

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. W.I. B. DENGAN POST OP LAPARATOMI APPENDIKSITIS DI RUANG CEMPAKA RS. POLRI TITUS ULLY KUPANG

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



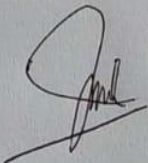
SIMON BENMETAN
NIM. PO. 5303201181233

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Simon Benmetan,
NIM : PO.5303201181233 dengan judul "ASUHAN
KEPERAWATAN PADA Tn. W.I.B DENGAN POST OPERASI
LAPARATOMI APPENDIKSITIS DIRUANG CEMPAKA RS
POLRI TITUS ULLY KUPANG" telah di periksa dan disetujui untuk
diujikan

Disusun Oleh :

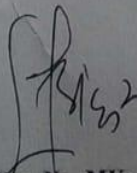


SIMMON BENMETAN
NIM. PO. 5303201181233

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji Prodi
D- III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Pada Tanggal, 22 Juli 2019

Pembimbing



O. Diana Suek, SKep, Ns., MKep, SpKepAn
NIP. 19781215 200012 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

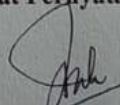
Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Simon Benmetan
NIM : PO. 5303201181233
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

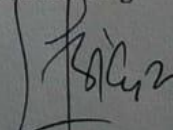
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019
Pembuat Pernyataan



Simon Benmetan
NIM : PO. 5303201181233

Mengetahui
Pembimbing



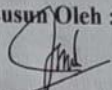
O. Diana Suek, SKep, Ns., MKep, SpKepAn
NIP. 19781215 200012 2 002

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. W.I.B DENGAN POST
OPERASI LAPARATOMI APPENDIKSITIS DIRUANG CEMPAKA
RS. POLRI TITUS ULLY KUPANG"

Disusun Oleh :



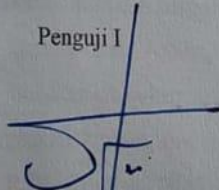
Simon Benmetan

NIM. PO. 5303201181233

Telah Diuji Pada Tanggal 23 Juli 2019

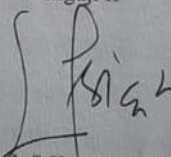
Dewan Penguji

Penguji I



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP. 19691128 199303 1 005

Penguji II



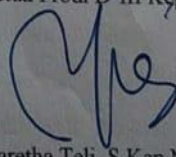
O. Diana Suek, S.Kep.Ns., M.Kep.SpKepAn
NIP. 19781215 200012 2 002

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes
NIP. 19691128 199303 1 001

Mengetahui
Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP. 19770727 200003 2 002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dan memberkati dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. W.I.B dengan Post Operasi laparotomi Appendiksitis di Ruang Cempaka RSU. Polri Titus Ully Kupang”.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Ns. O. Diana Suek., S.Kep., M.Kep., Sp. An, selaku dosen pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu , pikiran dan kesabaran serta penuh tanggung jawab dalam membimbing penulis selama proses ujian akhir program berlangsung.
2. Dr. Florentianus Tat, SKp M.Kes selaku Ketua Jurusan sekaligus sebagai penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan laporan KTI ini
3. Yasinta Sisi. Amd. Kep selaku penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama ujian praktek berlangsung di Ruangan Cempaka RS. Polri Titus Ully Kupang
4. R. H. Kristina, SKM,.M.Kes selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
5. Margaretha Teli, S.Kep, Ns., MSc-PH selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang menyiapkan segala fasilitas pendukung selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
6. Seluruh dosen, staf dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah menjadi pendidik yang memberikan materi dan bimbingan praktek serta ajaran moral dan etika selama dalam proses perkuliahan .

7. Istri Yohana W. Tefae, Anak Yunri M. Benmetan, Fridolin D. Benmetan, Ronald W.A Benmetan, dan Krisanta J.T Benmetan yang memberi semangat kepada penulis sehingga penulis bersemangat menyelesaikan studi kasus ini.
8. Sahabat-sahabat terbaik RPL 2018/2019 yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan studi kasus ini .
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah berjasa bagi penulis dalam menyelesaikan ujian akhir program ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran di dunia pendidikan.

Kupang, Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembaran pernyataan keaslian penulisan	ii
Lembaran Persetujuan	iii
Lembaran Pengesahan.....	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi.....	vii
Daftar Lampiran.....	ix
Biodata Penulis	x
Abstrak	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Studi Kasus	3
1.4 Manfaat Studi Kasus	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori	5
2.1.1 Pengertian.....	5
2.1.2 Etiologi.....	8
2.1.3 Manifestas Klinis.....	9
2.1.4 Patofisiologi.....	10
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang.....	12
2.1.6 Penatalaksanaan.....	12
2.1.7 Komplikasi.....	13
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	14
2.2.1 Pengkajian Fokus.....	14
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	16
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	21
2.2.4 Implementas Keperawatan.....	22
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	22
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi kasus.....	22
3.1.1 Pengkajian Studi Kasus.....	22
3.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	25
3.1.3 Intervensi Studi Kasus.....	26
3.1.4 Implementasi Studi Kasus.....	27
3.1.5 Evaluasi Studi Kasus.....	30
3.2 Pembahasan	32
3.2.1 Pengkajian.....	33
3.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	33
3.2.3 Intervensi Keperawatan.....	34

3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	34
3.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	36
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	37
4.2 Saran	38
DAFTAR PUSTAKA	39
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

1. Format Pengkajian
2. Lembar konsultasi

BIODATA PENULIS

Nama lengkap : Simon Benmetan
Tempat tanggal lahir : Noenu,u -24 Maret 1965
Jenis kelamin : Laki-laki
Riwayat pendidikan :

1. Tamat SD YASWARI NAUKAE tahun 1979
2. Tamat SMP ALOSIUS NIKI-NIKI tahun 1982
3. Tamat SPK KUPANG tahun 1988
4. Tamat D3 Keperawatan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Tahun 2019

MOTTO

"Wujudkan Tujuan Hidup dengan satu langkah dengan takut akan Tuhan, Karena Takut akan Tuhan adalah Hikmat, dan Menjauhi kejahatan itulah akal Budi"

ABSTRAK

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan keperawatan
Studi kasus, Juli 2019**

**Nama: Simon Benmetan
NIM : Po.530320118233**

Penyakit Apendiksitis akut adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan rongga abdomen, penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer, 2001). Appendisitis adalah kedaruratan bedah yang paling sering ditemukan dan dapat terjadi pada usia berapapun. Tujuan penulisan adalah penerapan asuhan keperawatan pada pasien post operasi laparotomi dengan melakukan pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, mampu menyusun rencana keperawatan, melakukan pelaksanaan pada pasien serta mampu melakukan evaluasi pada pasien post op laparotomi appendiksitis. Pasien masuk dengan keluhan nyeri pada perut akibat apendiksitis perforasi. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien ada tiga yaitu nyeri akut, risiko infeksi dan defisit perawatan diri. Perawatan dilakukan 4 hari dengan difokuskan pada perawatan luka dan mencegah terjadinya infeksi pada luka selama pasien dirawat. Keluarga sangat proaktif dan pasien kooperatif selama perawatan sehingga tidak ditemu kendala berarti selama pasien dirawat. Evaluasi yang dilakukan pada hari terakhir perawatan adalah 2 maslaah belum teratasi dan 1 (satu) masalah teratasi yaitu defisit perawatan diri.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Appendisiti Akut,,Post Operasi Laparatomy*

BAB 1

PENDAHULUAN

1. 1 Latar Belakang

Visi Indonesia sehat 2020 yang pada hakekatnya adalah untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang sehat di seluruh lapisan masyarakat merupakan titik tolak di galakannya berbagai upaya ke/sehatan (Netty, 2009). Seiring dengan kemajuan teknologi dan peningkatan status sosial ekonomi yang semakin meningkat, masalah kesehatan juga muncul di masyarakat yang disebabkan kurangnya pengetahuan terutama tentang pola hidup yang tidak sehat sehingga menyebabkan berbagai penyakit, salah satunya penyakit pada saluran pencernaan diantaranya penyakit Appendiksitis akut (Netty, 2009).

Appendiksitis akut merupakan penyakit bedah mayor yang paling sering terjadi. Walaupun Appendiksitis akut dapat terjadi pada setiap usia, namun paling sering terjadi pada remaja dan dewasa muda. Angka kejadian penyakit ini tinggi sebelum era antibiotik. Bila pembedahan dilakukan sebelum terjadi ruptur dan tanda peritonitis, perjalanan pasca bedah umumnya tanpa disertai penyulit. Pemberian antibiotik biasanya diindikasikan. Waktu pemulangan pasien bergantung pada seberapa dini penegakan diagnosis Appendiksitis akut, derajat inflamasi, dan penggunaan metode bedah terbuka atau laparoskopi (Price & Wilson, 2006).

Menurut Data *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 menunjukkan bahwa jumlah pasien dengan tindakan operasi mencapai angka peningkatan yang sangat signifikan. Pada tahun 2015 terdapat 140 juta pasien di seluruh rumah sakit di dunia, dan pada tahun 2016 data mengalami peningkatan sebesar 148 juta jiwa. Pada tahun 2017 di Indonesia, tindakan operasi mencapai 1,2 juta jiwa dan diperkirakan 32% diantaranya merupakan tindakan bedah laparatomi (Kemenkes RI, 2017).

