

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data**

Pada Studi kasus ini penelitian dilakukan di ruangan Ali Bin Abi ThaliB 2 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang yang beralamat di batu belah Kabupaten Kampar, Rumah Sakit Umum Bangkinang adalah Rumah sakit Kelas 1,2 dan 3 juga vip.

Di Rumah Sakit Umum Bangkinang sudah banyak memiliki dokter spesialis gigi, bedah, ahli jiwa. Penelitian mengambil studi kasus di ruangan Keluarga Ali Merupakan Kelas 2 yang terdiri dari 43 bed dan jumlah perawat 35 orang.

##### **2. Pengkajian**

###### **a. Identitas Klien**

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. G usia 35 tahun beragama islam, pasien tinggal di Batu Belah, pasien bekerja sebagai Wiraswasta dengan pendidikan terakhir SMA, pasien menikah dengan Ny. L dan dikaruniai 2 orang anak.

##### **1. Riwayat Kesehatan Sekarang :**

1. Keluhan Utama /Gejala : klien mengatakan nyeri di bagian bekas operasi

2. Kondisi atau keadaan klien saat pengkajian (menggunakan alat bantu ,jelaskan): pada tanggal 20-6-2019 pasien (terpasang Infus, kateter)

3. Masalah keperawatan : Gangguan rasa nyeri

Kerusakan Integritas Jaringan

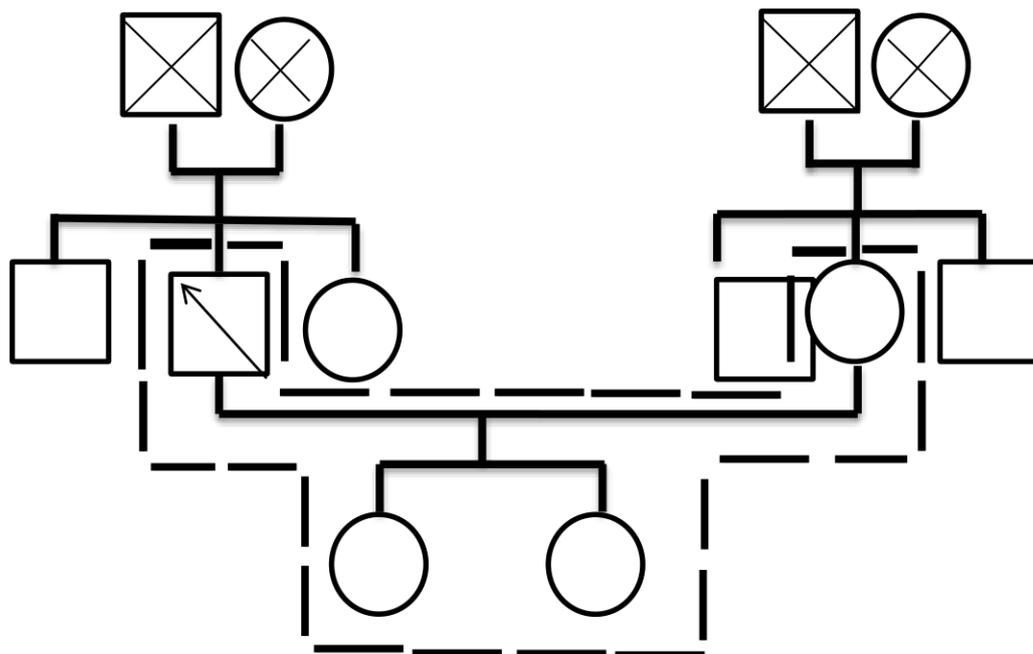
## 2. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Pasien mengatakan Nyeri diperut kanan,dan pasien juga perna operasi sebelumnya.

## 3. Riwayat kesehatan Keluarga

Kejadian penyakit keturunan/menular/lain-lain: tidak ada penyakit keturunan

### 1. Geonogram keluarga



**Keterangan:**

 = Wanita

 = laki – laki

 = sudah meninggal

 = sudah meninggal

--- = tinggal serumah

 = Pasien

**5. Pemeriksaan Fisik**

## 1. Kedaan Umum

Pasien lemah, tampak meringis, tanda-tanda vital 160/80 mmhg, Suhu 37° c, Nadi 80x/menit, Respirasi 26x/menit.

Masalah Keperawatan :Appendik

## 2. Pernapasan (B1)

Bentuk dada normal, irama nafas teratur, tidak terdapat retraksi otot bantu napas, tidak ada nyeri dada saat bernafas.

