

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA AN. R DENGAN  
*POST OPERASI APENDIKTOMI* DI RS BHAYANGKARA  
KOTA BENGKULU  
TAHUN 2019**



**DISUSUN OLEH :**

**WAHYUDI IBRAHIM**

**NIM: P0 5120218 121 RPL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN BENGKULU  
PRODI DIII KEPERAWATAN**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA AN. R DENGAN  
*POST OPERASI APENDIKTOMI* DI RS BHAYANGKARA  
KOTA BENGKULU  
TAHUN 2019**

**DISUSUN OLEH :**

**WAHYUDI IBRAHIM**  
**NIM: P0 5120218 121 RPL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN BENGKULU  
PRODI DIII KEPERAWATAN**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA AN. R DENGAN  
*POST OPERASI APENDIKTOMI* DI RS BHAYANGKARA  
KOTA BENGKULU  
TAHUN 2019**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma  
III Keperawatan Pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu

**DISUSUN OLEH :**

**WAHYUDI IBRAHIM**  
**NIM: P0 5120218 121 RPL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN BENGKULU  
PRODI DIII KEPERAWATAN  
2019**

**HALAMAN PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA AN. R DENGAN  
POST OPERASI APENDIKTOMI DI RS BHAYANGKARA  
KOTA BENGKULU  
TAHUN 2019**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Tim Penguji Proposal Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Bengkulu

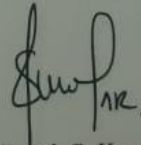
Yang dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

**WAHYUDI IBRAHIM**

**NIM. P0 5120218121 RPL**

Agustus 2019

**Mengetahui,  
Pembimbing**



**Ns. Septivanti, S. Kep., M. Pd**  
**NIP. 197409161997032001**

**HALAMAN PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PADA AN. R DENGAN  
POST OPERASI APENDIKTOMI DI RS BHAYANGKARA  
KOTA BENGKULU  
TAHUN 2019**

Yang dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

**WAHYUDI IBRAHIM**  
**NIM. P0 5120218121 RPL**

Karya Tulis Ilmiah ini telah di nilai oleh panitia penguji pada program DIII Keperawatan Bengkulu jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal : September 2019

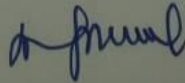
Panitia Penguji,

1. Ns. Husni, S. Kep., M. Pd  
NIP. 197412061997032001
2. Erni Buston, SST., M. Kes  
NIP. 198707072010122003
3. Ns. Septiyanti, S. Kep., M. Pd  
NIP. 197409161997032001

(.....  
(.....  
(.....

Mengetahui

Ka.Prodi D III Keperawatan Bengkulu  
Jurusan Keperawatan Bengkulu  
Poltekkes Kemenkes Bengkulu



**Ns. Mardiani, S. Kep. MM**  
NIP : 19720321 199503 2 001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur Penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga Penulis dapat menyelesaikan KTI dengan Judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien Post Operasi Apendiktomi di RS Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2019”.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini Penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasihat dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya. Oleh karena itu, Penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Darwis, S. Kp., M. Kes, selaku Direktur Poktekkes Kemenkes Bengkulu yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal, S. Kp., MPH, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Ibu Ns. Mardiani, S. Kep., MM, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Ns. Septiyanti., S. Kep., M. Pd, selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah ini yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, arahan, dan asukkan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini bisa terselesaikan dengan baik.
5. Seluruh Dosen dan Staf Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
6. Keluarga tercinta saya yang telah banyak memberikan dukungan moril dan spiritual yang sangat berarti bagi Penulis.
7. Seluruh mahasiswa-mahasiswi Poltekkes Kemenkes Bengkulu Prodi RPL DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik baik dari segi penulisan

maupun penyusunan dan metodologi. Oleh karena itu Penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar Penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi dimasa yang akan datang.

Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah yang telah Penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat perubahan positif terutama bagi Penulis sendiri dan mahasiswa-Prodi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bnegkulu lainnya.

Bengkulu, September 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

|                                    |             |
|------------------------------------|-------------|
| <b>HALAMAN JUDUL .....</b>         | <b>i</b>    |
| <b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>   | <b>ii</b>   |
| <b>HALAMAN PENGESAHAN .....</b>    | <b>iv</b>   |
| <b>KATA PENGANTAR.....</b>         | <b>v</b>    |
| <b>DAFTAR ISI.....</b>             | <b>vi</b>   |
| <b>DAFTAR GAMBAR.....</b>          | <b>viii</b> |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>          | <b>ix</b>   |
| <b>BAB I PENDAHULUAN</b>           |             |
| A. Latar Belakang .....            | 1           |
| B. Tujuan .....                    | 4           |
| C. Batasan Masalah.....            | 4           |
| D. Manfaat .....                   | 5           |
| <b>BAB II TINJAUAN TEORI</b>       |             |
| A. Konsep Apendisitis .....        | 6           |
| a. Anatomi Fisiologi .....         | 6           |
| b. Pengertian.....                 | 7           |
| c. Etiologi.....                   | 7           |
| d. Klasifikasi .....               | 8           |
| e. Patofisiologi .....             | 9           |
| f. Manifestasi Klinis .....        | 12          |
| g. Pemeriksaan Penunjang .....     | 13          |
| h. Penatalaksanaan .....           | 13          |
| B. Konsep Apendiktomi .....        | 14          |
| a. Pengertian.....                 | 14          |
| b. Macam-macam.....                | 14          |
| c. Indikasi.....                   | 14          |
| d. Kontraindikasi.....             | 15          |
| e. Komplikasi .....                | 15          |
| C. Konsep Asuhan Keperawatan ..... | 15          |



|  |    |
|--|----|
| a. Pengkajian .....                                      | 15 |
| b. Diagnosa Keperawatan.....                             | 20 |
| c. Perencanaan Keperawatan .....                         | 21 |
| <b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>                     |    |
| A. Pendekatan/Desain Penelitian .....                    | 29 |
| B. Subyek Penelitian.....                                | 29 |
| C. Batas Istilah Penelitian (Definisi Operasional) ..... | 29 |
| D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....                     | 30 |
| E. Prosedur Penelitian.....                              | 30 |
| F. Metode dan Instrumen Penelitian.....                  | 30 |
| G. Keabsahan Data.....                                   | 31 |
| H. Analisis Data .....                                   | 31 |
| <b>BAB IV TINJAUAN KASUS</b>                             |    |
| A. Pengkajian .....                                      | 34 |
| B. Analisa Data .....                                    | 42 |
| C. Diagnosa Keperawatan.....                             | 43 |
| D. Perencanaan Keperawatan .....                         | 44 |
| E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan .....           | 50 |
| <b>BAB V PEMBAHASAN</b>                                  |    |
| A. Pengkajian .....                                      | 59 |
| B. Diagnosa Keperawatan.....                             | 60 |
| C. Perencanaan Keperawatan .....                         | 61 |
| D. Implementasi Keperawatan .....                        | 62 |
| E. Evaluasi Keperawatan .....                            | 63 |
| <b>BAB VI PENUTUP</b>                                    |    |
| A. Kesimpulan .....                                      | 64 |
| B. Saran .....   | 65 |
| <b>DAFTAR PUSTAKA</b>                                    |    |

**DAFTAR BAGAN**

| <b>No</b> | <b>Jenis Bagan</b> | <b>Halaman</b> |
|-----------|--------------------|----------------|
| 1         | WOC                | 11             |

**DAFTAR TABEL**

| <b>No</b> | <b>Jenis Tabel</b>               | <b>Halaman</b> |
|-----------|----------------------------------|----------------|
| 1         | Perencanaan Keperawatan Teoritis | 23             |
| 2         | Analisa Data Kasus               | 42             |
| 3         | Perencanaan Keperawatan Kasus    | 44             |
| 4         | Implementasi dan Evaluasi Kasus  | 50             |

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Saluran pencernaan merupakan saluran yang berfungsi menerima makanan yang masuk dan mempersiapkan untuk diserap oleh tubuh. Makanan yang masuk ke dalam tubuh dimetabolisme dan akan menghasilkan energi bagi tubuh, memperbaiki jaringan yang rusak, membentuk enzim serta hormon. Apabila saluran pencernaan mengalami gangguan maka akan berakibat pada tubuh, salah satunya pada organ apendiks (Sjamsuhidajat & De Jong, 2011).

Apendiks merupakan bagian dari organ pencernaan yang sampai saat ini belum diketahui fungsinya. Meskipun demikian tidak sedikit kasus kesehatan yang disebabkan karena apendiks (Sjamsuhidajat & De Jong, 2011). Apendisitis adalah keadaan inflamasi dan obstruksi pada vermiformis. Sehingga merupakan penyakit yang paling sering membutuhkan pembedahan kedaruratan. Jika apendisitis tidak ditangani dengan segera bisa menimbulkan berbagai dampak buruk bagi kesehatan seperti perforasi, peritonitis, abses intra abdomen dan obstruksi intestinum (Kowalak, 2011).

Tingkat kejadian apendisitis di negara maju lebih tinggi dibandingkan dengan negara berkembang. Hal ini disebabkan oleh gaya hidup masyarakatnya. Kebanyakan masyarakat negara maju mengonsumsi makanan cepat saji yang rendah serat dan tidak sehat sebagai makanan sehari-hari. Hal ini tentunya akan berdampak pada sistem pencernaan. Sehingga tak jarang masalah pencernaan terjadi di negara maju. Apendisitis dapat terjadi pada laki-laki dan perempuan pada segala usia tapi pada umumnya saat usia remaja yaitu usia 20-30 tahun (Kowalak, 2011).

Penelitian terbaru menunjukkan 7% penduduk di negara Barat menderita apendisitis dan terdapat lebih dari 200.000 apendektomi dilakukan di Amerika Serikat setiap tahunnya. Badan *WHO (World Health Organization)*

menyebutkan insidensi apendisitis di Asia dan Afrika pada tahun 2014 adalah 4,8% dan 2,6% penduduk dari total populasi. Hal ini menyebabkan apendisitis menempati urutan delapan sebagai penyebab utama kematian di dunia dan di perkiraan pada tahun 2020 akan menjadi penyebab kematian kelima di seluruh dunia (WHO 2014).

Di Indonesia insiden apendisitis cukup tinggi, terlihat dengan adanya peningkatan jumlah pasien dari tahun ketahun. Berdasarkan data yang diperoleh dari (Depkes, 2016), kasus apendisitis pada tahun 2016 sebanyak 65.755 orang dan pada tahun 2017 jumlah pasien apendisitis sebanyak 75.601 orang dan terdapat lebih dari 50.000 apendiktomi dilakukan setiap tahunnya. Morbiditas angka apendisitis di Indonesia mencapai 95 per 1000 penduduk dan angka ini merupakan tertinggi di antara negara-negara di *Assosiation South East Asia Nation (ASEAN)* (Setyaningrum, 2013).

Pada tahun 2016 angka kejadian apendisitis di Provinsi Bengkulu sebanyak 1.576 penderita dan pada tahun 2017 jumlah kasus apendisitis di Provinsi Bengkulu mencapai 1.624 penderita. Jumlah ini menunjukkan sedikit peningkatan terhadap jumlah penderita apendisitis. Dan dari sejumlah kasus tersebut lebih dari 1.000 apendiktomi dilakukan pertahunnya di Provinsi Bengkulu (Risksedas, 2017)

Apendisitis pada umumnya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfosit, fekalit, benda yang dianggap asing oleh tubuh, struktur karena fiksosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Semakin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium (Mansjoer, 2009).

Keluhan yang biasanya dialami oleh penderita apendisitis bermula dari nyeri di daerah umbilikus atau periumbilikus yang berhubungan dengan

muntah. Nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah dalam 2-12 jam, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk. Terdapat juga keluhan anoreksia, malaise, dan demam yang tidak terlalu tinggi. Biasanya juga terdapat konstipasi, tetapi kadang-kadang terjadi diare, mual dan muntah (Mansjoer, 2009).

Tindakan pengobatan terhadap apendisitis dapat dilakukan dengan cara operasi. Operasi apendiks dilakukan dengan cara apendiktomi yang merupakan suatu tindakan pembedahan membuang apendiks. Adapun respon yang timbul setelah tindakan apendiktomi adalah kerusakan kulit dan rusaknya ujung-ujung syaraf yang dapat menyebabkan berbagai ketidaknyamanan bagi pasien jika tidak diatasi dan ditangani secara tepat (Aribowo, H & Andrifiliana, 2011).

Masalah keperawatan yang biasanya muncul pada pasien dengan post operasi apendiktomi adalah nyeri akut, kerusakan integritas kulit dan risiko infeksi. Tindakan operasi untuk mengatasi apendisitis akan menyebabkan luka pada bagian abdomen. Keadaan ini dapat menimbulkan rasa nyeri pada area luka, kerusakan integritas kulit akibat pembedahan serta risiko infeksi karena adanya luka yang memungkinkan masuknya benda asing yang dapat memperburuk keadaan luka jika tidak dirawat dengan baik (Kowalak, 2011).