Kasus Appendiksitis akut di RS Bhayangkara Kupang tercatat jumlah kasus Appendiksitis akut tahun 2018 - 2019 terdapat 7 kasus dengan rasio Laki-laki lebih dominan, Laki-laki 4 orang dan perempuan 3 orang. Diantaranya terdapat 5 kasus perforasi dengan tindakan Laparotomi. Laparotomi merupakan tindakan dengan memotong pada dinding abdomen dan merupakan penatalaksanaan pada Appendiksitis akut. Laporan Depkes RI (2007) menyatakan laparotomi meningkat dari 162 pada tahun 2005 menjadi 983 kasus pada tahun 2006 dan 1.281 kasus pada tahun 2007. Komplikasi pada pasien post laparotomi adalah Nyeri yang hebat, perdarahan, bahkan kematian. Post operasi laparotomi yang tidak mendapatkan perawatan maksimal setelah pasca bedah dapat memperlambat penyembuhan dan menimbulkan komplikasi (Depkes, 2010).

Asuhan Keperawatan Appendektomi, mencakup persiapan pre Operasi dan post Operasi, Post operasi masalah keperawatan yang difokuskan yaitu 1. Nyeri post operasi, 2 Resiko Infeksi Luka post operasi dan Defisit perawatan diri, tindakan keperawatan dilaksanakan yaitu proses keperawatan mulai dari pengkajian kasus, analisa data, prioritas diagnosa, rencana tindakan keperawatan, Intervensi, implementasi dan evaluasi.

Oleh karena itu perawatan luka post operasi harus memperhatikan prinsip sterilisasi, dan dilakukan secara benar atau tepat sehingga komplikasi pasca bedah dapat di minimalkan atau bahkan tidak ada. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk menjadikan penyakit Appendiksitis akut sebagai makalah ilmiah, agar penulis lebih memahami bagaimana proses keperawatan yang dilakukan pada klien dengan penyakit Appendiksitis.

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (Care Giver) berperan dalam melaksanakan intervensi keperawatan yakni perawatan manajemen nyeri. Peran perawat juga sebagai *care giver* untuk membantu pasien dalam melalui proses penyembuhan dan kesehatannya kembali atau

sembuh dari penyakit tertentu pada kebutuhan kesehatan klien secara holistic meliputi emosi, spiritual dan sosial.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan post operasi laparotomi di RS Polri Titus Uly?

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada Tn.W.I.B dengan post operasi laparotomi appendiksitis akut di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Penulis mampu melakukan pengkajian pada pasien Tn. W.I.B dengan Post Operasi Laparotomi Appendiksitis akut di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang.
- 2) Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien Tn.W.I.B dengan Post Operasi Laparotomi Appendiksitis akut di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang
- 3) Penulis mampu menentukan intervensi keperawatan pada pasien Tn.W.I.B dengan Post Operasi Laparotomi Appendiksitis akut di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang
- 4) Penulis mampu melakukan implementasi pada pasien Tn.W.I.B dengan Post Operasi Laparotomi Appendiksitis akut di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly Kupang
- 5) Penulis mampu melakukan evaluasi pada pasien Tn.W.I.B dengan Post Operasi laparotomi Appendiksitis Akut di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly

1.4 Manfaat Studi kasus

1.4.1 Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan sebagai referensi tentang pengembangan asuhan keperawatan pada pasien post operasi laparatomi appendiksitis.

1.4.2 Manfaat Praktis

1) Bagi rumah sakit

Dapat dipakai untuk acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan bagi khususnya dengan masalah post operasi laparatomi appendiksitis.

2) Bagi perawat

Agar dapat meningkatkan mutu pelayanan pada pasien dengan kasus post operasi laparatomi dan bisa memperhatikan kondisi serta kebutuhan pasien post operasi laparatomi appendiksitis akut.

3) Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan dan meningkatkan mutu pendidikan dimasa yang akan datang.

4) Bagi pasien dan keluarga

Agar dapat meningkatkan pengetahuan tentang perawatan post operasi laparatomi appendiksitis sehingga dapat mengatur pola hidup yang baik di rumah.

5) Bagi penulis

Agar mengetahui dan lebih memperluas pendalaman tentang cara merawat klien dengan masalah post operasi laparatomi appendiksitis.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Pengertian

Appendiksitis akut adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun (Mansjoer, 2000). Sedangkan menurut Smeltzer C. Suzanne (2001), ppendiksitis akut adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat.

Appendiksitis akut merupakan indikasi tersering pengangkatan apendiks, walaupun pembedahan ini dapat juga dilakukan untuk tumor, misalnya karsinoid atau adenokarsinoma (Sylvia A. Price, 2006). Apendiktomi adalah pembedahan dengan cara pengangkatan apendiks. Pembedahan adalah suatu penanganan medis secara invasif yang dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati penyakit, injuri, atau deformitas tubuh (LeMone & Burke, 2003). Jadi, dapat disimpulkan Appendiksitis akut adalah kondisi dimana terjadi infeksi pada umbai apendiks dan merupakan penyakit bedah abdomen yang paling sering terjadi.

1) Klasifikasi Appendikistis

Klasifikasi Appendiksitis akut terbagi menjadi dua yaitu, Appendiksitis akut akut dan Appendiksitis akut kronik (Sjamsuhidayat, 2005).

a) Appendiksitis akut akut

Appendiksitis akut adalah jenis apendiksitis yang paling sering memerlukan pembedahan dan paling sering menimbulkan kesukaran dalam memastikan diagnosanya,

karena banyak kelainan menunjukkan tanda –tanda seperti apendiksitis akut. Terdapat tiga jenis apendiksitis akut, yaitu :

1. Apendiksitis akut fokal (segmentalis) Peradangan biasanya terjadi pada bagian distal yang berisi nanah. Dari luar tidak terlihat adanya kelainan, kadang hanya hiperemi ringan pada mukosa, sedangkan radang hanya terbatas pada mukosa.
2. Apendiksitis akut purulenta (supuratif), disertai pembentukan nanah yang berlebihan.
3. Apendiksitis ganggrenosa terjadi jika radangnya lebih mengeras, dapat terjadi nekrosis dan pembusukan disebut.

Apendiksitis akut dapat disebabkan oleh trauma, misalnya pada kecelakaan atau operasi, tetapi tanpa lapisan eksudat dalam rongga maupun permukaan apendiks. Apendiksitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal. Gejala Apendiksitis akut adalah Nyeri samar - samar dan tumpul yang merupakan Nyeri viseral di daerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang muntah. Umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam Nyeri akan berpindah ketitik mcBurney. Disini Nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan Nyeri somatik setempat.

b) Apendiksitis akut kronik.

Gejala umumnya samar dan lebih jarang. Apendiksitis akut jika tidak mendapat pengobatan dan sembuh dapat

menjadi apendiksitis kronis. Terdapat dua jenis apendiksitis, yaitu :

- a Apendiksitis kronik focalis, Peradangan masih bersifat local, yaitu fibrosis jaringan sub mukosa, gejala klinis pada umumnya tidak tampak
- b Apendiksitis kronis obliteratif : Terjadi fibrosis yang luas sepanjang apendiks pada jaringan mukosa, hingga terjadi obliterasi (hilangnya lumen), terutama pada bagian distal dengan menghilangnya selaput lendir pada bagian itu

Diagnosis Apendiksitis akut 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 Apendiksitis akut kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan adanya sel inflamasi kronik. Insiden Apendiksitis akut kronik antara 1-5%.

Apendiksitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa apendiks mengalami bendungan. Semakin lama mukus tersebut semakin banyak, namun elastis dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intra lumen. Tekanan tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema dan ulaserasi mukosa. Pada saat itu terjadi apendiksitis akut fokal yang ditandai dengan Nyeri epigastrium.

2) Stadium Appendiksitis akut

- a. Apendiksitis supuratif akut terjadi apabila sekresi mukus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah dan bakteri akan menembus dinding sehingga peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum yang dapat menimbulkan nyeri pada abdomen kanan bawah.
- b. Apendiksitis gangrenosa, Apabila aliran arteri terganggu maka akan terjadi infark dinding appendiksitis yang diikuti ganggren.
- c. Apendiksitis perforasi. dinding appendiks menjadi rapuh dan akan terjadi perforasi
- d. Infiltrat pendikularis terjadi apabila proses peradangan berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah appendiks.

Pada anak - anak karena omentum lebih pendek dan appendiks lebih panjang, dinding lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan untuk terjadi perforasi, sedangkan pada orang tua mudah terjadi karena ada gangguan pembuluh darah.