Masalah Keperawatan: Tidak ada masalah Keperawatan

## 3. Kardiovaskuler (B2)

Nyeri dada tidak ada, irama jantung teratur, denyut nadi perifer teraba kuat,

Masalah Keperawatan: Tidak ada Masalah Keperawatan

## 4. Persyarafan (B3)

Kesadaran compos mentis, pasien tidak nyeri kepala ataupun pusing, Istirahat tidur siang lebih kurang tiga jam, dan malam 8 jam, reflek

terhadap cahaya pupil mengecil saat diberi cahaya.

Masalah Keperawatan: Tidak ada Masalah Keperawatan

#### 5. Perkemihan (B4)

Bentuk alat kelamin Normal, kebersihan alat kelamin bersih, frekuensi berkemih 4-5 x/hari, warnah kuning jernih

Masalah Keperawatan: Tidak ada Masalah Keperawatan

#### 6. Pencernaan (B5)

Keadaan mulut pasien bersih, mukosa bibir lembab, bentuk bibir normal, gigi bersih.

Masalah Keperawatan: Tidak ada Masalah Keperawatan

#### 7. Muskuloskeletal dan Integrumen (B6)

Kemampuan pergerakan sendidan tungkai (ROM) : Bebas. Tidak ada fraktur tidak ada dislokasi.

Masalah Keperawatan: Tidak ada Masalah Keperawatan

#### 8. Pengindraan (B7)

Pada pemeriksaan mata didapatkan data konjungtiva anemis, sclera putih, ketajaman penglihatan normal, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk melihat. Pada pemeriksaan hidung ditemukan bentuk hidung normal, mukosa hidung lembab, tidak terdapat secret, ketajaman penciuman normal. Pada pemeriksaan telinga didapatkan bentuk telinga simetris antara kanan dan kiri, ketajaman pendengaran normal dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Perasa pasien mengatakan dapat merasakan pahit, asam dan manis.

Masalah Keperawatan: Tidak ada Masalah Keperawatan

9. Endokrin (B8)

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid maupun karotis.

Masalah Keperawatan: Tidak ada Masalah Keperawatan

**4. ANALISA DATA DAN DIAGNOSA KEPERAWATAN****A. ANALISA DATA**

<b>NO</b>	<b>DATA FOKUS (SUBJEKTIF DAN OBJEKTIF)</b>	<b>MASALAH</b>	<b>PENYEBAB</b>
1.	Ds: klien mengatakan nyeri dibagian perut bekas operasi Do: pasien tampak meringis. Skala Nyeri 4-6 TD 150/80 mmhg	Nyeri berhubungan dengan Kerusakan integritas Jaringan.	Pembedahan.

**B. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

<b>NO</b>	<b>DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>	<b>TANDA TANGAN</b>
1	Nyeri Akut Berhubungan dengan Kerusakan Integritas jaringan.	RIYAN ISWANDI

**B. RENCANA KEPERAWATAN**

Nama :Tn.G

Umur :35 tahun

No. Register :179415

Dignosa medis : Appendik Akut

Ruangan : Ali bin Abi Thalib 2

<b>NO</b>	<b>TGL/ JAM</b>	<b>DIGNOSA KEPERAW ATAN</b>	<b>TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (NOC)</b>	<b>RENCANAN TINDAKAN (NIC)</b>
1.	20- 06- 2020 11.00 wib	Nyeri Berhubungan Dengan Kerusakan Integritas jaringan.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24 jam diharapkan integritas jaringan kembali normal dan Skala Nyeri berkurang. Kriteria Hasil: a. Skala Nyeri 0 b. Perfungsi Jaringan Normal c. Tidak ada tanda- tanda Infeksi	1. Anjurkan pasein Relaksasi Tekhnis napas dalam 2. atur Posisis semi fowler 3. Anjurkan Pasien untuk memakai pakaian longgar 4. Jaga Kulit agar tetap kering dan bersih 5. oleskan

			d.Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah cedra.	minyak baby oil pada daerah post operasi
--	--	--	--	--

## 5. TINDAKAN

### CATATAN KEPERAWATAN

Nama : Tn G

Ruangan : Ali bin Abi Thalib 2

JAM	TGL	NO.D	TINDAKAN	NAMA
		X	KEPERAWATAN	JELAS
11.00 wib	20-06- 2020	I	a. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian longgar b. Jaga Kulit agar tetap kering dan bersih c. Mobilitasi pasien setiap 2 jam sekali d. Oleskan lotion atau minyak baby oil pada daerah yang tertekan e. Monitor kulit adanya kemerahan atau tidak f. Ajarkan keluarga tentang luka atau perawatan luka g. cegah kontaminasi feses dan urine h. Lakukan tehnik perawatan luka dengan prinsip steril	RIYAN ISWANDI