Peran perawat dalam memberi askep pada klien post apendiktomi, yaitu melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif meliputi pemberian pendidikan kesehatan tentang penyakit apendisitis. Upaya preventif, yaitu untuk mencegah infeksi pada luka *post op* dengan cara perawatan luka dengan teknik aseptik. Untuk upaya kuratif meliputi pemberian pengobatan dan menganjurkan klien untuk mematuhi terapi serta upaya rehabilitatif meliputi perawatan luka di rumah dan menganjurkan klien meneruskan terapi yang telah diberikan.

Kejadian apendisitis di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu pada tahun 2018 sebanyak 85 kasus dengan rincian 43 pasien laki-laki dan 42 pasien wanita serta 63 apendiktomi yang dilakukan. Data tersebut diperoleh berdasarkan data rekam medis Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu. Di

RS Bhayangkara Kota Bengkulu peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus apendisitis dimulai saat pasien masuk sampai dengan selesai. Selama perawatan dilaksanakan, perawat bertanggungjawab terhadap pasien mulai dari pre operasi sampai dengan post operasi apendektomi. Tindakan yang diberikan perawat berupa pendidikan kesehatan, tindakan mengurangi nyeri, perawatan luka post op dan pencegahan infeksi (Rekam Medis RS Bhayangkara Kota Bengkulu, 2018)

Berdasarkan berbagai data dan informasi di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus tentang penyakit apendisitis mengenai pemberian “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kasus Post Operasi Apendektomi di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu”.

## **B. Batasan Masalah**

Studi kasus ini diupayakan terarah, terfokus dan tidak meluas. Oleh karena itu, penulis membatasi studi kasus ini pada asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan post operasi apendektomi di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu tahun 2019.

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan kasus post operasi apendektomi di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu tahun 2019.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu memberikan gambaran pengkajian keperawatan pada pasien dengan kasus post operasi apendektomi di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu.
- b. Mampu memberikan gambaran perumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan kasus post operasi apendektomi di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu.

- c. Mampu memberikan gambaran perencanaan keperawatan pada pasien dengan pasien dengan kasus post operasi apendiktomi di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu.
- d. Mampu memberikan gambaran tindakan keperawatan pada pasien post operasi apendiktomi di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu
- e. Mampu memberikan gambaran evaluasi pada pasien dengan kasus post operasi apendiktomi di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu.

#### **D. Manfaat**

##### **1. Bagi Perawat**

Dapat memberikan masukan bagi pengembangan profesi keperawatan, baik pada masa pendidikan maupun di tempat pelayanan kesehatan, dan sebagai masukan untuk menambah bahan informasi, dan keterampilan bagi profesi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada klien terutama dengan masalah penerapan asuhan keperawatan pada pasien post op apendiktomi.

##### **2. Bagi Masyarakat**

Meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemenuhan kebutuhan dan perawatan pada pasien post op apendiktomi.

##### **3. Penulis**

Sebagai pengembangan kemampuan peneliti dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan bagi peneliti dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien post op apendiktomi.

##### **4. Peneliti Selanjutnya**

Dapat digunakan sebagai perbandingan dan bahan untuk penelitian selanjutnya di bidang keperawatan dan dapat menjadi referensi dan rujukan dalam pembuatan ataupun pengaplikasian asuhan keperawatan pada pasien post operasi apendiktomi.

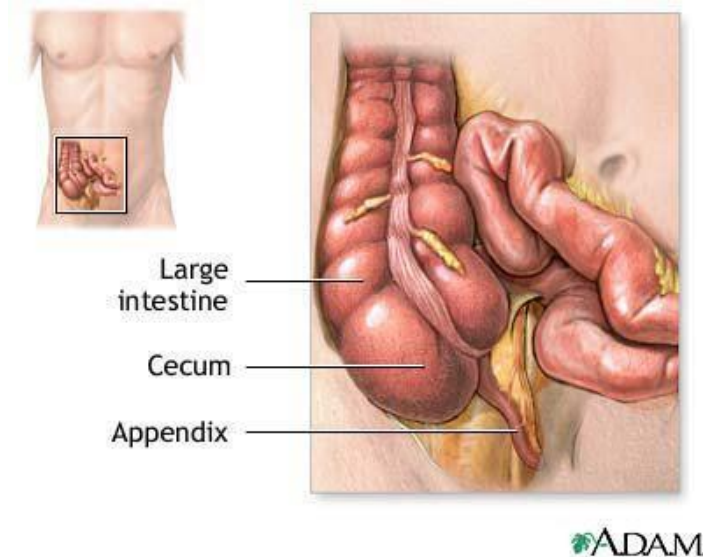


## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. KONSEP APENDISITIS

##### a. Anatomi Fisiologi



Apendiks merupakan suatu organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm (kisaran 3-15 cm) dengan diameter 0,5-1 cm dan berpangkal di sekum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar dibagian distal. Pada bayi, apendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkal dan menyempit ke arah ujung, keadaan ini menjadi sebab rendahnya kejadian apendisitis pada usia tersebut (Sjamsuhidayat & de Jong, 2012).

Apendiks merupakan organ yang sempit dan berbentuk tabung yang mempunyai otot serta terdapat jaringan limfoid pada dindingnya. Letak apendiks sekitar satu inci (2,5 cm) di bawah *junctura ileocaecalis* dan melekat pada permukaan *posteromedial caecum*. Apendiks terletak di *fossa iliaca dextra*, dan dalam hubungannya dengan dinding anterior abdomen, pangkalnya terletak sepertiga ke atas di garis yang menghubungkan *spina iliaca anterior superior* dan umbilikus. Apendiks

berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur ke dalam sekum. Karena pengosongannya tidak efektif, dan lumennya kecil, apendiks cenderung menjadi tersumbat dan terutama rentan terhadap infeksi yang biasa disebut apendisitis (Snell, 2014).

Apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir tersebut secara normal dicurahkan ke lumen dan selanjutnya mengalir menuju sekum. Adanya hambatan pada aliran lendir di muara apendiks dapat menjadi salah satu penyebab terjadinya apendisitis. Di sepanjang saluran cerna terdapat imunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (Gut Associates Lymphoid Tissue) yakni IgA. Imunoglobulin itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun apabila seseorang menjalani prosedur apendektomi, maka tidak akan mempengaruhi imun tubuh, sebab jumlah jaringan limfe di area ini sangat kecil dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan seluruh tubuh (Sjamsuhidayat & de Jong, 2012).

#### b. Pengertian

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (cecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Nurarif dan Kusuma, 2015).

*Apendisitis* merupakan inflamasi akut pada *apendisitis verniformis* dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat. (Brunner & Suddarth, 2014).

#### c. Etiologi

Apendisitis terjadi karena apendiks mengalami infeksi. Dalam kondisi ini, bakteri berkembang biak dengan cepat sehingga membuat apendiks meradang, bengkak, dan bernanah. Banyak faktor yang diduga membuat seseorang mengalami apendisitis, diantaranya:

- Hambatan pada pintu rongga apendiks
- Penebalan atau pembengkakan jaringan apendiks karena infeksi saluran pencernaan atau dibagian tubuh lainnya.
- Tinja atau pertumbuhan parasit yang menyumbat rongga apendiks
- Cedera pada perut
- Tumor abdomen

Berdasarkan studi epidemiologi, kebiasaan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi sangat berperan terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi meningkatkan tekanan *intrasekal* yang dapat berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Hal ini akan mempermudah timbulnya apendisitis akut. Kendati demikian, penyebab apendisitis tetap belum dapat dipastikan (Sjamsuhidayat & de Jong, 2012).

#### d. Klasifikasi

Menurut Sjamsuhidayat dan De Jong W (2011), apendisitis diklasifikasikan menjadi 2 yaitu :

##### a) Apendisitis akut

Apendisitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsangan peritoneum lokal. Gejala apendisitis akut nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri visceral didaerah epigastrium disekitar umbilicus. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang muntah. Umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ketitik mc Burney. Disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatic setempat.

##### b) Apendisitis kronis

Diagnosis apendisitis kronis baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik.

Kriteria mikroskopik apendisitis kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial maupun total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan adanya sel inflamasi kronik. Insiden apendisitis kronik. Insiden apendisitis kronik antara 1-5%.

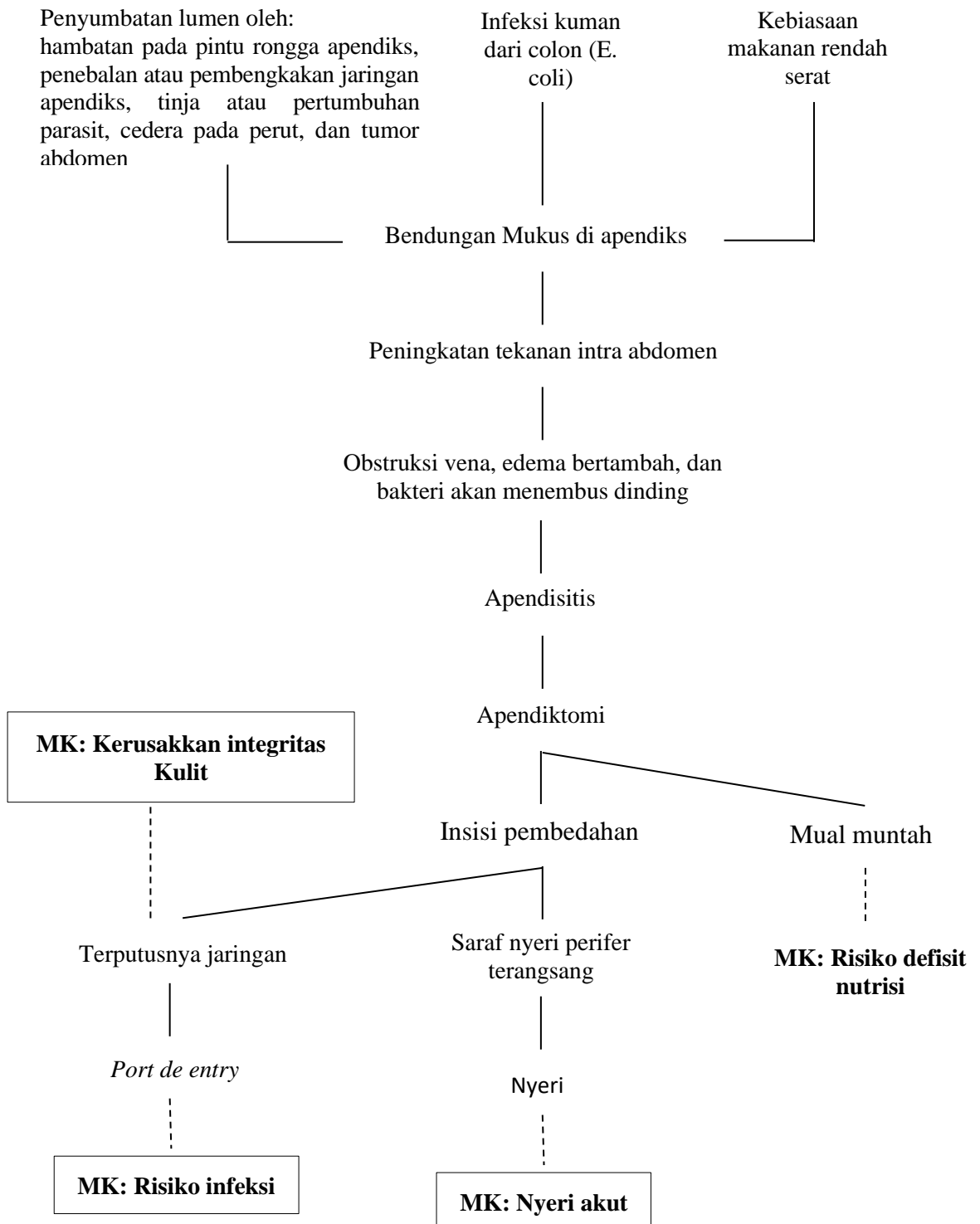
e. Patofisiologi

Apendisitis disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks akibat beberapa hal seperti: hambatan pada pintu rongga apendiks, penebalan atau pembengkakan jaringan apendiks karena infeksi saluran pencernaan atau dibagian tubuh lainnya, tinja atau pertumbuhan parasit yang menyumbat rongga apendiks, cedera pada perut, dan tumor abdomen. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Apabila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritonium setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuraktif akut. Apabila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang rapuh itu pecah, akan terjadi apendisitis perforasi. Bila proses di atas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrat apendikularis. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah apendektomi, jika tidak

dilakukan tindakan segera mungkin maka peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang (Mansjoer, 2012)

Apendiks terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat kemungkinan oleh fekolit (massa keras dari feses) atau benda asing. Proses inflamasi meningkatkan tekanan intraluminal, menimbulkan nyeri abdomen atas atau menyebar hebat secara progresif, dalam beberapa jam terlokalisasi dalam kuadran kanan bawah dari abdomen. Akhirnya apendiks yang terinflamasi berisi pus (Munir, 2011).