2.1.2 Etiologi

Appendiksitis akut merupakan infeksi bakteri yang disebabkan oleh obstruksi atau penyumbatan akibat :

- a. Hiperplasia dari folikel limfoid.
- b. Adanya fekalit dalam lumen appendiksitis.
- c. Tumor appendiksitis.
- d. Adanya benda asing seperti cacing askariasis.
- e. Erosi mukosa appendiksitis karena parasit seperti *E. Histilitica*.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Appendiksitis akut sering tampil dengan gejala yang khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, Nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Pada apendiks yang terinflamasi, Nyeri tekan dapat dirasakan pada kuadran kanan bawah pada titik Mc.Burney yang berada antara umbilikus dan spinalis iliaca superior anterior. Derajat Nyeri tekan, spasme otot dan apakah terdapat konstipasi atau diare tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi apendiks. Bila apendiks melingkar dibelakang sekum, Nyeri dan Nyeri tekan terasa didaerah lumbal. Bila ujungnya ada pada pelvis, tanda-tanda ini dapat diketahui hanya pada pemeriksaan rektal.

Nyeri pada defekasi menunjukkan ujung apendiks berada dekat rektum. Nyeri pada saat berkemih menunjukkan bahwa ujung apendiks dekat dengan kandung kemih atau ureter. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot rektus kanan dapat terjadi. Tanda rovsing dapat timbul dengan melakukan palpasi kuadran bawah kiri yang secara paradoksial menyebabkan Nyeri yang terasa dikuadran kanan bawah. Apabila apendiks telah ruptur, Nyeri menjadi menyebar. Distensi abdomen terjadi akibat ileus paralitik dan kondisi pasien memburuk.

Pada pasien lansia, tanda dan gejala Appendiksitis akut dapat sangat bervariasi. Tanda-tanda tersebut dapat sangat meragukan, menunjukkan obstruksi usus atau proses penyakit lainnya. Pasien mungkin tidak mengalami gejala sampai ia mengalami ruptur apendiks. Insidens perforasi pada apendiks lebih tinggi pada lansia karena banyak dari pasien-pasien ini mencari bantuan perawatan kesehatan tidak secepat pasien-pasien yang lebih muda (Smeltzer C. Suzanne, 2002).

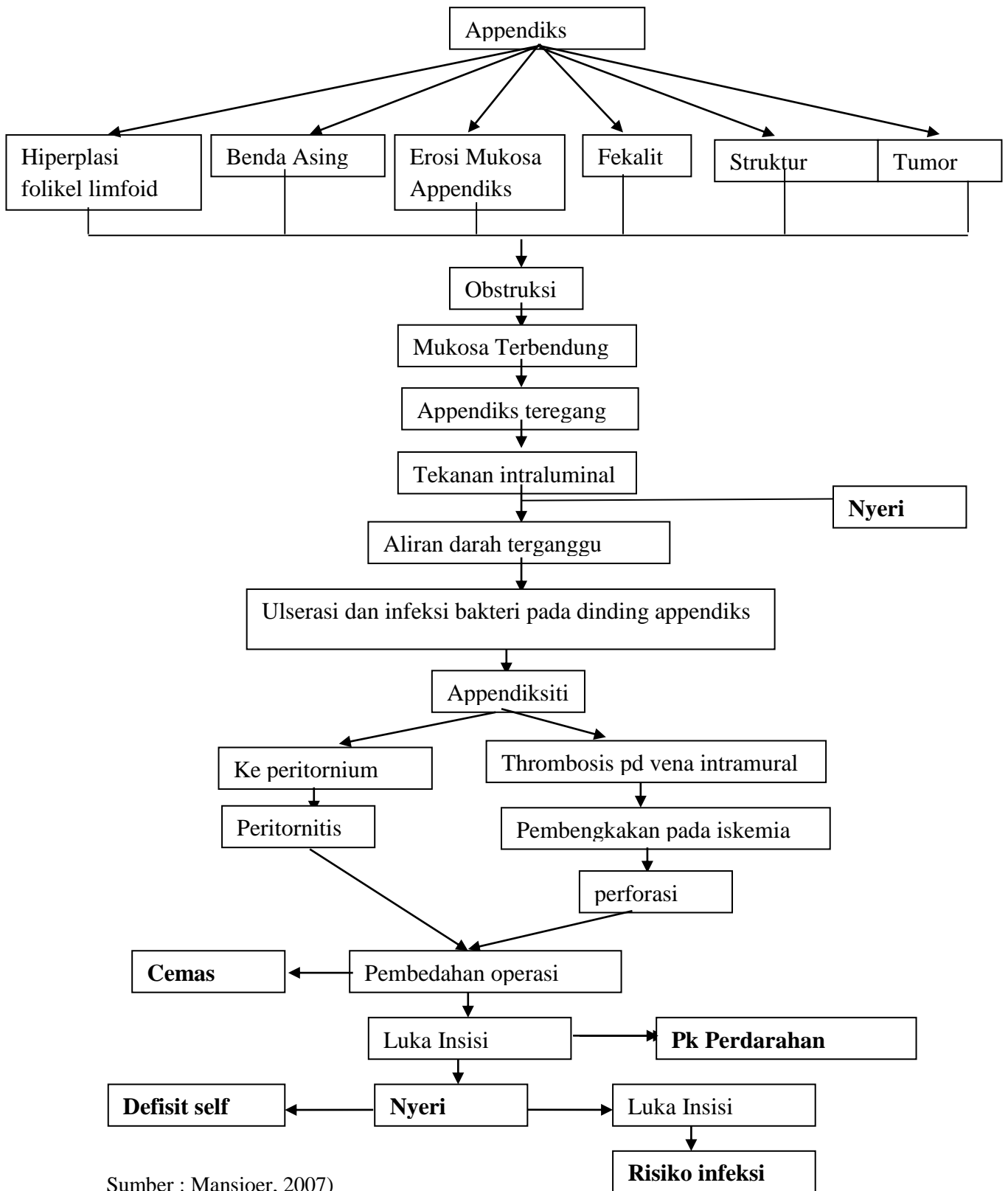
2.1.4 Patofisiologi

Appendiksitis akut biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Semakin lama mukus tersebut semakin 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 Appendiksitis akut akut lokal yang ditandai oleh Nyeri epigastrium. Bila 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 peritoneum setempat sehingga menimbulkan Nyeri didaerah kanan bawah. Keadaan ini disebut Appendiksitis akut supuratif akut. Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan Appendiksitis akut gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi Appendiksitis akut perforasi.

Bila semua proses diatas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak kearah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrate apendikularis. Peradangan pada apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang. Pada anak-anak, kerana omentum lebih pendek dan apendiks lebih panjang, maka dinding apendiks lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang sehingga memudahkan terjadinya perforasi. Sedangkan pada orang tua, perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Mansjoer, 2000)

2.1.5 Patofisiologi Pathway



Sumber : Mansjoer, 2007)

2.1.5 Pemeriksaan penunjang

- a. Sel darah putih : leukositosis diatas 12000/mm³, netrofil meningkat sampai 75%.
- b. Urinalisis : normal, tetapi eritrosit/leukosit mungkin ada.
- c. Foto abdomen/ USG : Adanya pergeseran material pada appendiks (fekalis) ileus terlokalisir.
- d. Tanda rovsing (+) : dengan melakukan palpasi kuadran bawah kiri yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa di kuadran kanan bawah (Doenges, 1993; Brunner & Suddart, 1997).

Apendektomi bisa dilakukan secara terbuka ataupun dengan caralaparoskopi. Bila apendektomi terbuka, insisi McBurney paling banyak dipilih oleh ahli bedah. Pada penderita yang diagnosisnya tidak jelas sebaiknya dilakukan observasi terlebih dahulu.

Pemeriksaan laboratorium dan ultrasonografi bisa dilakukan bila dalam observasi masih terdapat keraguan bila tersedia laparoskop, tindakan laparoskopi diagnostik pada kasus merupakan dapat segera menentukan akan dilakukan operasi atau tidak. (Sjamsuhidajat, 2004).

Penanggulangan konservatif terutama diberikan pada penderita yang tidak mempunyai akses ke pelayanan bedah berupa pemberian antibiotik. Pemberian antibiotik berguna untuk mencegah infeksi. Pada penderita Appendiksitis akut perforasi, sebelum operasi dilakukan penggantian cairan dan elektrolit, serta pemberian antibiotik sistemik

2.1.6 Penatalaksanaan

Pembedahan diindikasikan bila diagnosa appendiksitis akut telah ditegakkan. Antibiotik dan cairan IV diberikan serta pasien diminta untuk membatasi aktivitas fisik sampai pembedahan dilakukan (akhyar yayan, 2008), analgetik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan. Apendiktomi (pembedahan untuk mengangkat appendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi

dapat dilakukan dibawah anestesi umum atau spinal, secara terbuka ataupun dengan cara laparoscopi yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif. Bila apendiktomi terbuka, insisi Mc.Burney banyak dipilih oleh para ahli bedah.

Pada penderita yang diagnosis nya tidak jelas sebaiknya dilakukan observasi dulu. Pemeriksaan laboratorium dan ultrasonografi bisa dilakukan bila dalam observasi masih terdapat keraguan. Bila terdapat laparoskop, tindakan laparoscopi diagnostik pada kasus meragukan dapat segera menentukan akan dilakukan operasi atau tidak (SmeltzerC.Suzanne,2002).

