

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Dasar

1. Identifikasi klien

Kamar/ruang	: Kamar VIP 2
Tanggal masuk RS	: 16 April 2019
Tanggal pengkajian	: Selasa 18 April 2019
Nama inisial klien	: Ny. S
Waktu pengkajian	: 09.15 WIB
No Rekam Medis	: 12018
Umur	: 29 tahun
Alamat	: Prokimal
Jenis kelamin	: Perempuan
Status	: Menikah
Agama	: Islam
Pendidikan	: SLTA
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga

2. Riwayat kesehatan sekarang

Klien datang ke Rumah Sakit Mayjend HM Ryacudu pada pukul 10.00 WIB. Senin 16 April 2019 klien datang dengan keluhan sakit perut yang menjalar ke pinggang, skala nyeri 3, lalu pasien disarankan untuk melakukan tindakan SC oleh dokter, pada pukul 20.00 WIB pasien dilakukan operasi, Pasien mengatakan hamil anak ke 2, sebelumnya klien melahirkan secara SC.

3. Keluhan utama saat pengkajian

Setelah dilakukan pengkajian post operasi dua hari yang lalu pada tanggal 18 April 2019 klien mengeluh gatal di bagian luka post operasi

4. Pengkajian keperawatan

a. Penampilan umum

Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. S yang diperoleh tingkat kesadaran pasien *compos metis* dengan nilai GCS E4V5M6 tidak ada sianosis di bibir, kulit kemerahan, klien tampak gelisah, klien tidak nyaman mengeluh gatal dibagian luka *post op*, sulit bergerak karena adanya nyeri, tidak ada riwayat hipertensi, tidak ada riwayat diabetes, klien tidak ada riwayat merokok, tidak memiliki riwayat penyakit, klien sebelumnya memiliki riwayat pembedahan *sectio caesarea* pada anak pertama

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital:

TD : 130/70 mmHg

N : 80 x/menit

S : 36,9 °C

RR : 22 x/menit

b. Pengkajian respirasi

Pernafasan klien 20 x/menit, tidak mampu batuk, tidak ada suara nafas tambahan: wheezing maupun ronchi, tidak terdapat sputum/dahak, kesadaran *compos mentis*, tidak gelisah, dan tidak menggunakan otot bantu pernafasan

c. Pengkajian sirkulasi

Nadi pasien normal, tidak ada jantung berdebar-debar, tidak ada perdarahan, tidak ada peningkatan vena jugularis, tidak ada penurunan jumlah urine, tidak ada peningkatan berat badan

d. Pengkajian nutrisi dan cairan

Klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengatakan porsi makanan yang disediakan di rumah sakit hanya dihabiskan setengah porsi makanan, klien mengatakan tidak ada gangguan menelan, klien mengatakan tidak ada sariawan, klien tidak mengalami diare, klien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan, klien terpasang infus Ringer laktat, 20 tetes permenit, dengan minum sebanyak kurang lebih 220 ml perhari atau total 2 liter

- e. Pengkajian eliminasi
Klien tidak mengalami gangguan eliminasi, kandung kemih klien terasa kosong, klien mampu BAK (Buang Air Kecil), urine keluar lancar, BAK sehari 4-6x/hari, volume urine dalam sehari 1200 ml/24jam, warna jernih kekuningan, bau khas urine. Klien belum BAB (Buang Air Besar) sejak dirawat, klien mampu mengontrol BAK dan BAB
 - f. Pengkajian aktivitas dan istirahat
Klien mengeluh gatal pada area *post op*, klien cemas saat bergerak, enggan melakukan pergerakan
 - g. Pengkajian neurosensori
Klien mengatakan tidak sakit kepala, tidak ada cedera medulla spinalis, tidak ada kesulitan menelan, tidak muntah darah (hematemesis)
 - h. Pengkajian ibu hamil dan melahirkan
Klien mengatakan ini adalah kehamilan yang diinginkan usia klien saat hamil adalah 29 tahun. Klien melahirkan bayi laki-laki dengan cara SC, panjang bayi 40 cm dan berat 3000 gr
 - i. Pengkajian nyeri dan kenyamanan
Klien mengatakan tidak nyaman nyeri saat bergerak dan di bagian luka *op* mengeluh gatal dan tampak gelisah
 - j. Pengkajian kebersihan diri
Klien mandi, makan dan berpakaian dibantu oleh keluarga
 - k. Pengkajian keamanan dan proteksi
Berdasarkan hasil pengkajian klien dalam kondisi pasca operasi dengan luka terbuka, terasa gatal, sayatan sepanjang kurang lebih 10 cm kulit kemerahan di area luka operasi
5. Pengobatan yang diberikan
- a. Infus RL 20 tpm
 - b. Ondansentrin 4 mg (IV)
 - c. Injeksi ketorolac 300 mg (IV)
 - d. Ranitidine 25 mg (IV)

6. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium pada Ny. S terdapat pada tabel di bawah ini :

Tabel 3.1

**Hasil Pemeriksaan Laboratorium pada Ny. S dengan Kasus
Post Sectio Caesarea di RSD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi
Tanggal 17 April 2019**