WOC:



#### f. Manifestasi Klinis

Menurut Andra dan Yessie (2013) tanda dan gejala terjadinya apendisitis antara lain:

##### a) Gejala

Gejala-gejala permulaan pada apendisitis yaitu perasaan tidak enak sekitar umbilikus diikuti oleh anoreksia, mual dan muntah, gejala ini umumnya berlangsung lebih dari 1 atau 2 hari. Beberapa jam nyeri bergeser ke kuadran kanan bawah dan mungkin terdapat nyeri tekan sekitar titik Mc. Burney, kemudian dapat timbul spasme otot dan nyeri lepas. Biasanya ditemukan demam ringan dan leukosit meningkat. Bila ruptur apendiks terjadi nyeri sering sekali hilang secara dramatis untuk sementara.

##### b) Tanda

- 1) Nyeri pindah ke kanan bawah (yang menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk) dan menunjukkan tanda rangsangan peritoneum lokal di titik Mc. Burney : nyeri tekan, nyeri lepas, defans muskuler.
- 2) Nyeri rangsangan peritoneum tidak langsung
- 3) Nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah ditekan (Roving Sign)
- 4) Nyeri kanan bawah bila tekanan di sebelah kiri dilepas (Blumberg)
- 5) Nyeri kanan bawah bila peritoneum bergerak seperti napas dalam, berjalan, batuk, mencedan

Sedangkan menurut Grace dan Borley (2014), manifestasi klinis apendisitis meliputi :

- a. Nyeri abdomen periumbilikal, mual, muntah
- b. Lokalisasi nyeri menuju fosa iliaka kanan.
- c. Periksia ringan.
- d. Pasien menjadi kemerahan, takikardi, lidah berselaput, halitosis.
- e. Nyeri tekan (biasanya saat lepas) di sepanjang titik McBurney).
- f. Nyeri tekan pelvis sisi kanan pada pemeriksaan per rektal.
- g. Peritonitis jika apendiks mengalami perforasi.

#### g. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), pemeriksaan penunjang apendisitis meliputi :

##### a) Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga 10.000-18.000/mm<sup>3</sup>. Jika peningkatan lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).

##### b) Pemeriksaan Radiologi

- 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit.
- 2) Ultrasonografi (USG)
- 3) CT Scan
- 4) Kausu kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

#### h. Penatalaksanaan

Pembedahan diindikasikan bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan. Antibiotik dan cairan IV diberikan sampai pembedahan dilakukan. Analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan. Apendiktomi (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi.

Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anastesi umum atau spinal dengan insisi abdomen bawah atau dengan laparaskopi, yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif. Konsep asuhan keperawatan sebelum operasi dilakukan klien perlu dipersiapkan secara fisik maupun psikis, disamping itu juga klien perlu diberikan pengetahuan tentang peristiwa yang akan dialami setelah dioperasi dan diberiakan latihan-latihan fisik (pernafasan dalam, gerakan kaki dan duduk) untuk digunakan dalam periode post operatif. Hal ini penting oleh karena banyak klien merasa cemas atau khawatir bila akan dioperasi dan juga terhadap penerimaan anastesi.



## **B. KONSEP APENDIKTOMI**

### **a. Pengertian Apendiktomi**

Apendiktomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks yang dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi (Tulandi, 2009). Apendiktomi tindakan pembedahan yaitu dengan pengangkatan apendiks yang meradang.

### **b. Macam–Macam Apendiktomi**

Pembedahan untuk mengangkat apendiks dapat dilakukan dengan apendiktomi terbuka dan apendiktomi laparoscopi.

#### **1) Apendiktomi Terbuka**

Bila apendiktomi terbuka, incise McBurney paling banyak dipilih oleh ahli bedah. Mc Burney/ Wechselschnitt/ muscle splitting adalah sayatan berubah-ubah sesuai serabut otot.

#### **2) Apendiktomi Laparoscopi**

Pengangkatan usus buntu ini dilakukan untuk usus buntu akut. Apendiktomi laparoscopi merupakan alternatif yang baik untuk pasien dengan usus buntu akut, khususnya wanita muda pada usia subur, karena prosedur laparoscopi memiliki keunggulan diagnosa untuk diagnosa yang belum pasti. Keunggulan lainnya termasuk hasil kosmetik lebih baik, nyeri berkurang dan pemulihan lebih cepat.

### **c. Indikasi Apendiktomi**

#### **1) Apendiktomi terbuka**

- apendisitis akut
- periapendikuler infiltrate
- apendisitis perforate

#### **2) Apendiktomi Laparoscopi**

- Apendisitis akut
- Dan Appendicitis kronik

#### d. Kontraindikasi Appendektomi Laparoskopik

Kontraindikasi appendektomi laparoskopik menurut (Tulandi, 2009) adalah :

- Wanita dengan kehamilan trimester kedua dan ketiga
- Penyakit radang pelvis dan endometriosis
- Peritonitis akut terutama yang mengenai abdomen bagian atas, disertai dengan distensi dinding perut, sebab kelainan ini merupakan kontraindikasi untuk melakukan pneumoperitonium.
- Diatese hemoragik sehingga mengganggu fungsi pembekuan darah
- Tumor abdomen yang sangat besar, sehingga sulit untuk memasukkan trokar ke dalam rongga pelvis oleh karena trokar dapat melukai tumor tersebut
- Hernia abdominalis, dikawatirkan dapat melukai usus pada saat memasukkan trokar ke dalam rongga pelvis, atau memperberat hernia pada saat dilakukan pneumoperitonium.
- Kelainan atau insufisiensi paru, jantung, hepar, atau kelainan pembuluh darah vena porta, goiter atau kelainan metabolisme lain yang sulit menyerap gas CO<sub>2</sub>.

#### e. Komplikasi

- 1) Durante Operasi: perdarahan intra peritoneal, dinding perut, robekan sekum atau usus lain.
- 2) Pasca bedah dini: perdarahan, infeksi, hamatom, paralitik ileus, peritonitis, fistel usus, abses intraperitoneal.

### C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

#### a. Pengkajian

Data yang diperoleh haruslah mampu menggambarkan status kesehatan klien ataupun masalah utama yang dialami oleh klien. Dalam melakukan pengkajian, diperlukan teknik khusus dari seorang perawat. Terutama dalam menggali data, yaitu dengan menggunakan komunikasi yang efektif dan teknik terapeutik (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Pengkajian fokus pada klien post operasi appendiktomi menurut Bararah dan Jauhar (2013) antara lain:

1) Identitas

Identitas klien post operasi appendiktomi yang menjadi pengkajian dasar meliputi: nama, umur, jenis kelamin, no rekam medis.

2) Keluhan utama

Berisi keluhan utama pasien saat dikaji, klien post operasi appendiktomi biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi.

3) Riwayat penyakit

a. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat Penyakit Sekarang ditemukan saat pengkajian yaitu diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian. Keluhan sekarang dikaji dengan menggunakan PQRSST (*Provokatif, Quality, Region, Severitys cale and Time*). Klien yang telah menjalani operasi appendiktomi pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan atau ditekan dan umumnya berkurang setelah diberi obat dan diistirahatkan. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri lebih dari lima. Nyeri akan terlokalisasi di daerah operasi dapat pula menyebar diseluruh abdomen dan paha kanan dan umumnya menetap sepanjang hari. Nyeri mungkin dapat mengganggu aktivitas seperti rentang toleransi klien masing-masing.

b. Riwayat Penyakit Dahulu

Berisi pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh kepada penyakit apendisitis yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

c. Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien menderita penyakit

apendisitis, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

4) Riwayat psikologis

Secara umum klien dengan post appendisitis tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi psikologis. Namun demikian tetap perlu dilakukan mengenai kelima konsep diri klien (citra tubuh, identitas diri, fungsi peran, ideal diri dan harga diri).

5) Riwayat Sosial

Klien dengan post operasi appendektomi tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosial dengan orang lain, akan tetapi harus dibandingkan hubungan sosial klien antara sebelum dan sesudah menjalani operasi.

6) Riwayat Spiritual

Pada umumnya klien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam hal ibadah. Perlu dikaji keyakinan klien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

7) Kebiasaan sehari-hari

Klien yang menjalani operasi pengangkatan apendiks pada umumnya mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri yang akut dan kelemahan. Klien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri. Klien akan mengalami pembatasan masukan oral sampai fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Kemungkinan klien akan mengalami mual muntah dan konstipasi pada periode awal post operasi karena pengaruh anastesi. Intake oral dapat mulai diberikan setelah fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Klien juga dapat mengalami penurunan haluaran urin karena adanya pembatasan masukan oral. Pola istirahat klien dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakan.

## 8) Pemeriksaan Fisik

### a) Keadaan Umum

Klien post appendiktomi mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung periode akut rasa nyeri. Tanda vital (tensi darah, suhu tubuh, respirasi, nadi) umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi apendiks (Bararah dan Jauhar, 2013).

### b) Pemeriksaan Fisik

- Inspeksi: Akan tampak adanya tanda pembengkakan (*swelling*), rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*).
- Palpasi: Dibagian perut kanan bawah akan terasa nyeri (*Blumbeng Sign*) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendisititis akut.
- Dengan tindakan tungkai dan paha kanan ditebuk kuat / tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri akan semakin parah (*Psoas Sign*).
- Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin parah apabila pemeriksaan dubur dan vagina terasa nyeri.
- Suhu dubur atau rectal yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

### c) Sistem Pernafasan

Klien post appendiktomi akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas (takipneu) serta pernafasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

### d) Sistem Kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stress dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisian

kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.

e) Sistem Pencernaan

Adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpasi. Klien post appendiktomi biasanya mengeluh mual muntah, konstipasi pada awitan awal post operasi dan penurunan bising usus. Akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi.

f) Sistem Perkemihan

Awal post operasi klien akan mengalami penurunan jumlah output urin, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post appendiktomi. Output urin akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

g) Sistem Muskuloskeletal

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan kekakuan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

h) Sistem Integumen

Selanjutnya akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

i) Sistem Persarafan

Pengkajian fungsi persarafan meliputi: tingkat kesadaran, saraf kranial dan reflek.

j) Sistem Pendengaran

Pengkajian yang dilakukan meliputi: bentuk dan kesimetrisan telinga, ada tidaknya peradangan dan fungsi pendengaran.

k) Sistem Endokrin

Klien post appendiktomi tidak mengalami kelainan fungsi endokrin. Akan tetapi tetap perlu dikaji keadekuatan fungsi endokrin (tiroid dan lain-lain).

l) Pemeriksaan Laboratorium

Di lihat dari kenaikan *leukosit* 10.000-18.000/mm<sup>3</sup>, bila lebih maka sudah terjadi *perforasi*. Normalnya Tidak terjadinya peningkatan leukosit melebihi batas normal.

m)Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan USG

Normal: Tidak tampak ada peradangan pada bagian *Mc. Burney*.

- Foto polos

Normal: Tidak tampak ada kelainan pada organ.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon actual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Potter et al, 2005).

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada klien dengan kasus demam thypoid berdasarkan repon klien yang disesuaikan dengan SDKI, 2016, yaitu:

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Definisi:

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dnegan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

➤ Data Mayor:

Mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

➤ Data Minor:

Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, diaphoresis.

2) Gangguan integritas kulit dengan faktor mekanis

Definisi:

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament)

➤ Data Mayor:

Kerusakan lapisan kulit.

➤ Data Minor:

Nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma.

3) Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

Definisi:

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

➤ Data Mayor : -

➤ Data Minor : -

4) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

Definisi:

Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

➤ Data Mayor : -

➤ Data Minor : -

c. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan yang akan penulis rencanakan pada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi (Judith, 2009). Dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SIKI).