Bila diagnosis klinis sudah jelas, tindakan paling tepat dan merupakan satu – satunya pilihan yang baik adalah apendektomi. Pada appendiksitis akut tanpa komplikasi biasanya tidak diperlukan pemberian antibiotik , kecuali pada Appendiksitis akut gangrenosa atau appendiksitis akut perforasi. Penundaan tindakan bedah sambil memeberikan antibiotk dapat mengakibatkan abses atau perforasi (Jamsuhidadjat, 2004).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi utama Appendiksitis akut adalah perforasi apendiks yang dapat berkembang menjadi peritonitis atau abses. Insidens perforasi adalah 10% sampai 32%. Insidens lebih tinggi pada anak kecil dan lansia. Perforasi secara umum terjadi 24 jam setelah awitan Nyeri. Gejala mencakup demam dengan suhu 37,70C atau lebih tinggi, penampilan toksik, dan Nyeri atau Nyeri tekan abdomen yang kontinyu (Smeltzer C.Suzanne, 2002).

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Fokus

Dalam melakukan asuhan keperawatan, pengkajian merupakan dasar utama dan hal yang penting di lakukan baik saat pasien pertama kali masuk rumah sakit maupun selama pasien dirawat di rumah sakit.

- a. Biodata/Identitas klien: nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku / bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat dan nomor register.
- b. Lingkungan: Dengan adanya lingkungan yang bersih, maka daya tahan tubuh penderita akan lebih baik daripada tinggal di lingkungan yang kotor.
- c. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan utama: Nyeri pada daerah kuadran kanan bawah, Nyeri sekitar umbilikus.
 - 2) Riwayat kesehatan dahulu: Riwayat operasi sebelumnya pada kolon.
 - 3) Riwayat kesehatan sekarang: Sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama keluhan terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, dimana keluhan timbul, keadaan apa yang memperberat dan memperingan.
- d. Pemeriksaan Fisik
 - 1) Inspeksi: Pada Appendiksitis akut sering ditemukan adanya abdominal swelling, sehingga pada pemeriksaan jenis ini biasa ditemukan distensi abdomen.
 - 2) Palpasi: Pada daerah perut kanan bawah apabila ditekan akan terasa Nyeri. Dan bila tekanan dilepas juga akan terasa Nyeri. Nyeri tekan perut kanan bawah merupakan kunci diagnosis dari Appendiksitis akut. Pada penekanan perut kiri bawah akan dirasakan Nyeri pada perut kanan bawah, ini disebut tanda Rovsing (Rovsing sign). Dan

apabila tekanan pada perut kiri dilepas maka juga akan terasa sakit di perut kanan bawah, ini disebut tanda Blumberg (Blumberg sign).

- 3) Pemeriksaan colok dubur: Pemeriksaan ini dilakukan pada Appendiksitis akut untuk menentukan letak apendiks apabila letaknya sulit diketahui. Jika saat dilakukan pemeriksaan ini terasa Nyeri, maka kemungkinan apendiks yang meradang di daerah pelvis. Pemeriksaan ini merupakan kunci diagnosis Appendiksitis akut pelvika
- 4) Uji psoas dan uji obturator: Pemeriksaan ini dilakukan juga untuk mengetahui letak apendiks yang meradang. Uji psoas dilakukan dengan rangsangan otot psoas mayor lewat hiperekstensi sendi panggul kanan, kemudian paha kanan ditahan. Bila apendiks yang meradang menempel pada muskulus psoas mayor, maka tindakan tersebut akan menimbulkan Nyeri. Sedangkan pada uji obturator dilakukan gerakan fleksi dan andorotasi sendi panggul pada posisi terlentang. Bila apendiks yang meradang kontak dengan m.obturator internus yang merupakan dinding panggul kecil, maka tindakan ini akan menimbulkan Nyeri. Pemeriksaan ini dilakukan pada Appendiksitis akut pelvika (Akhyar Yayan, 2008).

e. Perubahan pola Fungsi

Data yang diperoleh dalam kasus Appendiksitis akut menurut Doenges (2000) adalah sebagai berikut :

- 1) Aktivitas / istirahat , Gejala : Malaise.
- 2) Sirkulasi, Tanda : Takikardi.
- 3) Eliminasi, Gejala: Konstipasi pada awitan awal. Diare (kadang-kadang). Tanda: Distensi abdomen, Nyeri tekan / Nyeri lepas, kekakuan, Penurunan atau tidak ada bising usus.
- 4) Makanan / cairan, Gejala: Anoreksia: Mual/muntah.

- 5) Nyeri / kenyamanan, Gejala : Nyeri abdomen sekitar epigastrium dan umbilikus yang meningkat berat dan terlokalisasi pada titik Mc.Burney (setengah jarak antara umbilikus dan tulang ileum kanan), meningkat karena berjalan, bersin, batuk, atau napas dalam (Nyeri berhenti tiba-tiba diduga perforasi atau infark pada apendiks). Keluhan berbagai rasa Nyeri/ gejala tak jelas (berhubungan dengan lokasi apendiks, contoh : retrosekal atau sebelah ureter). Tanda : Perilaku berhati-hati ; berbaring ke samping atau telentang dengan lutut ditekuk. Meningkatnya Nyeri pada kuadran kanan bawah karena posisi ekstensi kaki kanan/ posisi duduk tegak. : Nyeri lepas pada sisi kiri diduga inflamasi peritoneal.
- 6) Pernapasan. Tanda: Takipnea, pernapasan dangkal.
- 7) Keamanan. Tanda : Demam (biasanya rendah).
- f. Pemeriksaan Diagnostik

Laboratorium : terdiri dari pemeriksaan darah lengkap dan test protein reaktif (CRP). Pada pemeriksaan darah lengkap ditemukan jumlah leukosit antara 10.000-20.000/ml (leukositosis) dan neutrofil diatas 75%. Sedangkan pada CRP ditemukan jumlah serum yang meningkat.

Radiologi: terdiri dari pemeriksaan ultrasonografi dan CT- scan. Pada pemeriksaan ultrasonografi ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendiks. Sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian menyilang dengan apendikalit serta perluasan dari apendiks yang mengalami inflamasi serta pelebaran sekum.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan patofisiologi dan data pengkajian diatas,diagnosis diagnosis keperawatan utama menurut (Herdman & Kamitsuru,2017) adalah sebagai berikut:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens injuri fisik (Prosedur Bedah); Kode 00132. Dengan manifestasi klinis: Luka insisi
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur Invasif; Kode 00004. Dengan manifestasi klinis: Luka insisi,perdarahan,dan ada jahitan luka.
- 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri Post Operasi; Kode 00108. Dengan manifestasi klinisnya: Luka insisi,nyeri.
- 4) Ansietas berhubungan dengan stressor; Kode 000146: Cemas dengan proses pembedahan
- 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas; Kode 00092. Dengan Manifestasi klinisnya: Nyeri,luka insisi,tidak bisa miring kiri,miring kanan.

2.2.3 Intervensi keperawatan

Rencana perawatan post operasi Laparatomi antara lain:

- 1) Diagnosa 1: Nyeri akut berhubungan dengan agens injuri fisik (Prosedur Bedah); Kode 00132

NOC: Tingkat Nyeri Kode 2102

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri pasien berkurang dengan kriteria Hasil:

1. Melaporkan Nyeri berkurang
2. Ekspresi wajah rileks/tenang
3. Tidak gelisah
4. Nadi 60-100 x/menit
5. TD 120/80 mmHg

NIC: Manajemen Nyeri Kode: 1400

1. Kaji nyeri secara komersif,catat karakteristik nyeri,lookasi,intensitas lama dan penyebarannya
2. Observasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera

4. Lakukan manajemen nyeri keperawatan yang meliputi,atur posisi,istirahat pasien
 5. Berikan oksigen tambahan dengan nasal kanul atau masker kanul sesuai dengan indikasi
 6. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam
 7. Lakukan manajemen sesuai kebutuhan
 8. Kolaborasi pemberian terapi farmakologi anti angina dan analgetik
 9. Anjurkan pasien untuk melakukan tindakan pengurangan nyeri apabila merasakan nyeri.
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur Invasif; Kode 00004

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan terbebas dari tanda-tanda infeksi dengan kriteria Hasil:

NOC: Keparahan Infeksi Kode 0703

1. Tidak ada tanda-tanda infeksi
2. Cairan (Luka) tidak berbau busuk
3. Suhu normal (36°C - $37,5^{\circ}\text{C}$)
4. Tidak nyeri
5. Tidak ada gejala-gejala gastrointestinal

NIC: Kontrol Infeksi Kode 6540

1. Bersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan setiap pasien
2. Ganti peralatan perpasien sesuai protocol institusi
3. Anjurkan pengunjung untuk cuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan
4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kegiatan perawatan pasien
5. Gosok kulit pasien dengan agen antibakteri yang sesuai
6. Pastikan teknik antibiotic yang sesuai

7. Ajarkan keluarga pasien mengenai bagaimana menghindari infeksi

3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri Post Operasi; Kode 00108

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebersihan klien dapat dipertahankan dengan Kriteria Hasil:

NOC: Perawatan Diri: Aktivitas sehari-hari; Kode 0300

1. Pasien bisa makan sendiri
2. Pasien bisa ke toilet sendiri
3. Pasien bisa mandi sendiri
4. Pasien mampu berpakaian sendiri
5. Pasien mampu menjaga kebersihan

NIC: Bantuan perawatan Diri: mandi/kebersihan; Kode 1801

1. Mandikan pasien setiap hari sampai klien mampu melaksanakan sendiri serta mentikat gigit dan potong kuku klien.
2. Ganti pakaian yang kotor dengan yang bersih.
3. Berikan Hygiene Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri.
4. Berikan pujian pada klien tentang kebersihannya.
5. Bimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien
6. Bersihkan dan rapikan tempat tidur klien.