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal Perempuan
Hemoglobin	11 gr/dL	11-16 gr/Dl
Trombosit	230 μ L	150-450
Leukosit	8	4.00-10.00
Eritrosit	4	3.50-5.00
Glukosa sewaktu	120 mg/dl	100-200

7. Analisa Data

Tabel 3.2

**Analisa Data pada Ny. S dengan Kasus Post Sectio Caesarea
di RSD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi
Tanggal 18-20 April 2019**

Tgl/jam No. Dx	Data	Masalah Keperawatan
1	2	3
18-04-2019 10.00 I	DS : a. Telah dilakukan operasi sectio caesarea dua hari yang lalu pada tanggal 16 April 2019 pukul 20.00 WIB, dengan luka sayatan kurang lebih 10cm b. Klien mngeluh gatal dibagian luka <i>post</i> operasi	Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

1	2	3
	DO : a. Luka klien tampak kemerahan	
19-04-2019 10.30 II	DS : a. Klien mengatakan terdapat luka pada abdomen DO : a. Klien tampak gelisah b. Kulit klien tampak kemerahan	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas
19-04-2019 10.45 III	DS : a. Klien mengatakan mengalami ketidaknyamanan nyeri saat bergerak pada luka post operasi b. Klien mengatakan tidak nafsu makan DO : a. Klien mengatakan ketergantungan dalam perawatan diri	Risiko perlambatan pemulihan pasca bedah berhubungan dengan infeksi luka perioperatif
20-04-2019 11.10 VI	DS : a. Klien mengatakan nyeri dibagian abdomen sampai kepinggang DO : a. Klien tampak meringis b. Skala nyeri 3 c. TD : 110/70 mmHg	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera nyeri fisik

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada Ny. S pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.3

**Diagnosa Keperawatan pada Ny. S dengan Kasus *Post Sectio Caesarea* di RSD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi
19 April 2019**

No	Diagnosa Keperawatan
1	Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas
3	Risiko pemulihan pasca bedah berhubungan dengan infeksi luka preoperatif
4	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik

Prioritas diagnosa keperawatan pada kasus Ny. S terdapat pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.4

**Prioritaskan Diagnosa pada Ny. S dengan Kasus *Post Sectio Caesarea* di RSD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi
Tanggal 19 April 2019**

No	Diagnosa Keperawatan
1	Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
2	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas
3	Risiko pemulihan pasca bedah berhubungan dengan infeksi luka preoperatif

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

**Rencana Asuhan Keperawatan pada Ny. S
dengan Kasus *Post Sectio Caesarea* di RSD Mayjend HM. Ryacudu
Kotabumi, Tanggal 18-20 April 2019**

Tanggal	No. Diagnosa	NOC (<i>Nursing Outcomes Classification</i>)	NIC (<i>Nursing Interventions Classification</i>)
1	2	3	4
18 April 2019	Risiko infeksi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan klien tidak ansietas, dengan kriteria hasil: Keparahan infeksi a. Kulit tidak kemerahan b. Tidak ada nyeri c. Tidak mengalami demam d. Nafsu makan meningkat	Perawatan area sayatan a. Periksa daerah sayatan terdapat kemerahan dan bengkak b. Bersihkan daerah sekitar sayatan dengan pembersih yang tepat c. Memonitor sayatan untuk tanda dan gejala infeksi d. Ganti balutan luka sesuai jadwal
18 April 2019	Gangguan integritas kulit	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan klien dapat merasa aman dengan kriteria hasil: Penyembuhan luka a. Melaporkan adanya gangguan rasa sensai atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan b. Sensasi dan warna kulit normal c. Mampu melakukan perawatan luka alami	Perawatan luka tekan a. Memonitor warna, suhu, kelembaban dan kondisi area luka sekitar b. Memonitor tanda dan gejala infeksi di area luka

1	2	3	4
18 April 2019	Risiko pemulihan pasca bedah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, diharapkan dapat mengatasimasalah tidur dengan kriteria hasil : Tingkat ketidaknyamanan a. Kemampuan perawatan diri b. Memperoleh kembali mobilitas prapembedah c. Kenyamanan d. Nutrisi tercukupi	Bantuan perawatan diri a. Mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka b. Berikan perawatan insisi pada luka pada bagian luka c. Status nutrisi terpenuhi d. Ubah posisi setiap 1-2 jam sekali untuk mencegah penekanan luka

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan pada Ny. S dengan Kasus *Post Sectio Caesarea* di RSD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi, Tanggal 18-20 April 2019

Catatan Perkembangan Hari Pertama

Masalah Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
Risiko infeksi	Pukul 09.30 WIB a. Memonitor tanda dan gejala infeksi mengukur suhu tubuh b. Memonitor proses penyembuhan area insisi c. Memonitor area luka insisi adanya tanda-tanda infeksi (kemerahan, gatal) d. Mengganti balutaan luka sesuai jadwal	Pukul 09.45 WIB S : O : a. Ada luka sayatan sepanjang kurang lebih 10 cm di abdomen b. Suhu 35,5 °C c. Area luka tampak kemerahan