Perencanaan keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan



Specific, Measure, Achievable, Rasional, Time (SMART) dan akan diuraikan rencana keperawatan dari diagnose yang ditegakkan. Perencanaan keperawatan dengan klien post op apendiktomi SDKI, 2016 adalah:

## 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

| Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi  | Rasionalisasi   |
|---|---|---|
| <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x ... jam, diharapkan:</p> <p><b>SLKI: Tingkat Nyeri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dipertahankan ke level ...</li> <li><input type="checkbox"/> Ditingkatkan ke level ... <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1= Memburuk</li> <li><input type="checkbox"/> 2= Cukup memburuk</li> <li><input type="checkbox"/> 3= Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4= Cukup membaik</li> <li><input type="checkbox"/> 5= Membaik</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Dengan kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Frekuensi nadi [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Pola nafas [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Tekanan darah [ ]</li> </ul> | <p><b>SIKI: Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Aktivitas Keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Observasi skala nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Identifikasi faktor-faktor yang</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Pengkajian nyeri membantu menentukan penanganan untuk mengurangi nyeri</li> <li>2) Respon non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya</li> <li>3) Peningkatan skala nyeri akan mempengaruhi kondisi fisik dan fisiologis pasien</li> <li>4) Nyeri dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien seperti tanda-tanda vital pasien</li> <li>5) Pengetahuan pasien tentang nyeri akan mengurangi ketegangan pasien</li> </ul> |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nafsu makan [ ]<br><input type="checkbox"/> Pola tidur [ ] | <p>dapat menurunkan atau memperberat nyeri</p> <input type="checkbox"/> 6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TEN, hiposis, akupresur, terapi musi, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) <input type="checkbox"/> 7. Kendalikan lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, suara bising) <input type="checkbox"/> 8. Jelaskan penyebab nyeri, periode dan pemicu nyeri <input type="checkbox"/> 9. Monitor penggunaan analgetik <input type="checkbox"/> 10. Kolaborasi pemberian analgesic | <p>6) Teknik relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot dan nyeri pasien</p> <p>7) Lingkungan yang tenang akan membantu pasien untuk berelaksasi</p> <p>8) Memberikan pengetahuan pada pasien untuk mengenali nyerinya</p> <p>9) Mengetahui efektivitas obat terhadap perubahan nyeri ng dirasakan pasien</p> <p>10) Pemberian analgesic dapat membantu mengurangi nyeri pasien</p> |
|---|---|---|

## 2) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis

| Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi  | Rasionalisasi  |
|---|---|--|
| <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x ... jam, diharapkan:</p> <p><b>SLKI: Integritas Kulit dan Jaringan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dipertahankan ke level ...</li> <li><input type="checkbox"/> Ditingkatkan ke level ... <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1= Meningkatkan</li> <li><input type="checkbox"/> 2= Cukup meningkat</li> <li><input type="checkbox"/> 3= Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4= Cukup menurun</li> <li><input type="checkbox"/> 5= Mneurun</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Dengan kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kerusakan lapisan kulit [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Nyeri [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Perdarahan [ ]</li> </ul> | <p><b>SIKI: Perawatan Luka</b></p> <p><b>Aktivitas Keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran dan bau)</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Bersihkan dengan cairan NaCl</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendapatkan hasil pengkajian yang tepat untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Kemerahan, nyeri, panas, dan bengkak merupakan tanda-tanda infeksi yang dapat dimonitor untuk mengetahui perkembangan luka</li> <li>3. NaCl merupakan cairan pembersih luka yang dapat mencegah terjadinya infeksi terhadap luka post operasi</li> <li>4. Balutan luka yang tepat dapat melancarkan sirkulasi dan mencegah kekakuan otot lainnya sehingga proses penyembuhan luka optimal</li> </ol> |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nekrosis [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Kemerahan [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Jaringan parut [ ]</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 5. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Berikan diet tonggi kalori</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Jadwalkan perubahan posisi sesuai kondisi pasien</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> <li><input type="checkbox"/> 10. Kolaborasi pemberian antibiotic</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>5. Mencegah infeksi dan memberikan kenyamanan pada pasien</li> <li>6. Teknik steril dapat mencegah terjadinya infeksi pada luka post operasi</li> <li>7. Diet tinggi kalori dapat mempercepat proses penyembuhan luka</li> <li>8. Cara berpindah posisi yang tepat dapat menjaga haecting jaringan tetap sesuai dan mencegah terbukanya heacting jaringan pada luka post operasi</li> <li>9. Pengetahuan akan perawata luka dapat membantu pasien merawat lukanya secara mandiri dirumah</li> <li>10. mencegah terjadinya infeksi</li> </ul> |
|--|---|---|

## 3) Risiko deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan

| Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi  | Rasionalisasi  |
|---|---|--|
| <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x ... jam, diharapkan:</p> <p><b>SLKI: Status Nutrisi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dipertahankan ke level ...</li> <li><input type="checkbox"/> Ditingkatkan ke level ... <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1= Memburuk</li> <li><input type="checkbox"/> 2= Cukup memburuk</li> <li><input type="checkbox"/> 3= Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4= Cukup membaik</li> <li><input type="checkbox"/> 5= Membaik</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Dengan kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Berat badan [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Indeks massa tubuh (IMT) [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Frekuensi makan [ ]</li> </ul> | <p><b>SIKI: Manajemen Nutrisi</b></p> <p><b>Aktivitas Keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Identifikasi status nutrisi</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</li> <li><input type="checkbox"/> 4 Monitor berat badan</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Lakukan teknik oral hygiene sebelum makan, jika diperlukan</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Berikan makanan tinggi kalori</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Status nutrisi pasien dapat menggambarkan keadaan kebutuhan nutrisi pasien</li> <li>2. Mengurangi factor risiko gangguan nutrisi</li> <li>3. Membantu mengatur kebutuhan kalori sesuai kebutuhan pasien sehingga tidak terjadi gangguan nutrisi</li> <li>4. Gangguan nutrisi akan mempengaruhi berat badan pasien</li> <li>5. Oral hygiene dapat memberikan kenyamanan pada pasien sebelum makan</li> <li>6. Makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> </ul> |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nafsu makan [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Bising usus [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Membran mukosa [ ]</li> </ul> | <p>dan tinggi protein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 7. Berikan makanan tinggi serat</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Anjurkan pasien untuk duduk posisi tegak jika memungkinkan</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: pereda nyeri dan antiemetik)</li> <li><input type="checkbox"/> 10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan</li> </ul> | <p>dapat mempercepat proses penyembuhan luka post operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>7. Makanan tinggi serat dapat mencegah terjadinya konstipasi sehingga luka post operasi dapat terjaga dengan baik</li> <li>8. Duduk posisi tegak meningkatkan kenyamanan pasien saat makan</li> <li>9. Obat-obatan yang diberikan membantu mengurangi ketidaknyamanan pasien saat makan dan meningkatkan nafsu makan pasien</li> <li>10. Gizi yang tepat dapat membantu memperbaiki kondisi pasien dan mempercepat proses penyembuhan</li> </ul> |
|---|--|---|

## 4) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

| Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi  | Rasionalisasi   |
|---|---|---|
| <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x ... jam, diharapkan:</p> <p><b>SLKI: Tingkat Infeksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dipertahankan ke level ...</li> <li><input type="checkbox"/> Ditingkatkan ke level ... <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1= Meningkatkan</li> <li><input type="checkbox"/> 2= Cukup meningkat</li> <li><input type="checkbox"/> 3= Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4= Cukup menurun</li> <li><input type="checkbox"/> 5= Menurun</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Dengan kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kemerahan [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Cairan berbau busuk [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Drainase purulen [ ]</li> </ul> | <p><b>SIKI: Pencegahan Infeksi</b></p> <p><b>Aktivitas Keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak, pengeluaran nanah dan nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Anjurkan meningkatkan intake nutrisi</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendapatkan hasil pengkajian yang tepat untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Cuci tangan sebagai proteksi diri petugas medis dan upaya pengontrola infeksi</li> <li>3. Teknik perawatan luka yang tepat dapat meminimalkan persentase terhadap infeksi</li> <li>4. Mencegah terjadinya perpindahan bakteri dari tangan ketika terjadi kontak dengan luka post operasi</li> <li>5. Nutrisi yang adekuat membantu tubuh untuk meningkatkan sistem imun dan mempercepat proses penyembuhan</li> </ol> |



|  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Demam [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Bengkak [ ]</li> <li><input type="checkbox"/> Nyeri [ ]</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 6. Anjurkan meningkatkan intake cairan</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Anjurkan meningkatkan beristirahat</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Ajarkan pasien dan keluarga cara memeriksa kondisi luka post operasi</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan</li> <li><input type="checkbox"/> 10. Kolaborasi pemberian antibiotic dan ajarkan pasien untuk meminum antibiotic seperti yang diresepkan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>6. Membantu mempercepat proses penyembuhan</li> <li>7. Istirahat yang cukup membantu tubuh mempercepat proses penyembuhan</li> <li>8. Mencegah terjadinya infeksi dan mencegah luka memburuk</li> <li>9. Pengetahuan akan infeksi dapat membantu memberikan penanganan sedini mungkin jika terjadi infeksi</li> <li>10. Mencegah terjadinya infeksi dan mencegah terjadi resisten bakteri terhadap jenis antibiotik yang diberikan</li> </ul> |
|--|--|--|

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Pendekatan /Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang dilakukan yaitu studi kasus deskriptif untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan Post Op Apendektomi di RS Bhayangkara Bengkulu. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subyek penelitian dalam asuhan keperawatan ini adalah klien dengan Post Op Apendektomi di RS Bhayangkara Bengkulu yang berjumlah 1 orang dengan masa perawatan minimal 3 hari.

#### **C. Batas Istilah (Definisi Operasional)**

1. Asuhan keperawatan adalah suatu proses atau tahap kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan ini dilakukan dalam rangka memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh penerima asuhan keperawatan (klien) yang tahapannya terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
2. Pasien dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai seseorang individu yang menerima pelayanan keperawatan medikal bedah atas kasus post operasi apendektomi yang dialami.
3. Apendektomi dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu tindakan pembedahan yaitu dengan pengangkatan apendiks yang meradang dengan dukungan data dari rontgen atau USG abdomen dimana ditemukan peradangan pada apendiks.

#### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian akan dilakukan di RS Bhayangkara Kota Bengkulu dimana penelitian ini direncanakan akan dilaksanakan pada bulan Agustus 2019.

#### **E. Prosedur Penelitian**

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan proposal tentang Apendiktomi dengan menggunakan metode studi kasus berupa laporan teori asuhan keperawatan yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Post Op Apendiktomi di RS Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2019, setelah disetujui oleh penguji proposal, maka tahap yang dilakukan adalah penyusunan proposal, pengurusan surat izin penelitian, analisa kasus, persetujuan responden, pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi, persiapan pasien pulang, serta surat perizinan telah selesai penelitian.

#### **F. Metode Dan Instrumen Pengumpulan Data**

##### 1. Teknik Pengumpulan data

- a. Wawancara (hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi, pola fungsi kesehatan), (sumber data bisa dari klien keluarga dan dari perawat lainnya).
- b. Obsevasi dan pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, pemeriksaan integumen, pemeriksaan kepala leher, thoraks, abdomen, genetalia, ekstremitas, dan pemeriksaan sistem perkemihan dengan pendekatan: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi pada klien. Data fokus yang harus didapatkan adalah pada sistem pencernaan
- c. Studi dokumentasi dan instrument dilakukan dengan mengambil data dari MR (*Medical Record*), mencatat pada status pasien, mencatat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat ruangan, mencatat hasil pemeriksaan diagnostik.

## 2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang ada di prodi DIII keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, data di status klien, dan data laboratorium, alat pemeriksaan fisik.

## G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari institusi pendidikan, yang dilakukan 8 jam sesuai jadwal dinas perawat RS Bhayangkara Bengkulu selama 3 hari berturut turut. Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis/status pasien, anamnesa dengan klien langsung, anamnesa dengan keluarga klien, dokter, dan perawat ruangan agar mendapatkan data yang valid, disamping itu untuk menjaga validasi dan kebersihan data peneliti melakukan observasi dan pengukuran ulang terhadap data data klien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder meliputi tanda-tanda vital.

## H. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti berada di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul, analisa data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang, selanjutnya membandingkan teori dan dituangkan dalam bentuk pembahasan. Tehnik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian.

Tehnik analisis digunakan dengan cara observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan data penunjang oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data selanjutnya dimana data di interpretasikan oleh peneliti untuk dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

**BAB IV**  
**LAPORAN KASUS**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R DENGAN *POST OP***  
***APENDIKTOMI* DI RUANG RAWAT RUMAH SAKIT BHAYANGKARA**  
**KOTA BENGKULU TAHUN 2019**

Tanggal Masuk : 27 Agustus 2019

Tanggal Pengkajian : 27 Agustus 2019

Dx. Medis : Apendisitis akut

**A. Pengkajian Keperawatan**

1. Data Biografi

Biodata Pasien

- a. Nama Pasien : An. R
- b. TTL : Bengkulu, 7 Februari 2010
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Status Perkawinan : Belum kawin
- e. Agama : Islam
- f. Suku Bangsa : Indonesia
- g. Bahasa yang dipakai : Bahasa Bengkulu
- h. Pendidikan Terakhir : Belum tamat SD
- i. Pekerjaan : Pelajar
- j. Alamat Rumah : Tengah Padang Kota Bengkulu

Biodata Penanggung Jawab

- a. Nama : Ny. R
- b. Umur : 39 tahun
- c. Pendidikan : SMA
- d. Pekerjaan : Swasta
- e. Hubungan dengan Pasien : Ibu

2. Alasan Masuk Rumah Sakit:

Pasien datang ke RS Bhayangkara Kota Bengkulu dengan keluhan nyeri perut bagian kanan bawah sejak 2 hari yang lalu.

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Nyeri perut bagian kanan bawah sejak 2 hari yang lalu

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan nyeri di sekitar luka bekas operasi terutama saat bergerak, terasa panas seperti ditusuk-tusuk, pasien mengatakan nyeri hilang timbul dan badannya terasa demam.

3) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

a) Riwayat Penyakit Masa Lalu

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya.

b) Riwayat Alergi

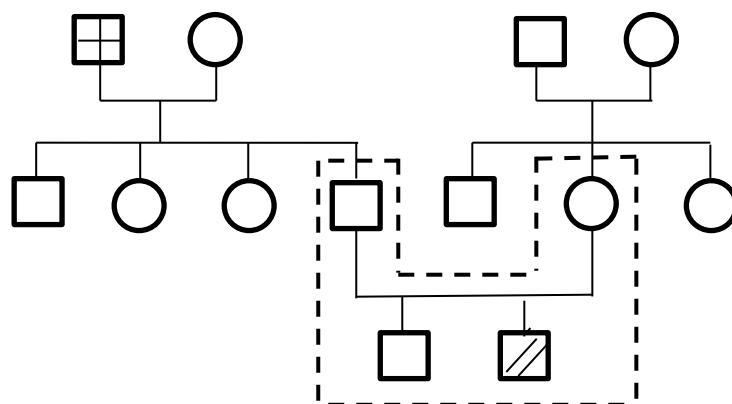
Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki alergi baik makanan, minuman maupun obat.

c) Riwayat Operasi

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien baru saja selesai menjalani tindakan operasi di bagian perut.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

a) Genogram



Keterangan :

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Meninggal
-  : Pasien
-  : Serumah

b) Penyakit yang Pernah Diderita Keluarga

Keluarga mengatakan belum pernah mengalami penyakit berat hanya pernah demam dan batuk saja

## 4. Kebiasaan Sehari-hari

| NO. | POLA KEBUTUHAN DASAR<br>MANUSIA SEHARI-HARI   | SEBELUM SAKIT   | SELAMA SAKIT  |
|-----|---|---|---|
| 1.  | <b>KEBUTUHAN OKSIGENISASI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan batuk (kering/berdahak)</li> <li>• Apakah ada produksi sputum</li> <li>• Kemampuan bernafas</li> <li>• Apakah ada nyeri dada</li> <li>• Apakah ada kesulitan bernafas</li> <li>• Keluhan pemenuhan kebutuhan oksigenisasi</li> </ul>   | <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Baik</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>  | <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Baik</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>  |
| 2.  | <b>KEBUTUHAN NUTRISI DAN CAIRAN</b><br>Makan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi makan/hari</li> <li>• Jenis makanan (diit)</li> <li>• Porsi makan</li> <br/> <li>• Bagaimana selera makan</li> <li>• Makanan yang dipantang</li> <br/> <li>• Makanan kesukaan</li> <li>• Keluhan pemenuhan nutrisi</li> </ul> Minum/cairan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi minum</li> <li>• Jenis minuman</li> <li>• Jumlah minuman/hari</li> <li>• Kemampuan menelan</li> <li>• Masalah pemenuhan cairan</li> </ul> | <p>3x sehari</p> <p>Makanan padat</p> <p>1 porsi rumah</p><br><p>Baik</p><br><p>Tidak ada</p><br><p>Bakso</p> <p>Tidak ada</p><br><p>6-8x sehari</p> <p>Air putih</p> <p>1000 ml</p> <p>Baik</p> <p>Tidak ada</p> | <p>3x sehari</p> <p>Makanan lunak</p> <p>2-3 sendok dari porsi rumah sakit</p> <p>Kurang nafsu makan</p> <p>Makanan pedas dan asam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Mual, kurang nafsu makan</p><br><p>4-5x sehari</p> <p>Air putih</p> <p>500 ml</p> <p>Baik</p> <p>Tidak ada</p> |
| 3.  | <b>KEBUTUHAN ELIMINASI</b><br><b>Buang Air Kecil (BAK)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi</li> <li>• Warna</li> <li>• Bau</li> </ul>  | <p>4-5x sehari</p> <p>Kuning jernih</p> <p>Tidak ada</p>  | <p>3-4x sehari</p> <p>Kuning jernih</p> <p>Tidak ada</p>  |



|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesukaraan BAK</li> <li>• Keluhan/gangguan BAK</li> </ul> <p><b>Buang Air Besar (BAB)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi</li> <li>• Warna</li> <li>• Kesukaraan BAB</li> <li>• Keluhan/gangguan BAB</li> </ul> <p><b>Intake Cairan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oral</li> <li>• Parental</li> </ul> <p>Jumlah intake cairan (A)</p> <p><b>Output Cairan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• IWL</li> <li>• BAK</li> <li>• BAB</li> <li>• Muntah, dll</li> </ul> <p>Jumlah output cairan (B)</p> <p><b>Keseimbangan cairan pasien (A-B)</b></p> | <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>1-2x sehari</p> <p>Kuning khas</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> | <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>1x sehari</p> <p>Kuning khas</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p></p> <p>500 ml</p> <p>1000 ml</p> <p>1500 ml</p> <p></p> <p>450 ml</p> <p>800 ml</p> <p>100 ml</p> <p>0 ml</p> <p>1350 ml</p> <p>150 ml</p> |
| 4. | <p><b>KEBUTUHAN ISTIRAHAT TIDUR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi tidur</li> <li>• Waktu tidur</li> <li>• Kebiasaan sebelum tidur</li> <li>• Apakah merasa segar saat bangun tidur</li> <li>• Apakah ada kesulitan tidur</li> <li>• Keluhan pemenuhan istirahat tidur</li> </ul>  | <p>9 jam sehari</p> <p>Malam hari</p> <p>Tidak ada</p> <p>Ya</p> <p></p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>  | <p>5-6 jam sehari</p> <p>Siang dan malam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak</p> <p></p> <p>Ada</p> <p>Mual, nyeri luka post op</p>  |
| 5. | <p><b>KEBUTUHAN AKTIVITAS &amp; MOBILISASI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah ada perasaan lemah otot</li> <li>• Kemandirian berjalan</li> <li>• Kemandirian pemenuhan</li> </ul>   | <p>Tidak ada</p> <p></p> <p>Bisa melakukan sendiri</p> <p>Bisa melakukan</p>  | <p>Ada</p> <p></p> <p>Dibantu dengan keluarga</p> <p>Dibantu dengan</p>  |

|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
|    | <p>makan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemandirian pemenuhan kebutuhan eliminasi</li> <li>• Adakah sesak/pusing/lelah setelah beraktivitas</li> <li>• Keluhan keterbatasan pergerakan</li> <li>• Keluhan kemandirian</li> </ul>  | <p>sendiri</p> <p>Bisa melakukan sendiri</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>   | <p>keluarga</p> <p>Dibantu dengan keluarga</p> <p>Ada</p> <p>Nyeri</p> <p>Nyeri, lelah</p>  |
| 6. | <p><b>KEBUTUHAN RASA NYAMAN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (P) Apakah pencetus nyeri</li> <li>• (Q) Bagaimana Kualitas nyeri, frek :</li> <li>• (R) Dimana lokasi nyeri dan area perjalanan nyeri</li> <li>• (S) Berapa skala nyeri pasien (0-10, 10 sangat nyeri)</li> <li>• (T) Berapa lama waktu nyeri dan durasi nyeri pasien</li> <li>• Ekspresi pasien terhadap perasaan tidak nyaman (nyeri/suhu)</li> <li>• Apakah ada perasaan demam/menggigil/berkeringat berlebih</li> </ul> | <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>  | <p>Saat bergerak</p> <p>Nyeri tajam</p> <p>Abdomen kanan bawah</p> <p>5</p> <p>Hilang timbul</p> <p>Meringis</p> <p>Ada</p>   |
| 7. | <p><b>KEBUTUHAN PERSONAL HYGIENE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frekuensi mandi</li> <li>• Waktu mandi</li> <li>• Kebiasaan mandi</li> <li>• Frekuensi sikat gigi</li> <li>• Waktu sikat gigi</li> <li>• Kebiasaan sikat gigi</li> <li>• Frekuensi ganti baju</li> <li>• Frekuensi cuci rambut</li> <li>• Kebiasaan cuci rambut</li> <li>• Frekuensi potong kuku</li> </ul>   | <p>2-3x sehari</p> <p>Pagi dan sore hari</p> <p>Tidak ada</p> <p>2-3x sehari</p> <p>Pagi dan sore hari</p> <p>Tidak ada</p> <p>3-4x sehari</p> <p>1x sehari</p> <p>Tidak ada</p> <p>1x seminggu</p> | <p>2x sehari dilap</p> <p>Pagi dan sore hari</p> <p>Tidak ada</p> <p>2x sehari</p> <p>Pagi dan sore hari</p> <p>Tidak ada</p> <p>2x sehari</p> <p>Belum pernah cuci rambut</p> <p>Tidak ada</p> <p>Belum pernah potong kuku</p> |

|  |   |                                   |                               |
|--|---|-----------------------------------|-------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kebiasaan potong kuku</li> <li>• Keluhan pemenuhan personal hygiene</li> </ul> | <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> | <p>Tidak ada</p> <p>Lemah</p> |
|--|---|-----------------------------------|-------------------------------|

## 5. Data Psikologi, Sosial dan Spiritual

### a) Persepsi Terhadap Penyakit

Pasien belum dapat mengetahui tentang penyakitnya dan pasien ingin cepat pulih kembali

## 6. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik pada An. R didapatkan berat badan 30 kg, tinggi badan 120 cm, keadaan umum lemah, kesadaran *compos mentis*, tanda-tanda vital meliputi nadi 90 x/menit, RR 20x/menit, suhu 37,9°C. Pemeriksaan sistem penglihatan didapatkan posisi mata simetris kiri dan kanan, kelopak mata tidak ada lesi, edema dan tidak ada nyeri tekan, pergerakan bola mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, pupil isokor, fungsi penglihatan baik, pupil mengecil saat terkena cahaya.

Pemeriksaan sistem pendengaran pada An. R didapatkan bentuk simetris antara kiri dan kanan, membran timpani utuh, terdapat sedikit secret dan fungsi pendengaran baik.

Pada sistem pernafasan didapatkan jalan nafas paten, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi pernafasan 20x/menit, irama teratur dan suara nafas vesikuler. Untuk system kardiovaskuler An. R didapatkan frekuensi nadi 90x/menit, tidak ada distensi vena jugularis kanan dan kiri, bunyi jantung S1 dan S2 tidak ada bunyi tambahan.

Pada sistem pencernaan hasil pemeriksaan fisik didapatkan membrane mukosa kering, tidak ada caries, terdapat luka jahitan pada abdomen bagian kanan bawah, jahitan rapi, luka bersih, tidak ada nanah, tidak ada kemerahan, tidak bengkak, panjang luka  $\pm$  5 cm, terdapat 5 jahitan luka, suhu sekitar luka hangat dan luka tertutup dengan kassa. Bising usus 5x/menit, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terdapat nyeri pada ginjal, warna urine kuning jernih, dan saat ini pasien masih terpasang kateter.

Pemeriksaan pada sistem integumen pada An. R didapatkan akral teraba hangat, warna kulit sama dengan kulit lainnya, capillary refill < 3 detik, turgor kulit baik, tidak ada clubbing finger, tidak ada edema pitting dan terdapat luka operasi pada integumen abdomen. Pada system muskuloskeletal tidak ada kesulitan bergerak, tonus otot pada setiap ekstremitas 5. Ekstremitas bagian atas kanan terpasang infus.

7. Pemeriksaan Penunjang (27 Agustus 2019 pukul 08.45 WIB)

| No. | Jenis Pemeriksaan | Hasil                   | Nilai Normal                                  |
|-----|-------------------|-------------------------|---|
| 1   | Hemoglobin (Hb)   | 13.2gr/dl               | Lk: 14-18gr/dl<br>Pr: 12-16gr/dl              |
| 2   | Trombosit/PLT     | 500.000/mm <sup>3</sup> | 150-400 x<br>10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> |
| 3   | Leukosit/WBC      | 18.500/mm <sup>3</sup>  | 4000-1100m <sup>3</sup>                       |
| 4   | Waktu perdarahan  | 1'50                    | 1-6 menit                                     |
| 5   | Waktu Pembekuan   | 4'10                    | 2-6 menit                                     |

8. Penatalaksanaan

| No. | Nama Obat         | Dosis                                    | Rute Pemberian |
|-----|-------------------|--|----------------|
| 1   | Infus RL          | 15 tpm                                   | IVFD           |
| 2   | Ceftriaxone       | 2x1 hari                                 | IV             |
| 3   | Antrain           | 3x1 hari                                 | IV             |
| 4   | Paracetamol infus | Hari Pertama: 250 ml<br>Hari Kedua: Stop | IV             |

**B. Analisa Data**

| No. | Data Senjang   | Etiologi               | Masalah                   |
|-----|--|------------------------|---------------------------|
| 1.  | DS:<br>Pasien mengatakan nyeri di luka bekas operasi terutama saat bergerak<br>DO:<br>- ada luka jahitan pada abdomen bagian kanan bawah<br>- Pengkajian nyeri: <ul style="list-style-type: none"> <li>• P: Semakin berat saat bergerak</li> <li>• Q: Bersifat tajam</li> <li>• R: Abdomen kanan bawah</li> <li>• S: 5 (sedang)</li> <li>• T: Hilang timbul</li> </ul> | Agen pencedera fisik   | Nyeri akut                |
| 2.  | DS:<br>Pasien mengatakan ada luka bekas operasi di bagian perut<br>DO:<br>Terdapat luka jahitan pada abdomen bagian kanan bawah, jahitan rapi, luka bersih, tidak ada nanah, tidak ada kemerahan, tidak bengkak, panjang luka ± 5 cm, terdapat 5 jahitan luka, suhu sekitar luka hangat dan luka tertutup dengan kassa   | Faktor mekanis         | Gangguan integritas kulit |
| 3.  | DS:<br>Pasien mengatakan badannya terasa demam   | Efek prosedur invasive | Risiko infeksi            |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
|  | DO:<br>- Ada luka post op di abdomen bagian kanan<br>- Suhu 37,9 °C<br>- Leukosit (pre op) 18.500/mm <sup>3</sup> |  |  |
|--|---|--|--|