**14. EVALUASI****CATATAN PERKEMBANGAN****Nama pasien : Tn.G****Kamar : Ali bin Abi thalib 2****No register : 179415****Diagnosa medis : Appendik akut**

<b>TGL</b>	<b>NO. DX</b>	<b>JAM</b>	<b>SUBJEKTIF,OBJEKTIF,ANALISA ,PLANNING (SOAF)</b>	<b>PARAF</b>
20-06- 2020	I	11: 00 Wib	S: Klien mengatakan nyeri pada  Luka pasca beda  berkurang  O: Skala nyeri 3-6  A: Gangguan rasa nyaman nyeri  teratasi sebagian  P: Intevensi dilanjutkan kolaborasi  dengan tim medis dalam pemberian  anelgetik	

## **B. PEMBAHASAN**

### **1. Pengkajian**

Apendiks adalah organ tambahan kecil yang menyerupai jari, melekat pada sekum tepat dibawah katup ileosekal. Karena apendiks mengosongkan diri dengan tidak efisien, dan lumennya kecil, maka apendiks muda mengalami obstruksi dan rentan terjadi infeksi (appendicitis). Appendicitis merupakan penyebab yang paling umum dari pembedahan abdomen dan penyebab yang paling umum dari pembedahan abdomen darurat. Pria lebih banyak terkena dari pada wanita, Remaja lebih banyak dari orang dewasa. (Departemen Republik Indonesia, 2008).

data subjektif pada pasien yang didapatkan keluhan, sakit dan post operasi pada seluruh perutnya .

Menurut (Buku Ilmu Penyakit dalam) nyeri timbul karena robeknya jaringan tubuh disebabkan oleh benda tajam atau tumpul yang membuat ujung-ujung syaraf rusak atau terputus gejala klasik post operasi.

Menurut Peneliti pada pengkajian studi kasus ini penulis menemukan kesamaan pada keluhan utama yang dialami oleh klien. yaitu sama-sama mengeluh sakit di area pos operasi. Dari keluhan yang dirasakan oleh klien merupakan gejala dari post operasi.

Untuk pengkajian terkait gejala dan tanda gejala lain, tidak penulis temukan seperti adanya pengkajian tersebut keluhan terganggunya pola dalam nutrisi dan dalam kondisi baik

## **2. DIAGNOSA**

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan data objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan jika dignosis keperawatan (hidayat 2006)

Berdasarkan data yang diperoleh pada Tn.G dengan Appendik akut diruangan inap Ali bin Abi Thalib 2 Rumah Sakit Umum Bangkinang. Peneliti hanya menemukan gejala dan tanda tegaknya diagnose keperawatan nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan. Auantuk diagnose keperawatan yang lainnya,tidak penulis temukan sebab tidak ada data pendukung untuk tegaknya diagnose tersebut.

## **3. INTERVENSI/PERENCANAAN**

Perencanaan yang diberikan pada klien Appendik akut secara prioritas adalah tinjau tingkat skala nyeri.

Tinjauan riwayat nyeri, kaji tingkat nyeri,lokasi dan karakteristik nyeri dan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam tujuan agar klien tidak tampak meringis lagi,skala nyeri nol (0) dan ttv dalam rentang normal.

Sedangkan menurut teoritis adalah tinjauan riwayat nyeri akut

1. Catat laporan skala nyeri,termasuk lokasi,durasi,dan intensitas(skala 0-10, atau skala yang mirip).

2. Catat isyarat nyeri nonverbal, seperti gelisah, enggan gerak menahan abdomen, takikardia, dan diaforesis. Periksa ketidakcocokan antara isyarat verbal dan non verbal
3. Beri makanan porsi kecil dan sering, sesuai indikasi untuk klien individual
4. Beri dorongan asupan air minum mineral 1,4 L/hari dan segelas air pada setiap episode nyeri, jika memungkinkan dan tidak dikontraindikasikan

Menurut peneliti perbandingan antara teoritis dan yang di prioritaskan berbedadengan teori jika yang di prioritaskan lebih cenderung apa yang kita lihat dengan nyata. Dalam perencanaan di tetapkan prioritas masalah, tujuan, kriteria hasil dan evaluasi tujuan yang ditetapkan mengacu pada SOAP (subjektif, objektif, asesment, dan planing) dan kriteria sesuai dengan kondisi klien.