4) Ansietas berhubungan dengan stressor; Kode 000146

Tujuan: Setelah melakukan perawatan pasien tidak akan cemas dengan kriteria hasil:

NOC: Tingkat Kecemasan; Kode 1211

1. Pasien dapat beristirahat
2. Pasien tidak gelisah
3. Pasien tidak cemas
4. Tekanan darah normal

NIC: Pengurangan Kecemasan; Kode 5820

1. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku klien
3. Pahami situasi kritis yang terjadi dari perspektif klien
4. Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat
5. Dengarkan klien
6. Puji/kuatkan perilaku yang baik secara cepat

5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas; Kode 00092

Tujuan: Pasien akan mempertahankan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan dengan kriteria Hasil:

NOC: Toleransi terhadap aktivitas; Kode 0005

1. Saturasi oksigen ketika beraktivitas normal
2. Frekuensi nadi normal ketika beraktivitas
3. Frekuensi pernapasan normal ketika beraktivitas
4. Tekanan darah normal ketika beraktivitas

NIC: Manajemen Energi; Kode 0180

1. Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan
2. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami
3. Tentukan persepsi pasien orang terdekat dengan pasien mengenai penyebab kelelahan
4. Perbaiki deficit status fisiologi sebagai prioritas utama
5. Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis, dengan tepat
6. Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energy yang adekuat
7. Monitor/catat waktu dan lama istirahat /tidur pasien
8. Monitor lokasi dan sumber ketidaknyamanan/nyeri yang dialami pasien selama dalam perawatan.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ke empat dalam proses keperawatan yang merupakan serangkaian kegiatan/tindakan yang dilakukan oleh perawat secara langsung pada klien. Tindakan keperawatan dilakukan dengan mengacu pada rencana tindakan/intervensi keperawatan yang telah ditetapkan/ dibuat.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai apakah masalah keperawatan telah teratasi atau tidak teratasi dengan mengacu pada kriteria evaluasi.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil studi kasus

3.1.1 Pengkajian studi kasus

Studi kasus dilakukan di RS Polri Titus Ully, Pada tanggal 15 – 18 Juli 2019 di Ruang Cempaka B 1. Pasien berinisial Tn. W. I. B berusia 17 tahun, berdomisili di Airnona. Pendidikan terakhir SMA Kelas II, belum menikah, status pelajar, beragama Kristen Protestan, pasien masuk rumah sakit pada tanggal 14 Juli 2019 dengan diagnosa medis Appendiksitis Akut Perforasi. Sumber informasi didapat dari pasien sendiri, keluarga, catatan medis, dan catatan perawatan. Pengkajian dilaksanakan setelah 1 hari perawatan post operasi.

Saat dikaji pasien mengatakan terasa Nyeri di bagian perut pada Luka Post Op hari ke 1. Nyeri terasa seperti tertikam pada area perut bagian kanan bawah dan bagian tengah, dengan skala 6 (sedang), Nyeri hilang timbul biasanya muncul pada pagi dan malam hari. Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah berobat ke fasilitas kesehatan karena sakit sembuh/hilang sendiri. Pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat alergi. Pasien juga memiliki kebiasaan merokok kurang lebih 1 bungkus sehari, minum alkohol kurang lebih 1 botol dalam waktu 2 tahun, dan tidak memiliki kebiasaan minum kopi. Pada pengkajian fisik didapatkan data berupa tanda-tanda vital: Tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi: 88 x/menit, Pernapasan: 20 x/menit, Suhu tubuh: 37°C.

Selain itu saat pemeriksaan ditemukan: Konjungtiva tidak anemis, wajah tampak pucat, CRT < 3, Pada pemeriksaan laboratorium pada tgl 14 Juli 2019 pada pemeriksaan darah didapatkan Hemoglobin 11,9 g/dL (normalnya 13,0-17,0 g/dL), glukosa darah sewaktu 127 mg/dL (normalnya s/d-120 mg/dL), jumlah eritrosit: 5,52 10⁶/ul (normalnya 4,00-6,00 10⁶/ul), hematokrit: 38.0 % (normalnya 35,0-

55,0%), MCV: 68,8 fL (normalnya 81,0-96,0 fL), RDW-CV:13, 6 % (normalnya 11,0-16,0%), RDW-SD: 51,9 fL (normalnya 30-150 fL),jumlah Lekosit : 16,8 % $10^9/l$, (normalnya 5.0 – 10.0),PLT: 476 $10^9/l$ (normalnya 150-400 $10^9/l$),MPV 7,3 Fl (normalnya: 8,0-11,0 Fl),PDW: 10,2 Fl (normalnya: 01-99,9 Fl),PCT: 0,34 % (normalnya:0,01-9,99%),Limfosit 15,9 % (15 – 50 %),Jumlah Limfosit 2,6 $10^9/l$ (normalnya 0,5 – 5.0) dari pemeriksaan. Pengobatan yang diberikan untuk pasien sejak pasien masuk pre operasi dan post operasi sampai hari ini tanggal 15 juli 2019 adalah IVFD Ringer Laktat 20 tpm,Ketorolax 2 x 30 mg, Cefotaxime 2 x 1 gr/IV, Tradosih 50 mg 2 x 1 kapsul,Asam Traneksamat 500 mg 2 x 1 tablet,Ocfixime Trihydrate 100 mg 3 x 1 tablet.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

1. Analisa data

No	Data-data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data subyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi. 2) (PQRST) Provokatif: Nyeri muncul karena luka post op App, Kualitas: Nyeri terasa seperti tertikam, Region: Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 6 (Nyeri sedang), Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas, Mobilisasi di miring kiri dan kanan,duduk,durasi \pm 30 Menit <p>Data obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keadaan umum, tampak lemah, raut wajah meringis menahan sakit 	Adanya luka post operasi laparatomi.	Nyeri akut

	<p>2) Tanda-tanda vital: Tekanan darah 110/80 mmHg, Nadi: 88 x/menit, Pernapasan: 20 x/menit, Suhu tubuh: 37°C.</p> <p>3) Pasien hanya berbaring dalam 1 posisi saja</p>		
2	<p>Data subyektif: Pasien mengatakan ia merasa sakit pada perut ketika bergerak Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keadaan umum tampak lemah, 2) Kesadaran composmentis, gcs ; E 4 V 5 M 6 = 15 3) Luka masih ditutupi kasa steril, Drain pada perut sebelah kanan bawah 4) Terpasang Drain dengan 4 jahitan terdapat luka sayatan post op di area perut kurang lebih 15 cm dengan 11 jahitan dan tertutup kasa steril , bising usus 16 x /m 5) Flactus sudah 4-5 x 6) Palpasi perut teraba tegang. 	Adanya LukaPost Operasi laparatomi	Resiko infeksi
3	<p>Data subjektif: Pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri ketika bergerak atau berpindah Data objektif: Badan bau keringat, pakaian belum diganti.</p>	Nyeri	Defisit perawatan diri

2. Perumusan Diagnosa keperawatan

Berdasarkan analisa data yang telah dibuat maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatannya adalah:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan adanya luka operasi laparatomi yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan Nyeri pada luka post operasi ,(PQRST)

Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Kualitas:

Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai

ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 6 (Nyeri sedang),

Timing: Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas, Mobilisasi di miring kiri dan kanan,duduk,durasi \pm 30

Menit

DO: Keadaan umum, tampak lemah, raut wajah meringis

menahan sakit,Tanda tanda vital: Tekanan darah 110/80

mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan: 20 x/menit,Suhu tubuh:

37°C, pasien hanya berbaring diatas tempat tidur

2. Risiko Infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi laparatomi yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan ia merasa sakit pada perut ketika bergerak,

DO: Keadaan umum tampak lemah,Kesadaran composmentis,

gcs ; E 4 V5 M 6 = 15,Luka masih ditutupi kasa steril, Drain

pada perut sebelah kanan bawah,Terpasang Drain dengan 4

jahitan terdapat luka sayatan post op di area perut kurang lebih

15 cm dengan 11 jahitan dan tertutup kasa steril , bising usus 16

x /m,Flactus sudah 4-5 x,dan Palpasi perut teraba tegang.

3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri. Yang ditandai dengan:

DS: Pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri ketika bergerak atau berpindah.

DO: Badan bau keringat, pakaian belum diganti.

3.1.3 Intervensi Studi Kasus

Setelah melaksanakan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana/intervensi dan implementasi selanjutnya tahap evaluasi dimana terdiri- dari catatan perkembangan yaitu: keluhan yang dirasakan oleh klien, obyektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung, pengkajian dan perencanaan adalah merupakan tindak lanjut yang akan dilakukan bila masalah belum teratasi.