### C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis
3. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

## D. Perencanaan Keperawatan

### a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

| Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi  | Rasionalisasi   |
|---|---|---|
| <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan:</p> <p><b>SLKI: Tingkat Nyeri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dipertahankan ke level (3)</li> <li><input type="checkbox"/> Ditingkatkan ke level (4) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1= Memburuk</li> <li><input type="checkbox"/> 2= Cukup memburuk</li> <li><input type="checkbox"/> 3= Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4= Cukup membaik</li> <li><input type="checkbox"/> 5= Membaik</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Dengan kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Frekuensi nadi [4]</li> <li><input type="checkbox"/> Pola nafas [4]</li> <li><input type="checkbox"/> Nafsu makan [4]</li> <li><input type="checkbox"/> Pola tidur [4]</li> </ul> | <p><b>SIKI: Manajemen Nyeri</b></p> <p><b>Aktivitas Keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Observasi skala nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Identifikasi faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pengkajian nyeri membantu menentukan penanganan untuk mengurangi nyeri</li> <li>2. Respon non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya</li> <li>3. Peningkatan skala nyeri akan mempengaruhi kondisi fisik dan fisiologis pasien</li> <li>4. Nyeri dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien seperti tanda-tanda vital pasien</li> <li>5. Pengetahuan pasien tentang nyeri akan mengurangi ketegangan pasien</li> </ul> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ 6. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TEN, hiposis, akupresur, terapi musi, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin)</li> <li>□ 7. Kendalikan lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri (misal: suhu ruangan, pencahayaan, suara bising)</li> <li>□ 8. Jelaskan penyebab nyeri, periode dan pemicu nyeri</li> <li>□ 9. Monitor penggunaan analgetik</li> <li>□ 10. Kolaborasi pemberian analgesic</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>6. Teknik relaksasi dapat mengurangi ketegangan otot dan nyeri pasien</li> <li>7. Lingkungan yang tenang akan membantu pasien untuk berelaksasi</li> <li>8. Memberikan pengetahuan pada pasien untuk mengenali nyerinya</li> <li>9. Mengetahui efektivitas obat terhadap perubahan nyeri ng dirasakan pasien</li> <li>10. Pemberian analgesic dapat membantu mengurangi nyeri pasien</li> </ul> |
|--|--|--|



## b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis

| Tujuan dan Kriteria Hasil   | Intervensi  | Rasionalisasi   |
|---|---|---|
| <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan:</p> <p><b>SLKI: Integritas Kulit dan Jaringan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dipertahankan ke level [3]</li> <li><input type="checkbox"/> Ditingkatkan ke level [4] <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1= Meningkatkan</li> <li><input type="checkbox"/> 2= Cukup meningkat</li> <li><input type="checkbox"/> 3= Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4= Cukup menurun</li> <li><input type="checkbox"/> 5= Mneurun</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Dengan kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kerusakan lapisan kulit [4]</li> <li><input type="checkbox"/> Nyeri [4]</li> <li><input type="checkbox"/> Perdarahan [4]</li> <li><input type="checkbox"/> Nekrosis [4]</li> </ul> | <p><b>SIKI: Perawatan Luka</b></p> <p><b>Aktivitas Keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran dan bau)</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Bersihkan dengan cairan NaCl</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendapatkan hasil pengkajian yang tepat untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Kemerahan, nyeri, panas, dan bengkak merupakan tanda-tanda infeksi yang dapat dimonitor untuk mengetahui perkembangan luka</li> <li>3. NaCl merupakan cairan pembersih luka yang dapat mencegah terjadinya infeksi terhadap luka post operasi</li> <li>4. Balutan luka yang tepat dapat melancarkan sirkulasi dan mencegah kekakuan otot lainnya sehingga proses penyembuhan luka optimal</li> <li>5. Mencegah infeksi dan memberikan kenyamanan pada pasien</li> </ol> |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kemerahan [4]</li> <li><input type="checkbox"/> Jaringan parut [4]</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Berikan diet tinggi kalori</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Jadwalkan perubahan posisi sesuai kondisi pasien</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> <li><input type="checkbox"/> 10. Kolaborasi pemberian antibiotic</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>6. Teknik steril dapat mencegah terjadinya infeksi pada luka post operasi</li> <li>7. Diet tinggi kalori dapat mempercepat proses penyembuhan luka</li> <li>8. Cara berpindah posisi yang tepat dapat menjaga heacting jaringan tetap sesuai dan mencegah terbukanya heacting jaringan pada luka post operasi</li> <li>9. Pengetahuan akan perawata luka dapat membantu pasien merawat lukanya secara mandiri dirumah</li> <li>10. mencegah terjadinya infeksi</li> </ul> |
|---|---|--|

## c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

| Tujuan dan Kriteria Hasil  | Intervensi  | Rasionalisasi   |
|--|---|---|
| <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan:</p> <p><b>SLKI: Tingkat Infeksi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dipertahankan ke level [4]</li> <li><input type="checkbox"/> Ditingkatkan ke level [5] <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1= Meningkatkan</li> <li><input type="checkbox"/> 2= Cukup meningkat</li> <li><input type="checkbox"/> 3= Sedang</li> <li><input type="checkbox"/> 4= Cukup menurun</li> <li><input type="checkbox"/> 5= Menurun</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Dengan kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kemerahan [5]</li> <li><input type="checkbox"/> Cairan berbau busuk [4]</li> <li><input type="checkbox"/> Drainase purulen [5]</li> <li><input type="checkbox"/> Demam [5]</li> </ul> | <p><b>SIKI: Pencegahan Infeksi</b></p> <p><b>Aktivitas Keperawatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, bengkak, pengeluaran nanah dan nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai teknik mencuci tangan dengan tepat</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Anjurkan meningkatkan intake nutrisi</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Anjurkan meningkatkan intake</li> </ul> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendapatkan hasil pengkajian yang tepat untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan</li> <li>2. Cuci tangan sebagai proteksi diri petugas medis dan upaya pengontrola infeksi</li> <li>3. Teknik perawatan luka yang tepat dapat meminimalkan persentase terhadap infeksi</li> <li>4. Mencegah terjadinya perpindahan bakteri dari tangan ketika terjadi kontak dengan luka post operasi</li> <li>5. Nutrisi yang adekuat membantu tubuh untuk meningkatkan sistem imun dan mempercepat proses penyembuhan</li> <li>6. Membantu mempercepat proses</li> </ol> |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bengkak [5]</li> <li><input type="checkbox"/> Nyeri [ ]</li> </ul> | <p>cairan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 7. Anjurkan meningkatkan beristirahat</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Ajarkan pasien dan keluarga cara memeriksa kondisi luka post operasi</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Ajarkan pasien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan</li> <li><input type="checkbox"/> 10. Kolaborasi pemberian antibiotic dan ajarkan pasien untuk meminum antibiotic seperti yang diresepkan</li> </ul> | <p>penyembuhan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>7. Istirahat yang cukup membantu tubuh mempercepat proses penyembuhan</li> <li>8. Mencegah terjadinya infeksi dan mencegah luka memburuk</li> <li>9. Pengetahuan akan infeksi dapat membantu memberikan penanganan sedini mungkin jika terjadi infeksi</li> <li>10. Mencegah terjadinya infeksi dan mencegah terjadi resisten bakteri terhadap jenis antibiotik yang diberikan</li> </ul> |
|--|---|---|

### E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

|                     |                 |
|---------------------|-----------------|
| Nama Pasien : An. R | Umur : 10 tahun |
|---------------------|-----------------|

#### Hari Pertama (27 Agustus 2019)

| DIAGNOSA<br>KEPERAWATAN DAN<br>PENGKAJIAN ULANG (S-<br>O-A-P  | IMPLEMENTASI  | EVALUASI   |  |
|---|---|--|--|
|   |   | FORMATIF (RESPON<br>HASIL)   | SUMATIF (RESPON<br>PERKEMBANGAN)   |
| <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan:</p> <p>DS:<br/>Pasien mengatakan nyeri di sekitar luka bekas operasi terutama saat bergerak</p> <p>DO:<br/>P: semakin berat saat bergerak<br/>Q: Bersifat tajam<br/>R: Abdomen kanan bawah<br/>S: 5<br/>T: Hilang timbul</p> | <p>Jam 16.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengkaji kualitas, lokasi, skala, onset nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> Mengobservasi ekspresi pasien saat nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> Mengukur tanda-tanda vital pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Memberikan informasi mengenai nyeri yang dirasakan pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Mengendalikan faktor lingkungan dengan mematikan kipas angin, membatasi pengunjung</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> P: Nyeri semakin berat saat bergerak</li> <li><input type="checkbox"/> Q: Bersifat tajam</li> <li><input type="checkbox"/> R: Abdomen kanan bawah</li> <li><input type="checkbox"/> S: 5</li> <li><input type="checkbox"/> T: Hilang timbul</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak meringis, tidak ada keringat yang berlebihan</li> <li><input type="checkbox"/> N: 90 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> RR: 20 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> S: 37,9°C</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien dan keluarga tampak mengerti saat dijelaskan</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak nyaman dan dapat beristirahat</li> </ul> | <p>Jam 19.30</p> <p>Subjektif:<br/>Pasien mengatakan luka operasi masih terasa sakit</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pengkajian nyeri:<br/>P: Nyeri semakin berat saat bergerak</li> <li><input type="checkbox"/> Q: Bersifat tajam</li> <li><input type="checkbox"/> R: Abdomen</li> <li><input type="checkbox"/> S: 5</li> <li><input type="checkbox"/> T: Hilang timbul</li> <li><input type="checkbox"/> Ekspresi pasien tampak meringis</li> <li><input type="checkbox"/> N: 89 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> RR: 21 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> S: 37,7 °C</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien diberikan obat</li> </ul> |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   | <p>apabila tidak saat jam kunjung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li><input type="checkbox"/> Memberikan obat Antrain 3x1 ampul</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pasien dapat mengikutinya namun masih bingung</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak meringis saat obat diinjeksi</li> </ul>   | <p>Antrain 3x1 ampul</p> <p>Analisis:<br/>Tingkat nyeri berada di level 3 sedang</p> <p>Planning:<br/>Lanjutkan SIKI: Manajemen Nyeri yang diperlukan</p>   |
| <p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan:</p> <p>DS:<br/>Pasien mengatakan ada luka bekas operasi di perut</p> <p>DO:<br/>Terdapat luka jahitan pada abdomen bagian kanan bawah, jahitan rapi, luka bersih, tidak ada nanah, tidak ada kemerahan, tidak bengkak, panjang luka <math>\pm</math> 5 cm, terdapat 5 jahitan luka, suhu sekitar luka hangat dan luka tertutup dengan kassa</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Melakukan pengecekan keadaan luka</li> <li><input type="checkbox"/> Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li><input type="checkbox"/> Memasang balutan sesuai jenis luka</li> <li><input type="checkbox"/> Menjadwalkan perubahan posisi untuk miring kiri dan miring kanan</li> <li><input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien dan keluarga pasien mengenai prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Setelah dilakukan pemeriksaan luka dalam keadaan baik dan tertutup dengan kassa</li> <li><input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda infeksi di daerah sekitar luka</li> <li><input type="checkbox"/> Luka pasien tertutup dengan kassa</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak mengikuti anjuran</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien dan keluarga dapat memahami arahan</li> </ul> | <p>Subjektif:<br/>Keluarga pasien mengatakan bagian perut pasien masih teraba hangat dan pasien masih merasa nyeri</p> <p>Objektif:<br/><input type="checkbox"/> Luka tertutup kassa<br/><input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda infeksi di daerah sekitar luka<br/><input type="checkbox"/> Daerah sekitar luka teraba hangat</p> <p>Analisis:<br/>Integritas kulit dan jaringan berada di level 3 sedang</p> <p>Planning:<br/>Lanjutkan SIKI: Perawatan luka yang diperlukan</p> |
| <p>Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan:</p> <p>DS:</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengukur tanda-tanda vital</li> <li><input type="checkbox"/> Mengecek apakah ada</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> N: 90 x/menit<br/>RR: 20 x/menit<br/>S: 37,9°C</li> <li><input type="checkbox"/> Luka operasi tertutup</li> </ul>   | <p>Subjektif:<br/>Pasien mengatakan masih terasa nyeri dibagian luka operasi dan badannya masih</p>   |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <p>Pasien mengatakan badannya terasa demam<br/>DO:<br/>Ada luka post op di abdomen bagian kanan, suhu 37,9 °C, leukosit (pre op) 18.500/mm<sup>3</sup></p> | <p>tanda-tanda infeksi dibagian sekitar luka operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menganjurkan pasien untuk meningkatkan nutrisi dan sering minum</li> <li><input type="checkbox"/> Menganjurkan pasien untuk beristirahat</li> <li><input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien dan keluarga tentang cuci tangan 6 langkah</li> <li><input type="checkbox"/> Memberikan obat Ceftriaxone 2x1 ampul IV</li> </ul> | <p>dengan kassa dan tidak ada tanda-tanda infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak mengikuti anjuran</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak mengikuti anjuran</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien dan keluarga tampak masih belum lancar dalam mempraktikkan cuci tangan 6 langkah</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak meringis saat obat di injeksikan</li> </ul> | <p>hangat<br/>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> N: 89 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> RR: 21 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> S: 37,7 °C</li> <li><input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li><input type="checkbox"/> Verban tampak masih bersih</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien diberikan obat Ceftriaxone 2x1 ampul</li> </ul> <p>Analisis:<br/>Tingkat infeksi berada di level 3 sedang<br/>Planning:<br/>Lanjutkan SIKI: Pencegahan Infeksi yang diperlukan</p> |
|--|---|---|--|

