleet enema)				
	07.30	Puasa total Pasang infus RL				
4.5	27 Mei 2015 14.00	Kirim pasien ke primed dengan membawa peralatan persiapan operasi	Y	27 Mei 14.00	S : P : Q : R :	

		Menjemput pasien dari ICU, timbang terima dari perawat ICU ke perawat E 2 dengan keadaan umum pasien lemah, GCS : 4,5,6 terpasang infus RL 500 cc, terpasang dower kateter dengan UP : 200 cc/ 2 jam. Pasien telah dilakukan tindakan operasi aparatomi dengan laporan operasi pasien posisi terlentang Insisi mediana sampai dengan diatas umbilikus ± 10 cm laparatomi + TAH BSO Memantau TTV TD : 120 /70 mmHg S : 36,6 0C N : 88 x.mnt RR : 18 x mnt Mengkaji karakteristik nyeri P : luka operasi Q : perih seperti di iris R : perut S: skala 5 T: 1–3 detik setelah bergerak Terapi post op Pasien sementara puasa Infus RL : D 5 = 2 : 2/24 jam Cek DL + albumin post op Injeksi ketorolak 3x1 amp Injeksi alinamin F3x1 amp Injeksi viksi 3x1 amp Injeksi transamin 500 g Anastesi SAB s/d jam 21.00 wib			S: abdomen T : 1 – 3 detik setelah bergerak O : Pasien tampak memegang perut saat merubah posisi Terdapat luka operasi di perut panjang ± 10 cm TD : 120 /70 mmHg S : 36,6 0C N : 88 x.mnt RR : 18 x mnt A : masalah pre op teratasi muncul masalah baru Dx 4 nyeri akut berujung dengan gangguan pada kulit, jaringan dan otot Dx : 5 Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan pembedahan, trauma jaringan dan statis jaringan tubuh P : dx 4 1. Observasi dan catat lokasi, beratnya (skala 0- 10 dan karakter nyeri) 2. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi 3. Observasi vital sign setiap 6 jam 4. Kolaborasi dengan pemberian injeksi transsamin 3 x 1 ampul, injeksi katarolak 3 x 30 ml/g, injeksi alinamin 3 x 1 ampul, injeksi vitamin C 3 x 1 ampul Dx : 5 Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan pembedahan, trauma jaringan dan statis jaringan tubuh 1. Kaji Tanda Vital Terutama Suhu 2. Tingkatkan prosedur mencuci tangan sebelum dan sesudah memberikan perawatan 3. Tekankan higien personal 4. Hindari / batasi prosedur invasif, taati teknik aseptik 5. Kolaborasi dengan pemberian antibiotik Dx 4 S : Pasien menyatakn perut terasa nyeri bila bergerak P : luka operasi Q : masalah baru nyeri akut R : perut S : skala 8 P : hilang timbul O : Klien tampak memegang perut Terdapat luka operasi A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan Dx 5 :	Y
5	15.00		Y			
4	16.00	Memantau keadaan kasa penutup luka tidak ada rembesan darah	Y			
4	16.15	Melakukan cek dl + albumin post op (+) hasil (-)	Y			
4	18.30	Memberikan posisi yang nyaman dengan memberi bantal	Y			
4.5	19.00	disamping	Y			
		Menganjurkan penggunaan teknik relaksasi, distraksi dan massage punggung bila nyeri terasa	Y	20.00		
4	20.00	Menganjurkan pasien untuk istirahat Melaksanakan hasil kolaborasi pemberian terapi injeksi trausamin 1 ampl, injeksi keleroal 30 mg / IV Memantau tanda-tanda vital TD : 120 /80 mmHg S : 37,7 °C N : 92 x.mnt RR : 20 x mnt	Y			

				20.00	P : Pasien mengatakan badannya sumer O : TD : 120 /80 mmHg S : 37,7 °C N : 92 x.mnt RR : 20 x mnt Akral hangat A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	Y
4.5	28 Mei 2015 13.00		Y	28 Mei 2015 14.00	Dx : 4 S : pasien mengatakan masih nyeri P ; luka operasi Q : nyeri seperi di iris-iris R : perut S : Skala 6 T : hilang timbul O : tedapat luka operasi A : masalah hilang sebagian P : Intervensi dilakukan	Y
4.5	14.00	Terapi dokter MSS = TKTP Mobilisasi bertahap Aff infus dan kateter Tx injeksi diganti oral Asam mefenamad 3x1 tablet Sf x1 tablet	Y	14.00	S: pasien mengatakan badannya masih sumer O : TD: 120/70 mmHg S : 37,9°C N : 92 x.mnt RR : 20 x mnt I : akral hangat A : masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	Y
		Memantau TTV TD: 130/80 mmHg S : 37°C N : 92 x.mnt RR : 20 x mnt Mengkaji karakteristik nyeri P : luka operasi Q : perih seperti di iris R : perut		20.00	S: pasien menyatakn yeri sudah banyak berkurang O : terdapat luka oeprasi di perut panjang ± 10 cm Klien sudah latihan duduk P : luka operasi Q : perih seperti diiris R : perut S : skala 4 T : lima menit setelah bergerak	Y
4	14.30	T : 1 – 2 menit setelah bergerak Pembungkus luka tidak ada rembesan darah	Y		A : masalah sudah teratasi Intervensi dilanjutkan	
5	16.00	Menganjurkan teknik relaksasi	Y			
4	17.00	Memantau TTV			Dx : 5	
4.5	18.00	TD : 120 /70 mmHg S : 36,6 0C N : 88 x.mnt RR : 18 x mnt	Y Y		S : Klein menyatakan badannya sudah tidak sumer O : TD : 120 /70 mmHg S : 36,6 0C N : 88 x.mnt RR : 18 x mnt	
4.5	19.00	Melaksanakan aff infus dan kateter	Y		A : masalah sudah teratasi Intervensi dihentikan	Y
		Pembungkus luka tidak ada rembesan darah Menganjurkan teknik relaksasi Memantau TTV TD : 120 /70 mmHg S : 36,6 °C N : 88 x.mnt RR : 18 x mnt			Besok rencana pulang kontrol tanggal 4 Juni 2014 Pesan pulang : diet TKTP Luka operasi jangan sampai kena air Obat dilanjutkan di rumah Asam mefenamad 3x1 tablet Sf 3x1 tablet	
		Melaksanakan hasil kolaborasi				

pemberian terapi oral asam
mefenamat 1 tablet dan sf 1 tablet

Tabel 3.3 implementasi