Diagnosa Keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera Fisik. Goal: Pasien akan terbebas dari nyeri selama dalam perawatan, Objektif: Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam nyeri akan berkurang dengan Kriteria hasil : Tindakan pribadi untuk mengontrol Nyeri dapat ditingkatkan dari 2 (jarang ditunjukkan) menjadi 4 (sering ditunjukkan). Outcome : dapat menggunakan tindakan pengurangan Nyeri tanpa analgetik, dan melaporkan Nyeri yang terkontrol.pasien tampak rileks,dapat tidur dengan baik Intervensi yang di rencanakan untuk Tn. W.I.B yaitu ada 5(Lima):1) Lakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif,2) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase),3)Dukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri,4)Bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman,5) Kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa ke 2 : Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi laparatomi. Goal: Pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, Objektif: Setelah dilakukan perawatan dalam Waktu 3 X 24 jam pasien tidak akan menunjukkan tanda-tanda infeksi dengan kriteria hasil : Tindakan pribadi untuk mengontrol resiko terjadinya infeksi : ditingkatkan dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). Outcome: Pasien bebas dari tanda – tanda infeksi, Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, Nilai leukosit (4,5 – 10

ribu/ ul) Intervensi yang direncanakan untuk Tn. W.I.B ada 5 (Lima)
:1) Kaji adanya tanda – tanda infeksi,2) Monitor TTV dan perhatikan,
demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental,3) Lakukan teknik
cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga,4) Pertahankan teknik
Aseptik ketat pada perawatan luka insisi,5) Kolaborasi pemberian
antibiotic.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit perawatan diri berhubungan
dengan Nyeri. Goal: Pasien akan mampu merawat diri, Objektif: Setelah
dilakukan perawatan dalam waktu 3x24 jam Jam pasien mampu
mempertahankan perawatan diri dengan kriteria hasil: Tindakan pribadi
untuk merawat diri: Ditingkatkan dari 2 (Banyak terganggu) menjadi 4
(Sedikit Terganggu). Outcome: Pasien bebas dari bau badan, Pasien
tampak bersih, ADLs Pasien dapat mandiri atau dengan bantuan .
Intervensi: 1) Ganti pakaian yang kotor dengan yang bersih,2) Berikan
Hygiene Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya
kebersihan diri,3) Berikan pujian pada klien tentang kebersihannya,4)
Bimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien,5) Bersihkan
dan rapikan tempat tidur klien.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Tanggal 15 Juli 2019

Diagnosa Keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera
Fisik; Jam 08.00 Melakukan pengkajian Nyeri yang
komprehensif,(PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op
App, Kualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar
sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 6 (Nyeri sedang) ,
Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat
aktivitas,Jam 09.10 Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal dari
ketidaknyamanan,Jam 12.45 Mengajarkan penggunaan teknik non
farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi

panas/dingin dan masase),Jam 12.50 Mendukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri,Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman,Jam 13.00Berkolaborasi pemberian analgetik,analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp

Diagnosa keperawatan 2: Resiko Infeksi . Jam 09.00 Mengkaji adanya tanda – tanda infeksi,jam 11.00 Memonitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental,tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan: 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C,Jam 11.30 Melakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga,jam 12.00 Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi ,Jam 13.00 Berkolaborasi pemberian antibiotic,Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Nyeri Jam 08.30 Mengganti pakaian yang kotor dengan yang bersih,Jam 09.30 Memberikan Hyneged Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri,Jam 09.45 Memberikan pujian pada klien tentang kebersihannya,Jam 10.00 Membimbing keluarga klien memandikan/menyeka pasien,Jam 10.30 Membersihkan dan rapikan tempat tidur klien.

Tanggal 16 Juli 2019

Diagnosa keperawatan 1: Diagnosa Keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik 08.00 Melakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif,(PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Kualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 4-6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas,Jam 09.10 Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan,Jam 12.45 Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase),Jam 12.50 Mendukung istirahat / tidur yang

adekuat untuk menurunkan Nyeri, Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman, Jam 13.00 Berkolaborasi pemberian analgetik, analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp

Diagnosa keperawatan 2: Resiko Infeksi berhubungan dengan luka insisi . Jam 09.00 Mengkaji adanya tanda – tanda infeksi, jam 11.00 Memonitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental, tanda-tanda vital pasien Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 36,5 °C, Pernapasan 2-x/menit, Jam 11.30 Melakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga, jam 12.00 Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi , Jam 13.00 Berkolaborasi pemberian antibiotic, Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Nyeri . Jam 09.45 Memberikan pujian pada klien tentang kebersihannya, Jam 10.00 Membimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien, Jam 10.30 Membersihkan dan rapikan tempat tidur klien.

Tanggal 17 Juli 2019

Diagnosa keperawatan 1: Diagnosa Keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik 08.00 Melakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif, (PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Kualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas, Jam 09.10 Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan, Jam 12.45 Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase), Jam 12.50 Mendukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri, Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman, Jam 13.00 Berkolaborasi pemberian analgetik, analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp

Diagnosa keperawatan 2: Resiko Infeksi berhubungan dengan luka insisi . Jam 09.00 Mengkaji adanya tanda – tanda infeksi,jam 11.00 Memonitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental,tanda-tanda vital pasien Tekanan darah: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36 °C, Pernapasan 20 x/menit,Jam 11.30 Melakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga,jam 12.00 Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi ,Jam 13.00 Berkolaborasi pemberian antibiotic,Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Nyeri. Jam 10.00 Membimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien,Jam 10.30 Membersihkan dan rapikan tempat tidur klien.

3.1.5 Evaluasi Studi Kasus

Setelah melaksanakan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnosa keperawatan, menentukan rencana /intervensi dan implementasi selanjutnya tahap evaluasi dimana terdiri- dari catatan perkembangan yaitu: keluhan yang dirasakan oleh klien, obyektif yaitu data yang diperoleh melalui observasi langsung, assesmemnt dan planning adalah merupakan tindak lanjut yang akan dilakukan bila masalah belum teratasi.

Tanggal 15 juli 2019

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen adanya luka post operasi laparatomi Jam 14.00 wita. **S** : Pasien mengatakan masih Nyeri saat miring kiri atau kanan. Skala Nyeri 6 (sedang), **O** : Keluhan utama masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan, **A** : Masalah belum teratasi, **P** : intervensi 1-5 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2: resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi laparatomi **S** : Pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak. **O** : Keadaan umum pasien nampak lemah, tidak ada tanda – tanda infeksi pada luka post op. Rawat luka secara steril,Keadaan luka : baik , tidak ada bengkak, merah , tidak ada pus/ nanah,Crt < 3 detik, tanda - tanda vital: Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan: 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C. **A**: Masalah belum teratasi, **P**: Intervensi 1-5 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri . **S**: pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri ketika bergerak atau berpindah. **O** ; Badan bau keringat, pakaian belum diganti. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : intervensi intervensi 1-5 dilanjutkan.

Tanggal 16 Juli 2019

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik Jam 14.00 wita, **S** : Pasien mengatakan masih Nyeri saat miring kiri atau kanan. Skala Nyeri 6 (sedang), **O**: keadaan umum masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : intervensi 1-5 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2: Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi laparatomi ,**S** : Pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak. **O** : Keadaan umum pasien nampak lemah, tidak ada tanda – tan infeksi pada luka post op. Rawat luka secara steril,Keadaan luka : baik , tidak ada bengkak, merah , tidak ada pus/ nanah,Crt < 3 detik Tanda-tanda vital: Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 36,5 °C, Pernapasan 2-x/menit, **A**: Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi 1-5 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri .**S** : Pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut

terasa Nyeri . **O** ; pasien kelihatan bersih karena sudah merawat diri dengan di bantu keluarga, **A** : Masalah teratasi sebagian, **P** : Intervensi 2-5 dilanjutkan.

Tanggal 17 Juli 2019

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik Jam 14.00 wita **S** : Pasien mengatakan Nyeri berkurang saat beraktivitas. Skala Nyeri 3 (Ringan) **O** : Keluhan utama masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan, **A** : Masalah belum teratasi, **P** : intervensi 1-5 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2 : Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka post operasi laparatomi. **S** : Pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak . **O** : Keadaan umum pasien nampak lemah, tidak ada tanda – tan infeksi pada luka post op. Rawat luka secara steril,Keadaan luka : baik , tidak ada bengkak, merah , tidak ada pus/ nanah,Crt < 3 detik, tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36 °C, Pernapasan 20 x/menit, **A**: Masalah belum teratasi. **P**: Intervensi 1-5 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri . **S**: Pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri . **O** ; pasien kelihatan bersih karena sudah merawat diri dengan di bantu keluarga ,**A** : Masalah teratasi; **P** : menganjurkan keluarga untuk selalu memperhatikan kebersihan pasien selama dirawat dan nantinya saat perawatan lanjutan dirumah sampai paasien sembuh.

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi, dengan kasus pada Tn. W.I.B dengan diagnosa medik post

op laparotomy Appendiksitis Akut perforasi di Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly.

3.2.1 Pengkajian

Saat melakukan pengkajian pada Tn. W.I.B , diperoleh data bahwa pasien berumur 17 tahun berjenis kelamin laki – laki. Menurut teori (Mansjoer, Arief,dkk, 2007). Penyakit apendiksitis lebih sering menyerang laki-laki berusia antara 10 sampai 30 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa kasus yang dirawat memiliki persamaan dengan teori yang didapat.