**Hari Kedua (28 Agustus 2019)**

| <b>DIAGNOSA<br/>KEPERAWATAN DAN<br/>PENGKAJIAN ULANG (S-<br/>O-A-P</b>  | <b>IMPLEMENTASI</b>  | <b>EVALUASI</b>  |   |
|---|--|--|---|
|   |  | <b>FORMATIF (RESPON<br/>HASIL)</b>   | <b>SUMATIF (RESPON<br/>PERKEMBANGAN)</b>  |
| <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan:<br/>DS:<br/>Pasien mengatakan nyeri di sekitar luka bekas operasi terutama saat bergerak<br/>DO:<br/>P: semakin berat saat bergerak<br/>Q: Bersifat tajam<br/>R: Abdomen kanan bawah<br/>S: 5<br/>T: Hilang timbul</p> | <p>Jam 08.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengkaji kualitas, lokasi, skala, onset nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> Mengobservasi ekspresi pasien saat nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> Mengukur tanda-tanda vital pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Mengendalikan faktor lingkungan dengan membatasi pengunjung apabila tidak saat jam kunjung</li> <li><input type="checkbox"/> Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> P: Nyeri semakin berat saat bergerak<br/>Q: Bersifat tajam<br/>R: Abdomen kanan bawah<br/>S: 4<br/>T: Hilang timbul</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak meringis, tidak ada keringat yang berlebihan</li> <li><input type="checkbox"/> N: 93 x/menit<br/>RR: 22 x/menit<br/>S: 37,5°C</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak nyaman dan dapat beristirahat</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien dapat mengikutinya instruksi dan dapat melakukannya secara mandiri</li> </ul> | <p>Jam 12.00<br/>Subjektif:<br/>Pasien mengatakan luka operasi masih terasa sakit<br/>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pengkajian nyeri:<br/>P: Nyeri semakin berat saat bergerak<br/>Q: Bersifat tajam<br/>R: Abdomen<br/>S: 4<br/>T: Hilang timbul</li> <li><input type="checkbox"/> Ekspresi pasien tampak meringis</li> <li><input type="checkbox"/> N: 93 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> RR: 22 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> S: 37,5 °C</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien diberikan obat Antrain 3x1 ampul</li> </ul> <p>Analisis:<br/>Tingkat nyeri berada di level 4</p> |



|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|   | <input type="checkbox"/> Memberikan obat Antrain 3x1 ampul  | <input type="checkbox"/> Pasien tampak meringis saat obat diinjeksi  | cukup membaik<br>Planning:<br>Lanjutkan SIKI: Manajemen Nyeri yang diperlukan   |
| Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan:<br>DS:<br>Pasien mengatakan ada luka bekas operasi di perut<br>DO:<br>Luka tertutup dengan kassa dan verbant tampak bersih | <input type="checkbox"/> Melakukan pengecekan keadaan luka<br><br><input type="checkbox"/> Memonitor tanda-tanda infeksi<br><br><input type="checkbox"/> Memasang balutan sesuai jenis luka<br><br><input type="checkbox"/> Menjadwalkan perubahan posisi untuk miring kiri dan miring kanan<br><input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien dan keluarga pasien mengenai prosedur perawatan luka secara mandiri | <input type="checkbox"/> Setelah dilakukan pemeriksaan luka dalam keadaan baik dan tertutup dengan kassa<br><input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda infeksi di daerah sekitar luka<br><input type="checkbox"/> Luka pasien tertutup dengan kassa dan verbant dalam keadaan bersih<br><input type="checkbox"/> Pasien tampak mengikuti anjuran<br><br><input type="checkbox"/> Pasien dan keluarga dapat memahami arahan | Subjektif:<br>Pasien mengatakan masih merasa nyeri<br>Objektif:<br><input type="checkbox"/> Luka tertutup kassa<br><input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda infeksi di daerah sekitar luka<br><input type="checkbox"/> Verbant tampak bersih<br>Analisis:<br>Integritas kulit dan jaringan berada di level 4 cukup membaik<br>Planning:<br>Lanjutkan SIKI: Perawatan luka yang diperlukan |
| Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan:<br>DS:<br>Pasien mengatakan badannya sudah tidak demam lagi<br>DO:   | <input type="checkbox"/> Mengukur tanda-tanda vital<br><br><input type="checkbox"/> Mengecek apakah ada tanda-tanda infeksi dibagian sekitar luka operasi<br><br><input type="checkbox"/> Menganjurkan pasien   | <input type="checkbox"/> N: 93 x/menit<br>RR: 22 x/menit<br>S: 37,5°C<br><input type="checkbox"/> Luka operasi tertutup dengan kassa dan tidak ada tanda-tanda infeksi<br><br><input type="checkbox"/> Pasien tampak mengikuti   | Subjektif:<br>Pasien mengatakan masih terasa nyeri dibagian luka operasi dan badannya masih hangat<br>Objektif:<br><input type="checkbox"/> N: 93 x/menit<br><input type="checkbox"/> RR: 22 x/menit  |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <p>Ada luka post op di abdomen bagian kanan, suhu 37,9 °C, leukosit (pre op) 18.500/mm<sup>3</sup></p> | <p>untuk meningkatkan nutrisi dan sering minum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengobservasi kemampuan pasien dan keluarga dalam mencuci tangan 6 langkah</li> <br/> <li><input type="checkbox"/> Memberikan obat Ceftriaxone 2x1 ampul IV</li> </ul> | <p>anjaran</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Keluarga sudah dapat mencuci tangan dengan benar tetapi pasien tampak masih belum lancar dalam mempraktikkan cuci tangan 6 langkah</li> <br/> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak meringis saat obat di injeksikan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> S: 37,5 °C</li> <li><input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li><input type="checkbox"/> Verban tampak sedikit kotor</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien diberikan obat Ceftriaxone 2x1 ampul</li> </ul> <p>Analisis:<br/>Tingkat infeksi berada di level 4 cukup menurun</p> <p>Planning:<br/>Lanjutkan SIKI: Pencegahan Infeksi yang diperlukan</p> |
|--|---|---|--|

**Hari Ketiga (29 Agustus 2019)**

| <b>DIAGNOSA<br/>KEPERAWATAN DAN<br/>PENGKAJIAN ULANG (S-<br/>O-A-P</b>  | <b>IMPLEMENTASI</b>  | <b>EVALUASI</b>   |  |
|---|--|---|--|
|   |  | <b>FORMATIF (RESPON<br/>HASIL)</b>  | <b>SUMATIF (RESPON<br/>PERKEMBANGAN)</b>   |
| <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan:<br/>DS:<br/>Pasien mengatakan masih sedikit nyeri di sekitar luka bekas operasi terutama saat bergerak<br/>DO:<br/>P: semakin berat saat bergerak<br/>Q: Bersifat tajam<br/>R: Abdomen kanan bawah<br/>S: 4<br/>T: Hilang timbul</p> | <p>Jam 08.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengkaji kualitas, lokasi, skala, onset nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> Mengobservasi ekspresi pasien saat nyeri</li> <li><input type="checkbox"/> Mengukur tanda-tanda vital pasien</li> <li><input type="checkbox"/> Memberikan obat Antrain 3x1 ampul</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> P: Nyeri semakin berat saat bergerak</li> <li><input type="checkbox"/> Q: Bersifat tajam</li> <li><input type="checkbox"/> R: Abdomen kanan bawah</li> <li><input type="checkbox"/> S: 2</li> <li><input type="checkbox"/> T: Hilang timbul</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak meringis, tidak ada keringat yang berlebihan</li> <li><input type="checkbox"/> N: 82 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> RR: 20 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> S: 36,8°C</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak meringis saat obat diinjeksi</li> </ul> | <p>Jam 12.00</p> <p>Subjektif:<br/>Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah mulai ringan</p> <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pengkajian nyeri:<br/>P: Nyeri semakin berat saat bergerak</li> <li><input type="checkbox"/> Q: Bersifat tajam</li> <li><input type="checkbox"/> R: Abdomen</li> <li><input type="checkbox"/> S: 2</li> <li><input type="checkbox"/> T: Hilang timbul</li> <li><input type="checkbox"/> Ekspresi pasien tampak meringis</li> <li><input type="checkbox"/> N: 82x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> RR: 20 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> S: 36,8 °C</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien diberikan obat Antrain 3x1 ampul</li> </ul> <p>Analisis:<br/>Tingkat nyeri berada di level 4</p> |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
|  |   |   | cukup membaik<br>Planning:<br>SIKI: lanjutkan Manajemen Nyeri yang diperlukan  |
| <p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan:<br/>DS:<br/>Pasien mengatakan ada luka bekas operasi di perut<br/>DO:<br/>Luka tertutup dengan kassa dan verbant tampak bersih</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Melakukan pengecekan keadaan luka</li> <li><input type="checkbox"/> Memonitor tanda-tanda infeksi</li> <li><input type="checkbox"/> Mengganti verbant pada luka operasi</li> <li><input type="checkbox"/> Memasang balutan sesuai jenis luka</li> <li><input type="checkbox"/> Menjadwalkan perubahan posisi untuk miring kiri dan miring kanan</li> <li><input type="checkbox"/> Mengajarkan pasien dan keluarga pasien mengenai prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Setelah dilakukan pemeriksaan luka dalam keadaan baik dan tertutup dengan kassa</li> <li><input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda infeksi di daerah sekitar luka</li> <li><input type="checkbox"/> Verbant tampak diganti dan tampak bersih</li> <li><input type="checkbox"/> Luka pasien tertutup dengan kassa dan verbant dalam keadaan bersih</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak mengikuti anjuran</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien dan keluarga dapat memahami arahan</li> </ul> | <p>Subjektif:<br/>Pasien mengatakan masih merasa nyeri<br/>Objektif:<br/><input type="checkbox"/> Luka tertutup kassa<br/><input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda infeksi di daerah sekitar luka<br/><input type="checkbox"/> Verbant tampak sudah diganti<br/>Analisis:<br/>Integritas kulit dan jaringan berada di level 4 cukup membaik<br/>Planning:<br/>SIKI: lanjutkan Perawatan luka yang diperlukan</p> |
| <p>Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan:<br/>DS:<br/>Pasien mengatakan badannya sudah tidak demam lagi<br/>DO:</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mengukur tanda-tanda vital</li> <li><input type="checkbox"/> Mengecek apakah ada tanda-tanda infeksi dibagian sekitar luka operasi</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> N: 82 x/menit<br/>RR: 20 x/menit<br/>S: 36,8°C</li> <li><input type="checkbox"/> Luka operasi tertutup dengan kassa dan tidak ada tanda-tanda infeksi</li> </ul>  | <p>Subjektif:<br/>Pasien mengatakan masih terasa nyeri dibagian luka operasi dan badannya masih hangat<br/>Objektif:<br/><input type="checkbox"/> N: 82 x/menit</p>  |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <p>Ada luka post op di abdomen bagian kanan, suhu 37,5 °C, leukosit (pre op) 18.500/mm<sup>3</sup></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Menganjurkan pasien untuk meningkatkan nutrisi dan sering minum</li> <li><input type="checkbox"/> Menjadwalkan pasien untuk mengganti balutan luka setelah 3 hari</li> <li><input type="checkbox"/> Memberikan obat Ceftriaxone 2x1 ampul IV</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak mengikuti anjuran</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien dan keluarga dapat mengikuti anjuran</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien tampak meringis saat obat di injeksikan</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> RR: 20 x/menit</li> <li><input type="checkbox"/> S: 36,8 °C</li> <li><input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li><input type="checkbox"/> Verban tampak sudah diganti dan bersih</li> <li><input type="checkbox"/> Pasien diberikan obat Ceftriaxone 2x1 ampul</li> </ul> <p>Analisis:<br/>Tingkat infeksi berada di level 5 menurun<br/>Planning:<br/>SIKI: Pencegahan Infeksi dihentikan</p> |
|--|---|---|--|

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini, peneliti akan membahas tentang kesenjangan teori dan tindakan proses keperawatan pada asuhan keperawatan yang dilakukan mulai pada tanggal 27 Agustus 2019 di Rumah Sakit Bhayangkara Kota Bengkulu. Penetapan proses keperawatan ini merupakan salah satu wujud tanggung gugat perawatan yang terdiri dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. (Potter&Perry, 2005)

#### **A. Pengkajian**

Menurut Andra dan Yessie (2013) tanda dan gejala terjadinya apendisitis yaitu perasaan tidak enak sekitar umbilikus diikuti oleh anoreksia, nyeri tekan pada abdomen bagian kanan bawah, mual dan muntah, gejala ini umumnya berlangsung lebih dari 1 atau 2 hari, ditemukan demam ringan dan leukosit meningkat.

