

BAB 2

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Penulisan pada bab hasil dan pembahasan ini akan membahas tentang asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi dengan maksud untuk memuat keseluruhan hasil yang dilaksanakan.

2.1 Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. R usia 50 tahun, no RM 00467XXX, pasien lahir di Pasuruan tanggal 12 Januari 1974, pasien bergama islam, pasien beralamat di Desa Raci RT 04 RW 01 Kec.Raci Kab. Pasuruan, pasien lulusan SMA, pekerjaan pasien sebagai pedagang di pasar bangil, pasien sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak, pasien MRS pada tanggal 19 Januari 2024, dengan diagnosa medis post op apendiktomi, pengkajian yang di lakukan pada tanggal 20 Januari 2024.

2. Riwayat Penyakit

a. Keluhan utama

Pasien mengatakan kedinginan setelah sadar dari operasi kaki dan tangan terasa dingin, dengan derajat menggigil 4, nyeri perut kanan bawah

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien MRS di RSUD Bangil pada tanggal 19 Januari 2024 dengan keluhan nyeri pada bagian perut sebelah kanan

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan sering mengalami nyeri perut sejak 2 bulan yang lalu, nyeri dirasakan pada bagian perut kanan bawah, nyeri semakin sering terjadi sekitar 2 minggu ini.

3. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

a. Observasi

Keadaan umum : cukup

Kesadaran : compos mentis

GCS : E 4, V 5, M 6

TTV : TD : 136/76 mmHg

HR : 56 x/m

RR : 21 x/m

S : 35.1 °C

Berat Badan : 67 kg

Tinggi badan : 160 cm

IMT : 26.2

b. Pemeriksaan fisik

1) B1 (*Breathing*)

Data Subyektif :

Pasien mengatakan tidak sesak

Data Obyektif :

Inspeksi: bentuk dada simetris, pola napas normal , pergerakan dinding dada normal, tidak ada otot bantu pernafasan, RR: 21 x/ menit.

Auskultasi: suara nafas vesikuler.

Palpasi: tidak terdapat krepitasi, pemeriksaan vocal fremitus kanan dan kiri sama, ekspansi dada simetris

Perkusi: sonor (paru kanan dan kiri normal).

2) B2 (*Blood*)

Data Subyektif :

Pasien mengatakan tidak ada nyeri pada kepala

Data Obyektif :

Konjungtiva non anemis, sklera putih.

Inspeksi : ictus cordis tidak nampak pada ICS V midklavikula sinistra, tidak nampak lesi.

Palpasi : ictus kordis teraba kuat di ICS V midklavikula sinistra, pulsasi nadi teraba kuat dan reguler.

Perkusi : terdengar suara redup. Auskultasi = terdengar bunyi jantung S1 dan S2 tunggal, gallop-, murmur-

TD : 136/76 mmHg. HR : 56 x/m

3) B3 (*Brain*)

Data Subyektif :

Pasien mengatakan nyeri perut kanan bawah

Data Obyektif :

P : nyeri bertambah saat bergerak

Q : seperti di tusuk - tusuk

R : perut kanan bawah

S : skala 4

T : sering

tidak ada jejas, tidak ada paralisis

4) B4 (*Bladder*)

Data Subyektif : -

Data Obyektif :

Inspeksi: Tidak ada lesi, tidak terpasang kateter, urine spontan, produksi urine 1000 cc/24 jam, konsistensi kuning jernih

Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan pada kandung kemih, tidak ada pembesaran kandung kemih, tidak ada distensi kandung kemih.

Perkusi: Tidak terdapat nyeri ketuk pada pinggang belakang.

5) B5 (*Bowel*)

Data Subyektif :

Pasien mengatakan BAB 1x sehari selama di rumah sakit

Data Obyektif :

Inspeksi: Mukosa lembab, tidak ada mual dan muntah, tidak ada nyeri tekan, bentuk abdomen simetris,

Auskultasi: bising usus 14x/menit.

Palpasi: nyeri pada luka post operasi pada perut kanan bawah.

Perkusi: suara timpani.

6) B6 (*Bone*)

Data Subyektif :

Pasien mengatakan tidak ada kelemahan pada anggota gerak tubuhnya

Data Obyektif :

Ektremitas atas:

Luka (-), keterbatasan gerak (-), kekuatan otot 5, akral pucat, nadi perifer teraba kuat.

Ektremitas bawah:

luka (-), keterbatasan gerak (-), akral pucat, nadi perifer teraba kuat.

Kulit tampak lembab, tidak ada edema ekstremitas.

4. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang tanggal 19 Januari 2024

a. Foto Thorax

Saat ini kardiovaskuler dan pulmo tak tampak kelainan

b. Hasil pemeriksaan laboratorium

Tabel 2.1 Tabel pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Keterangan
Hemoglobin	13.8 g/dl	11.7-16.2	
Leukosit	14.52 10^3 /uL	4.50-11.50	High
HCT	38.2%	37-48%	
Trombosit	316 10^3 /uL	NR152-396	
Natrium	136.4 mmol/l	136-145	
Kalium	4.07 mmol/l	3.5-5.1	
Chloride	98.4 mmol/l	NR: 98-107	
Gula darah sewaktu	187 mg/dl	NR < 200	
Albumin	3.8 g/dl	NR 3.8 – 5.1	

5. Terapi Medis

IVFD : NS 0.9% 14 tpm

Injeksi :

Omperazole 1x40 mg IV

Antrain 3x1gr IV

Ondancetron 3x4mg IV

2.2 Analisa Data

Tabel 2.2 analisa data

Data	Etiologi	Masalah
Pasien 1		
DS : Pasien mengatakan kedinginan setelah sadar dari operasi, kaki dan tangan terasa dingin DO : Akral pucat Derajat menggigil 4 HR : 56 x/m S : 35.1 °C CRT > 3 detik	Apendisitis ↓ Tindakan operasi ↓ Anestesi spinal ↓ Termoregulasi terganggu ↓ Mekanismes control hilang ↓ Hipotermia	Hipotermi

2.3 Dignosa Keperawatan

Hipotermi berhubungan dengan efek agen farmakologi

2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 intervensi keperawatan

Dignosa Keperawatan	Standar Keperawatan (SLKI)	Luaran Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
Hipotermia (SDKI D.0131) Hipotermia berhubungan dengan efek agen farmakologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 30 menit, diharapkan Termoregulasi membaik (SIKI L.14134) Dengan kriteria hasil: Luaran : Termoregulasi 1. Menggigil menurun 2. Kulit memerah menurun 3. Kejang menurun 4. Akrosianosis menurun 5. Konsumsi oksigen menurun 6. Vasokonstriksi perifer menurun 7. Kutis memomata menurun		1. Manajemen Hipotermia (SIKI I.14507) a. Monitor suhu tubuh b. Identifikasi penyebab hipotermia (mis: terpapar suhu lingkungan rendah, pakaian tipis, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) c. Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia (mis: hipotermia ringan: takipnea, disartria, menggigil, hipertensi, diuresis; hipotermia sedang: aritmia, hipotensi, apatis,

	<p>8. Pucat menurun</p> <p>9. Takipnea menurun</p> <p>10. Bradikardi menurun</p> <p>11. Dasar kuku sianosis menurun</p> <p>12. Hipoksia menurun</p> <p>13. Suhu tubuh membaik (36,5°C-37,5°C)</p> <p>14. Kadar glukosa darah membaik</p> <p>15. Pengisian kapiler membaik</p> <p>16. Ventilasi membaik</p> <p>17. Tekanan darah membaik</p>	<p>koagulopati, refleks menurun; hipotermia berat: oliguria, refleks menghilang, edema paru, asam-basa abnormal)</p> <p>d. Sediakan lingkungan yang hangat (mis: atur suhu ruangan)</p> <p>e. Ganti pakaian dan/atau linen yang basah</p> <p>f. Lakukan penghangatan pasif (mis: selimut, menutup kepala, pakaian tebal)</p> <p>g. Lakukan penghangatan aktif eksternal (mis: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat)</p> <p>h. Lakukan penghangatan aktif internal (mis: infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan</p>
--	---	---

		cairan hangat) i. Anjurkan makan/minum hangat
--	--	---

2.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 2.4 implementasi keperawatan

Pasien 1		
Tanggal dan jam	Implementasi	Paraf
20 Januari 2024		
10.00	Menghangatkan cairan infus pada alat penghangat dengan suhu 38 °C	
10.15	Mengobservasi sebelum pemberian <i>infus warmer</i> - S : 35.1 °C	
10.20	Mengidentifikasi penyebab hipotermia - Salah satu penyebabnya suhu ruangan yang dingin	
10.25	Memonitor tanda dan gejala hipotermia - Kaki dan tangan teraba dingin - CRT > 3 detik	
10.30	Melakukan penghangatan aktif internal - Pemberian <i>infus warmer</i> dengan cairan hangat normal salin 0.9% dengan kecepatan 20 tetes permenit - Pemberian <i>infus warmer</i> 60 cc/jam	
11.00	Mengobservasi suhu saat pemberian <i>infus warmer</i> - S : 35.7 °C	

11.30	Mengobservasi TTV setelah pemberian <i>infus warmer</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> - HR : 72 x/m - S 36.6 °C 	

2.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel 2.5 evaluasi keperawatan

Tanggal, Jam	Evaluasi	Paraf
Pasien 1		
20 Januari 2024 12.00	<p>S :</p> <p>Pasien mengatakan sudah tidak terasa dingin kaki dan tubuhnya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - HR : 71 x/m - S : 36.6°C - Badan dan ekstermitas pasien teraba hangat - CRT < 3 detik - Derajat mengigil 0 <p>A :</p> <p>Hipotermia teratasi</p> <p>P :</p> <p>Hentikan Intervensi</p>	