Data pengkajian lainnya pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah tidak pernah berobat ke fasilitas kesehatan karena sakit sembuh/hilang sendiri. Pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat alergi. Pasien juga memiliki kebiasaan merokok kurang lebih 1 bungkus sehari,minum alcohol kurang lebih 1 botol dalam waktu 2 tahun,dan tidak memiliki kebiasaan minum kopi.Pada pengkajian fisik didapatkan data berupa tanda-tanda vital: Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan: 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C. Semua pengkajian dipasien dapat dilakukan dan tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah tahap selanjutnya dari pengkajian dalam proses keperawatan. Dalam tahap ini diagnosa dapat ditegakkan berdasarkan analisa data terhadap masalah dan penyebab yang ada. Diagnosa keperawatan menurut Hutahea (2010) adalah: Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera Fisik (post operasi laparotomy Appendiksitis Akut Perforasi) dan Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi. Berdasarkan teori terdapat 5 diagnosa keperawatan keperawatan akan tetapi pada kasus nyata hanya diangkat

3 (tiga) diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, risiko infeksi dan defisit perawatan diri. Masalah lain tidak diangkat karena data pendukung tidak mencukupi dimana pasien sudah paham terkait sakit dan pasien sangat kooperatif selama perawatan.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut Moorhead, 2016 dalam *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* (NIC) digunakan jenis skala *likert* dengan semua kriteria hasil dan indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan variabilitas didalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil. Intervensi keperawatan keperawatan merupakan perencanaan tindakan untuk menyelesaikan masalah atau diagnosa keperawatan yang sudah diangkat. Fokus utama perawatan pada pasien post operasi laparatomi adalah membantu penyembuhan luka dan tidak terjadi infeksi selama perawatan sehingga luka dapat sembuh dengan baik. Perawatan luka diberikan 2x sehari, kondisi luka membaik dan pus tidak ada lagi setekah hari kedua perawatan. Perencanaan yang sudah disusun dapat dilakukan dengan baik, tidak ada kesejangan antara teori dan praktek.

3.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap keempat dalam asuhan keperawatan yang dilakukan untuk melaksanakan intervensi yang dibuat sesuai kondisi yang ada sehingga masalah dapat teratasi.

Untuk diagnosa Nyeri akut tindakan perawatan dari tanggal 15-17 Juli 2019 melakukan pengkajian terhadap Nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, membantu pasien mengatur posisi yang nyaman untuk pasien dengan posisi semi fowler, menganjurkan pasien untuk

melakukan latihan napas dalam, memberikan injeksi, 10 melayani obat injeksi, analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp, Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm, jam 08.30 mengatur posisi semi fowler pada pasien. Implementasi yang telah dilakukan mendukung intervensi dari Amin (2013).

Diagnosa Resiko infeksi telah dilaksanakan tindakan perawatan dari tanggal 15-17 Juli 2019 : 1. Mengkaji tanda – tanda infeksi 2. Memonitor Tanda Tanda Vital 3. Melakukan Perawatan luka dengan prinsip steril. 4. Mengawasi/membatasi pengunjung. 5.Kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotic Cefotaxime 1 gr 1 amp, Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm, jam 08.30 mengatur posisi semi fowler pada pasien. Implementasi yang telah dilakukan mendukung intervensi dari Arif (2011).

Diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri pada luka post op dari tanggal 15-17 juli 2019: Mengganti pakaian yang kotor dengan yang bersih,memberikan Hynege Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri,memberikan pujian pada klien tentang kebersihannya,membimbing keluarga klien memandika/ menyeka pasien,dan membersihkan dan rapikan tempat tidur klien. Implementasi yang telah dilakukan mendukung intervensi dari Gloria M Bulechek dan Sue Moorhead (2013).

Tindakan keperawatan yang diberikan berorientasi pada tindakan mandiri perawat dan juga tindakan kolaborasi dengan tim perawatan lainnya seperti dokter, ahli gizi dan petugas laboratorium. Tindakan kolaborasi berjalan dengan baik, dimana pemberian antibiotik terjadwal dan status nutrisi pasien dipertahankan sehingga penyembuhan luka berjalan dengan baik ditandai dengan pus berkurang. Tidak ada kendala dalam pelaksanaan tindakan perawatan selama pasien dirawat sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi , dan implementasi keperawatan. Evaluasi pada Tn.W.I.B sesuai dengan kriteria hasilnya dan dilaksanakan berdasarkan pernyataan dari Arif (2011) dan Amin (2013).

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat dari 3 masalah, terdapat 1 masalah yang selesai dimana kebersihan diri pasien terjaga. 2 masalah lainnya masih perlu di selesaikan selama pasien dirawat. Melibatkan keluarga selama perawatan sangat penting karena tujuan perawatan pasien selama dirawat dirumah sakit adalah memandirikan pasien dan keluarga. Peran keluarga sangat diharapkan sehingga pada akhirnya nanti pasien pulang ke rumah keluarga mampu merawat pasien dengan baik dan benar. Penyembuhan luka membutuhkan waktu yang lama sehingga waktu 4 hari tidak dapat menyelesaikan masalah berhubungan dengan kerusakan integritas kulit melalui perawatan luka. Asupan nutrisi yang baik serta dukungan keluarga memberi arti penting dalam penyembuhan pasien.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

- 4.1.1 Berdasarkan pengkajian dapat ditemukan kasus pada Tn, W.I.B dengan Post Operasi Laparatomi Appendiksitis akut Perforasi hari ke 3 (tiga) perawatan di Ruang Cempaka RS Polri Titus Ullly, keluhan utama nyeri abdomen, adanya luka post operasi laparatomi dan pus yang keluar dari luka.
- 4.1.2 Diagnosa keperawatan pada Tn. W.I.B mengacu pada NANDA 2015 yaitu , 1.Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik, 2.Resiko infeksi berhubungan dengan luka Insisi (post operasi hari pertama), 3. Defisit perawatan diri Berhubungan dengan Nyeri pada abdomen (post operasi laparatomi).
- 4.1.3 Intervensi keperawatan difokuskan pada penyembuhan luka operasi dan mencegah luka dari risiko infeksi selama perawatan sehingga direncanakan perawatan luka 2x sehari dengan teknik aseptik dan kolaborasi pemberian obat.
- 4.1.4 Implementasi Keperawatan Implementasi pada Tn. W.I.B dengan post op laparatomi Appendiksitis akut perforasi dilakukan sesuai intervensi yang ditetapkan difokuskan pada penyembuhan luka operasi dan mencegah luka dari risiko infeksi selama perawatan sehingga direncanakan perawatan luka 2x sehari dengan teknik aseptik dan kolaborasi pemberian obat.
- 4.1.5 Evaluasi keperawatan yang dilakukan diketahui dari 3 masalah keperawatan yang diangkat terdapat 1 masalah yang daat diselesaikan selama 4 hari perawatan yaitu defisit perawatan diri.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi RS Polri Titus Ullly

Bagi para perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan berpedoman pada acuan asuhan keperawatan di Rumah sakit yang *ter-update* demi meningkatkan pelayanan keperawatan yang profesional.

4.2.2 Bagi Institus.

Diharapkan dapat menjadi sentral informasi yang berguna untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan serta sebagai bahan pemikiran dan acuan bagi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan Appendiksitis akut dimasa yang akan datang.

4.2.3 Bagi Mahasiswa

Lebih banyak menggali informasi untuk menambah pengetahuan yang nantinya akan diaplikasikan di lapangan praktek sebagai penerapan teori yang sudah dipelajari di bangku kuliah, serta dapat menambahkan wawasan dan pengetahuan bagi mahasiswa.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI, 2013 “*Riset Kesehatan dasar*” Depkes.go.id diakses tanggal 2 februari 2015
- Doenges, Marilyn E.(1993) Rencana Asuhan Keperawatan. Edisi 3. Jkarta.EGC
- FK Universitas Andalas, 2012 “ *Penuntun skill lab Gangguan Sistem Pencernaan Revisi IIF*” FIK Andalas: Padang
- Gloria M. Bulecheck (2013);Nursing Interventions Classification,Mocemedia,Jakarta
- Jurnal ,Baradero, M., Drayit, M. W., dan Siswandi, Y. S. (2009). *Prinsip & Praktek Keperawatan Perioperatif*, Jakarta: EGC.
- Jurnal,Korespondensi: E-mail: fajar@unisba.ac.id. Faktor Prediksi Perforasi Apendiks pada Penderita Appendiksitis akut Akut Dewasa di RS Al-Ihsan Kabupaten Bandung Periode 2013–2014
- Masjoer, A. (2001). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : FKUI.
- Potter, P. A. & Perry, A.G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan:Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4. Vol 2. Jakarta : EGC.
- Register Penyakit,(Kelas dua laki – laki Bedah) Ruang Cempaka RS Polri Titus Uly. Tahun 2018 – 2019
- Sjamsuhidajat , R & Jong, W. D. (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi Ke 2*. Jakarta: EGC.
- Sue Moorhead (2013); Nursing Outcomes Classification (NOC),Mocomedia,Jakarta
- T. Heater Herdman, *PhD,RN, FNI (2015)*;NANDA International.inc. Definisi dan Klasifikasi , *EDISI 10 , JAKARTA. EGC 2015*