Pada pengkajian An. R didapatkan tanda dan gejala nyeri pada abdomen kanan bawah, badan lemah, demam ringan, mual dan leukosit meningkat. Berdasarkan teori, tanda dan gejala yang muncul pada An. R diperlukan perawatan dan tindakan pembedahan segera.

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), pemeriksaan laboratorium apendisitis meliputi pemeriksaan darah khususnya kadar leukosit. Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga 10.000-18.000/mm<sup>3</sup>. Jika peningkatan lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah). Pemeriksaan radiologi yang dibutuhkan meliputi foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit dan pemeriksaan ultrasonografi (USG).

Pemeriksaan yang dilakukan pada An. R adalah pemeriksaan laboratorium darah yang meliputi: Hemoglobin, darah putih atau leukosit, trombosit, waktu perdarahan dan waktu pembekuan. Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan

hemoglobin, waktu perdarahan dan waktu pembekuan darah dalam nilai normal. Sedangkan untuk hasil trombosit dan leukosit lebih dari nilai normal. Dimana nilai leukosit adalah  $18.500/\text{mm}^3$ , hal ini menunjukkan bahwa ada kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi atau pecah. Oleh karena itu tindakan pembedahan dibutuhkan segera saat hari pertama pasien dirawat.

Penatalaksanaan medis secara teoritis pada pasien dengan post op apendiktomi yaitu pemberian antibiotik dan cairan IV diberikan sampai pembedahan dilakukan sedangkan analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan. Selain itu istirahat dan perawatan yang professional bertujuan untuk mencegah komplikasi dan mempercepat penyembuhan. Pada kasus An. R terapi obat yang diberikan secara parenteral (intravena) adalah IVFD RL 20 tpm, Ceftriaxone 2x1 hari diberikan secara IV, Antrain 3x1 hari diberikan secara IV dan Paracetamol infus diberikan pada hari pertama: 250 ml dan pada hari kedua di hentikan.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon actual atau potensial pasien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompeten untuk mengatasinya (Potter & Pery, 2005). Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan SDKI, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis, risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive.

Beberapa diagnosa teoritis ditemukan pada kasus An. R, yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan:

Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri di luka bekas operasi terutama saat bergerak.

Data Objektif : ada luka jahitan pada abdomen bagian kanan bawah, pengkajian nyeri didapatkan P: semakin berat saat bergerak, Q: bersifat tajam, R: abdomen kanan bawah, S: 5 (sedang) dan T: hilang timbul

2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan:

Data Subjektif : Pasien mengatakan ada luka bekas operasi

Data Objektif : Terdapat luka jahitan pada abdomen bagian kanan bawah, jahitan rapi, luka bersih, tidak ada nanah, tidak ada kemerahan, tidak bengkak, panjang luka  $\pm$  5 cm, terdapat 5 jahitan luka, suhu sekitar luka hangat dan luka tertutup dengan kassa

3. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditandai dengan:

Data Subjektif : Pasien mengatakan badannya terasa demam

Data Objektif : Ada luka post op di abdomen bagian kanan, suhu 37,9 °C dan leukosit (pre op) 18.500/mm<sup>3</sup>

### C. Perencanaan Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan pasien (Nursalam, 2001). Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi. Rencana keperawatan yang peneliti lakukan pada An. R sama dengan landasan teori karena rencana tindakan keperawatan tersebut telah sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang telah ditetapkan.



#### **D. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri (independent) dan saling ketergantungan (dependent).

Pada diagnosa nyeri akut dilakukan tindakan keperawatan mengkaji nyeri secara komprehensif, mengobservasi ekspresi pasien dan adanya keringat berlebihan, mengukur tanda-tanda vital pasien, memberikan informasi mengenai nyeri yang dirasakan pasien, mengendalikan faktor lingkungan dengan mematikan kipas angin, membatasi pengunjung apabila tidak saat jam kunjung, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam dan memberikan obat analgesik.

Pada diagnosa gangguan integritas kulit tindakan keperawatan yang dilakukan, yaitu melakukan pengecekan keadaan luka, memonitor tanda-tanda infeksi, memasang balutan sesuai jenis luka, menjadwalkan perubahan posisi untuk miring kiri dan miring kanan, mengajarkan pasien dan keluarga pasien mengenai prosedur perawatan luka secara mandiri. Sedangkan untuk diagnosa risiko infeksi tindakan keperawatan yang dilakukan adalah mengukur tanda-tanda vital, mengecek apakah ada tanda-tanda infeksi dibagian sekitar luka operasi, menganjurkan pasien untuk diit makanan lunak dan sering minum, mengajarkan pasien dan keluarga tentang cuci tangan 6 langkah dan memberikan obat antibiotik.

Faktor pendukung yang peneliti temukan dalam pelaksanaan keperawatan pada An. R, yaitu pasien kooperatif, kerjasama yang baik antara peneliti dengan tenaga kesehatan yang lain serta partisipasi keluarga pasien dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga perawatan dapat berjalan dengan baik.

## **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dibagi menjadi dua, yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan sedangkan evaluasi hasil atau sumatif yang dilakukan dengan membandingkan antara respon pasien dan tujuan khusus serta umum yang telah ditentukan (Nurdhjanah, 2005).

Evaluasi pada kasus An. R menggunakan metode respon hasil dan evaluasi setiap harinya. Satu diagnose yang ditegakkan sudah teratasi sedangkan dua diagnose masih teratasi sebagian. Untuk diagnose nyeri akut pasien masih mengalami nyeri dengan skala 3 sehingga masalah masih teratasi sebagian. Pada diagnose gangguan integritas kulit, luka pasien masih masih dalam tahap penyembuhan sehingga masalah masih teratasi sebagian. Sedangkan untuk diagnosa risiko infeksi masalah sudah teratasi karena verbant luka pasien sudah diganti dengan verbant yang baru dan luka dalam kondisi yang baik serta tidak ada tanda-tanda infeksi.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Bedasarkan data diatas, maka peneliti dalam menarik kesimpulan sebagai berikut:

##### 1. Pengkajian

Pada pengkajian yang digunakan metode wawancara dan medis, data perawat dan rekam medis dari An. R secara keseluruhan manifestasi klinis yang ditemukan hampir sama dengan manifestasi klinis pasien dengan kasus post operasi apendiktomi.

##### 2. Diagnosa Keperawatan

Prioritas diagnose keperawatan yang muncul saat dilakukan pengkajian pada An. R adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis dan risiko infeksi berhubungan prosedur invasif

##### 3. Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan tersebut disesuaikan dari teori yang ada dan apa yang menjadi kebutuhan pasien yang harus dipenuhi terlebih dahulu pada saat tersebut.

##### 4. Implementasi keperawatan dilakukan selama tiga hari dari tanggal 27 Agustus 2019 sampai 29 Agustus 2019. Semua evaluasi dari hari pertama sampai hari ketiga menggunakan respon hasil dan SOAP.

##### 5. Evaluasi tindakan menggunakan SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment dan Planning). Pada diagnosa diatas didapatkan bahwa satu diagnosa sudah teratasi dan dua diagnosa masih teratasi sebagian.

## **B. Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka peneliti memberikan saran yang diharapkan dapat bermanfaat:

1. Bagi Peneliti

Diharapkan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah ini dapat memberikan wawasan yang luas dalam mengatasi masalah keperawatan.

2. Bagi Instansi

- a. Pendidikan

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dalam kegiatan belajar tentang masalah keperawatan pasien

- b. Rumah Sakit

Asuhan keperawatan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan

3. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil peneliti ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dan informasi di bidang keperawatan

4. Bagi Pasien dan Keluarga

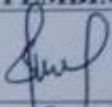
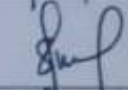
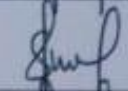
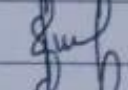
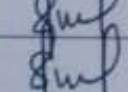
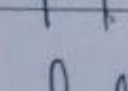
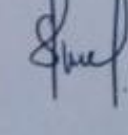
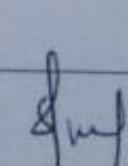
Bagi pasien hendaknya menghindari faktor penyebab yang dapat menimbulkan apendisitis, selalu menjaga jenis makanan yang dikonsumsi. Bagi keluarga hendaknya mengetahui tentang penyakit apendisitis serta mengetahui penyebab, tanda dan gejala yang memungkinkan terjadi pada anggota keluarga yang lain.


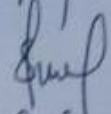

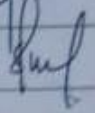
## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito. (2010). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Alih Bahasa Yasmi Asih, Edisi ke -10*. Jakarta : EGC.
- Grace, P. & Borley, N. (2014). *Ilmu Bedah*. Jakarta : Penerbit Erlangga
- Kowalak. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Mansjoer. (2012). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapus.
- Nurarif, A. & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda*. Yogyakarta : Mediacion.
- Riset Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu. 2017. *Angka Kejadian Apendisitis tahun 2017*
- Snell, Richard S. 2014. *Anatomi Klinik Edisi 6*. Jakarta: EGC
- Setyaningrum, Wahyu Adi. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Post Operasi Apendektomi Hari Ke-1 Di Ruang Dahlia RSUD Banyudono*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Jurnal.
- Smeltzer, S. C & Brenda G. Bare, 2014, *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 10*, Jakarta, EGC.
- Sjamsuhidajat & Wim De jong, 2010, *At a Glance Ilmu Bedah Edisi 3*, Jakarta, Erlangga.
- Sjamsuhidajat & Wim De Jong 2011, *Penatalaksanaan Bedah Umum di RS*, Jakarta, EGC.
- Sjamsuhidajat & Wim De jong, 2012, *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 3*, Jakarta: EGC
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI

### LEMBAR KONSULTASI

**NAMA PEMBIMBING** : Ns. Septiyanti, S. Kep., M. Pd  
**NAMA MAHASISWA** : Wahyudi Ibrahim  
**NIM** : PO 5120218121  
**JUDUL KTI** : "Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada An. R Dengan *Post Operasi Apendektomi* Di Rs Bhayangkara Kota Bengkulu Tahun 2019"

| NO | KEGIATAN                                      | SARAN   | PARAF PEMBIMBING  |
|----|---|---|---|
| 1. | Konsultasi Judul                              | 1. Judul harus dipilih mau diambil post op atau mau diambil secara global   |   |
| 2. | Konsultasi Judul dan proposal BAB 1, 2, dan 3 | 1. ACC Judul<br>2. Perbaiki rencana keperawatan pakai NIC NOC sesuai format   |  |
| 3. | Konsultasi BAB 1, 2 dan 3                     | 1. Untuk post op harus dijelaskan prosedur postnya secara teori dari awal sampai akhir  |  |
| 4. | Konsultasi BAB 1, 2 dan 3                     | 1. ACC sidang proposal  |  |
| 5. | Konsultasi revisi BAB 1, 2 dan 3              | 1. Perbaiki format NOC  |  |
| 6. | Konsultasi revisi BAB 1, 2 dan 3              | 1. ACC revisi proosal   |  |
| 7. | Konsultasi BAB 4, 5 dan 6                     | 1. Keluhan utama post op hari beberapa<br>2. Perbaiki kebiasaan pola sehari-hari<br>3. Pemeriksaan fisik ditambah lagi<br>4. Masukkan semua data senjang yang mendukung ke analisa data |  |
| 8. | Konsultasi BAB 4, 5 dan 6                     | 1. Jelaskan rincian alasan masuk rumah sakit<br>2. Penggantian prioritas diagnosa   |  |

|     |                           |   |   |
|-----|---------------------------|---|---|
| 9.  | Konsultasi BAB 4, 5 dan 6 | 1. Tambahkan pengkajian nyeri di dx nyeri   |  |
| 10. | Konsultasi BAB 4, 5 dan 6 | 1. Tambahkan jam di implementasi dan evaluasi<br>2. Perjelas lagi kalimat di pembahasan |  |
| 11. | Konsultasi BAB 4, 5 dan 6 | 1. Kesimpulan diringkas lagi dari hasil pembahasan                                      |  |
| 12. | Konsultasi BAB 4, 5 dan 6 | 1. ACC sidang hasil   |  |