1	2	3
		<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ukur suhu tubuh b. Monitor area luka insisi c. Ajarkan meminimalkan tekanan pada luka insisi (memegang area luka saat bergerak) <div style="text-align: center;">  Resa Lukita Sari </div>
Gangguan integritas kulit	<p>09.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Memonitor warna, kelembaban dan kondisi area sekitar luka b. Memonitor tanda dan gejala infeksi di area luka 	<p>Pukul 09.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan terdapat luka di abdomen <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien tampak gelisah b. Luka tampak kemerahan <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian longgar b. Oleskan <i>lotion</i> atau minyak <i>baby oil</i> pada daerah yang tertekan <div style="text-align: center;">  Resa Lukita Sari </div>

1	2	3
<p>Risiko pemulihan pasca bedah</p>	<p>09.10WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi dan meningkatkan penyembuhan luka serta mencegah terjadinya komplikasi luka 2. Monitor karakteristik luka (mis drainase, warna, ukuran, bau) 	<p>Pukul 09.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluh nyeri saat bergerak karena adanya luka 2. Klien mengeluh tidak nafsu makan <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Luka klien terlihat kemerahan <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ubah posisi setiap 1-2 jam sekali untuk mencegah penekanan luka b. Tingkatkan asupan nutrisi <div style="text-align: center;">  </div> <p>Resa Lukita Sari</p>

Catatan Perkembangan Hari Kedua

Masalah Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
Risiko infeksi	Pukul 11.00 WIB a. Memonitor tanda-tanda gejala infeksi (mengukur suhu tubuh) b. Memonitor proses penyembuhan luka insisi adanya tanda-tanda infeksi (kemerahan atau gatal) c. Mengajarkan meminimalkan tekanan pada luka insisi (memegang area luka saat bergerak)	Pukul 07.45 WIB S : - O : a. Ada luka sayatan sepanjang kurang lebih 10 cm di abdomen b. Suhu 36,5 °C c. Tidak ada tanda-tanda kemerahan A : Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi a. Ukur suhu tubuh b. Memonitor area luka insisi c. Ganti balutan luka sesuai jadwal  Resa Lukita Sari
Gangguan integritas kulit	Pukul 09.30 WIB a. Memitor warna, kelembaban dan kondisi area luka b. Memonitor tanda dan gejala infeksi area luka c. Anjurkan klien untuk menggunakan pakaian longgar	Pukul 09.30 WIB S : a. Klien mengatakan terdapat luka di abdomen O : a. Klien tampak tenang b. Tidak ada kemerahan di bagian luka c. Tidak ada tanda dan gejala infeksi

1	2	3
		<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>  <p>Resa Lukita Sari</p>
<p>Risiko pemulihan pasca bedah</p>	<p>Pukul 09.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor tanda tanda infeksi b. Meningkatkan asupan nutrisi 	<p>Pukul 09.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tidak ada rasa nyeri b. Tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka post op <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien sudah menghabiskan satu porsi makanan yang disediakan <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>  <p>Resa Lukita Sari</p>

Catatan Perkembangan Hari Ketiga

Masalah Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
Risiko infeksi	Pukul 11.15 WIB a. Memonitor tanda dan gejala infeksi (mengukur suhu tubuh) b. Memonitor area luka insisi adanya tanda-tanda infeksi kemerahan gatal c. Mengganti balutan luka sesuai jadwal	Pukul 11.45 WIB S : Klien mengatakan luka <i>post op</i> tidak gatal lagi O: a. Tidak ada tanda-tanda infeksi b. Kulit tampak segar, c. Luka tertutup rapih A: Risiko infeksi teratasi P: Hentikan intervensi  Resa Lukita Sari
Gangguan integritas kulit	Pukul 09.00 WIB a. Memitor warna, kelembaban dan kondisi area luka b. Memonitor tanda dan gejala infeksi area luka	Pukul 09.30 WIB S : - O : a. Klien tampak tenang b. Tidak ada kemerahan di bagian luka c. Tidak ada tanda dan gejala infeksi A : Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi  Resa Lukita Sari

1	2	3
<p>Risiko pemulihan pasca bedah</p>	<p>Pukul 09.00 WIB</p> <p>a. Memonitor tanda-tanda infeksi</p>	<p>Pukul 09.30 WIB</p> <p>S :</p> <p>a. Tidak ada tanda-tanda infeksi pada area luka operasi</p> <p>b. Klien mampu bergerak tanpa adanya nyeri</p> <p>O : Klien tampak tenang</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p> <p></p> <p>Resa Lukita Sari</p>

E. Flow Sheet**Tabel 3.7****Flow Sheet Ny. S
Tanggal 18-20 April 2019**

Pemeriksaan	17/4/2019	18/4/2019	19/4/2019
1	2	3	4
TD	110/70 mmHg	120/80 mmHg	120/70 mmHg
Nadi	82 x/menit	80 x/menit	80 x/menit
Pernafasan	22 x/menit	20 x/menit	20 x/menit
Suhu	36,0°C	36,5°C	36,5°C
Urine	500 cc	450 cc	650 cc
Feses	-	-	-