#### **4. EVALUASI**

Evaluasi dilakukan setiap hari, dengan melakukan observasi keadaan klien agar mengetahui perkembangan keadaan klien setiap hari. Pada hari selasa tanggal 16 Juni 2020 jam 11:00 wib klien Tn.G tampak tidak meringis lagi lagi TD:120/80 mmhg, N:90x/m, S:36,4° C, P:28x/m. Intervensi dipertahankan poin 1-8.

Menurut debora (2011) pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah di

tetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau belum teratasi semuanya.

Menurut penulis pada evaluasi hari pertama jam 11:00 wib dengan klien telah diterapkan dan Nyeri Klien berkurang, masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik dan intervensi dihentikan.

Hasil evaluasi untuk mengatasi masalah nyeri yang berhubungan dengan Kerusakan integritas jaringan melihat bahwa pasien tidak meringis lagi dan skala nyeri nol dan pasien bisa beristirahat dan masalah teratasi.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

melakukan Kunjungan kerumah pasien untuk mengintervensi langsung dan untuk melihat evaluasi langsung dari diagnose yang sudah ditegakkan dan memverifikasi datanya bahwa pasien memang sudah dirawat post appendik Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang pada tanggal 16 juni 2020

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil penulis mengkaji dan melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Tn.G dengan Appendik akut, penulis akan menyimpulkan asuhan keperawatan pada klien Tn.G dengan Appendik akut di Ruang Ali Bin Abi Thalib 2 Rumah Sakit Umum Daerah Bangkinang

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian ini dilakukan dengan menggunakan 1 klien Tn.G dengan Appendik akut, nyeri klien berkurang dan klien tidak tampak meringis lagi

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa didapatkan dari keluhan klien Tn.G penulis menemukan diagnosa prioritas yaitu: Appendik akut

##### **3. Perencanaan keperawatan**

Perencanaan keperawatan berdasarkan analisa data yang telah dilakukan dimana di dapat diagnosa keperawatan yaitu Appendik akut rencana keperawatan pada Appendik akut tinjau riwayat nyeri, ajarkan

klien Teknik Relaksasi nafas dalam, kaji tingkat skala nyeri nya untuk mengurangi nyeri .

#### 4. Implementasi keperawatan

Pada intervensi keperawatan bisa saja berbeda dengan intervensi yang di buat karena penulis harus menyesuaikan kondisi klien tapi yang di implementasikan ada satu tambahan yaitu dengan mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan pada klien Tn. G dengan Appendik akut dilakukan 1 hari, tindakan keperawatan mendapatkan hasil positif melalui tehnik SOAP, hasil laboratorium klien sudah memenuhi batas normal

### **B. SARAN**

#### 1. Bagi klien dan keluarga

Keluarga dapat ikut serta dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Tn.G dengan Appendik akut, sehingga klien merasa ada dukungan yang dapat mempercepat proses penyembuhan lukanya.

#### 2. Bagi perawat

Diharapkan mampu berkoordinasi dengan tim kesehatan yang lain yaitu dokter dan ahli gizi karena untuk menangani klien membutuhkan asuhan keperawatan yang mengutamakan rasa nyaman, *care* kepedulian dan kesabaran pada umumnya dan khususnya pada klien Appendik akut.

### 3. Bagi institusi Universitas Pahlawan

Agar dapat meningkatkan mutu pendidikan yang berkualitas dan profesional sehingga dapat tercipta perawat profesional dan mampu memberikan asuhan keperawatan yang baik.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Aru W, Sudoyo. 2009. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid II, edisi V. Jakarta Interna Publishing
- Doenges, M. E, Moorhouse, M. F,&Muur, A. C. (2014). Nursing Care Plans : Guidelines For Individualizing Client Care Across The Like Span, 9 Th Ed. Philadelphia Fadavis
- NANDA-I (2015). Diagnosis Keperawatan : Definisi & Klasifikasi 2015-2017, ed. 10 Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Rockey DC. Occult Appendicitis. In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendel JH, Current Diagnosis& Treatment . 2nd Ed, McGraw-Hill Co. New York. 2004
- Sari. K, & Muttaqin, A. (2013). Gangguan Appendicitis : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : Salemba Medika
- Smeltzer, S. C.(2014), Keperawatan Medikal Bedah: *Brunner&Sudarth*, ed. 12. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Sprin House Corporation.(2011). Kapita Selektta Penyakit Dengan Implikasi Keperawatan, ed : Jakatra : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Yamanda T, Haster WL, Inadomi JM, Anderson MA, Brown RS. Wilkins. Philadelphia. 2005.