Lembar Konsultasi

Nama Dosen : O. Diana Suek, SKep, Ns., MKep, SpKepAn
 NIP : 197812152000122002

No	Hari/Tanggal	Materi Konsul	Masukan Pembimbing	Tanda Tangan
1.	Senin, 15 Juli 2019	Bab 1	✓ Tambahkan data pendukung spt data jumlah pasien dengan penyakit appendikstitis pada register RS	
2	Selasa 16 Juli 2019	Bab 1 dan Bab 2 (sebagian)	✓ Bab 1 tambahkan peran perawat dalam perawatan pasien selama dirawat	
3	Rabu, 17 Juli 2019	Bab 1, 2 dan pengkajian pada pasien	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bab 1 : Acc ✓ Bab 2 : perbaiki sesuai saran, sumber harus jelas, penulisan dalam tabel menggunakan font 10, spasi 1/ single ✓ Pengkajian dilengkapi data fokus pada penyakit harus jelas 	
4	Kamis, 18 Juli 2019	Bab 2, 3, pengkajian pada pasien	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bab 2 acc ✓ Bab 3 untuk kasus dinarasikan saja, isian lengkap pada format pengkajian dilampirkan 	
5	Jumat, 19 Juli 2019	Bab 3 dan 4	✓ Bab 3 perbaiki kerapian penulisan, pembahasan ditambahkan opini penulis dan sumber yang jelas	
6	Sabtu, 20 Juli 2019	Bab 3 dan 4	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bab 3 acc ✓ Bab 4 pada kesimpulan merujuk pada tujuan khusus, saran harus lebih operasional yang bisa diterapkan 	
7	Senin, 22 Juli 2019	Bab 4, daftar pustaka, lampiran	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bab 4 sudah baik, daftar pustaka penulisan mengikuti panduan APA, urutan abjad diperhatikan ✓ Lampiran dilengkapi sesuai saran ✓ Powerpoint ok ✓ Acc, siap ujian selasa, 23 Juli 2019 	
8	Selasa, 23 Juli 2019	Ujian sidang	✓ Perbaiki sesuai revisi	
9	Kamis, 25 Juli 2019	Revisi I	✓ Perhatikan kerapian penulisan	

LAMPIRAN

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG**

Nama Pasien : Tn. W.I.B
Ruang/Kamar :Cempaka/B1
Diagnosa Medis : Appendiksitis Akut post op
Laparotomi
No. Medical Record : -
Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 08.00
Masuk Rumah Sakit : 14 Juli 2019 Jam : 16.00

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. W.I.B Jenis Kelamin : L
Umur/Tanggal : 17 Tahun/ Airnona,11 April Status : -
Lahir : 2002 Perkawinan :
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa : Timor
Pendidikan Terakhir : SMA Pekerjaan : Pelajar
Alamat : Airnona

Identitas Penanggung

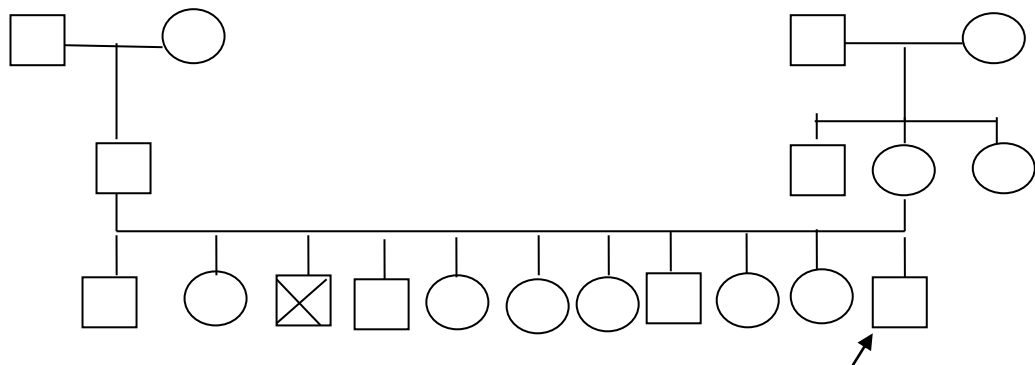
Nama : Ny. R.Y.N Pekerjaan : IRT
Jenis Kelamin : Perempuan Hubungan dengan klien : Ponaan
Alamat : Airnona

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Nyeri di perut yang bekas luka post op laparotomi
 - Kapan : 13 Juli 2019
 - Lokasi : Nyerinya di perut kanan
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : 12 Juli 201.
 - Sifat keluhan : Nyerinya tertikam.dan panas
 - Lokasi : Nyeri Di Perut Kanan.
 - Keluhan lain yang menyertai : -.
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Pasien mengatakan minum alkohol dan merokok
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana):
Kadang-kadang.

- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: Beristirahat dan minum obat,dan atur posos
3. Riwayat Penyakit Sebelumnya
- Riwayat penyakit yang pernah diderita: Tidak ada
 - Riwayat Alergi: Tidak ada
 - Riwayat Operasi: Pernah operasi Usus Buntu,Waktu: 15 Juli 2019
4. Kebiasaan
- Merokok : Merokok kurang lebih 1 bungkus/hari
 - Minum alcohol: minum alcohol kurang lebih 1 botol
 - Minum kopi : Tidak minum Kopi
 - Minum obat-obatan : Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :
Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Keterangan:

- ↖ : Pasien
- : Laki-laki
- : Perempuan
- ⊗ : Yang Sudah Meninggal

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 110/80 mmHg
- Nadi : 88 x/menit
- Pernapasan : 20 x/menit
- Suhu badan : 37°C.

2. Kepala dan leher

- Kepala : Normal
 - Sakit kepala : Tidak sakit kepala
 - Bentuk, ukuran dan posisi: Normal
 - Lesi : Tidak ada
 - Masa : Tidak ada
 - Observasi Wajah : Simetris
 - Penglihatan :
 - Konjungtiva: Merah muda
 - Sklera: Putih
 - Pakai kaca mata : Tidak
 - Penglihatan kabur : Tidak
 - Nyeri : Tidak ada nyeri
 - Peradangan : -
 - Operasi :
 - Jenis :-
 - Waktu :-
 - Tempat :-
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Tidak
 - Nyeri : Tidak
 - Peradangan : Tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinitus : Tidak
 - Riwayat Polip : Tidak
 - Sinusitis : Tidak
 - Epistaksis : Tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : Lubang gigi belakang
 - Caries : TGigi belakang
 - Memakai gigi palsu : Tidak
 - Gangguan bicara : Tidak
 - Gangguan menelan : Tidak

- Pembesaran kelenjar leher : Tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Tidak
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : Composmentis/E4V5M 6
 - Bentuk dada : Normal
 - Bibir : Normal
 - Kuku : Normal
 - Capillary Refill : Normal
 - Tangan : Normal
 - Kaki : Normal
 - Sendi : Normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- Vena jugularis : Teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : Normal
- Auskultasi : BJ I : Normal
BJ II : Normal

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
- Inspeksi :
 - Jejas : Tidak
 - Bentuk Dada : Normal
 - Jenis Pernapasan : Tidak
 - Irama Napas : Teratur
 - Retraksi otot pernapasan : Tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : Tidak
- Perkusi : Tidak
 - Udara : Tidak
 - Massa : Tidak
- Auskultasi :
 - Inspirasi : Normal
 - Ekspirasi : Normal
 - Ronchi : Ya tidak
 - Wheezing : Ya tidak
 - Krepitasi : Ya tidak
 - Rales : Ya tidak

Clubbing Finger : Normal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : nyeri pada perut dibekas luka operasi
- b. Inspeksi :
 - Turgor kulit : Normal
 - Keadaan bibir :Lembab

- Keadaan rongga mulut
 - Warna Mukosa : Normal
 - Luka/ perdarahan : Tidak
 - Tanda-tanda radang : Tidak
 - Keadaan gusi : Normal
- Keadaan abdomen
 - Warna kulit :
 - Luka : Tidak
 - Pembesaran : normal
- Keadaan rektal
 - Luka : Tidak
 - Perdarahan : Tidak
 - Hemmoroid : Tidak
 - Lecet/ tumor/ bengkak : Tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 28 x permenit

d. Perkusi : Normal

Udara : Normal

Massa : Normal

e. Palpasi:

Tonus otot: Normal

Nyeri : Normal

Massa : Normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : Tidak ada keluhan
- b. Tingkat kesadaran: Composmentis GCS (E4/M5/V6): 15
- c. Pupil : Isokor
- d. Kejang : Normal
- e. Jenis kelumpuhan : Tidak
- f. Parasthesia : Tidak
- g. Koordinasi gerak : Normal
- h. Cranial Nerves : Normal
- i. Reflexes : Normal

7. Sistem Musculoskeletal
- Keluhan : Tidak ada keluhan
 - Kelainan Ekstremitas : Tidak
 - Nyeri otot : Tidak
 - Nyeri Sendi : Tidak
 - Refleksi sendi : Normal
 - kekuatan otot : Normal

5	5
5	5

8. Sistem Integumentari
- Rash : Tidak
 - Lesi : Tidak
 - Turgor : Baik Warna : sawo matang
 - Kelembaban : Normal
 - Petechie : Tidak ada
 - Lain lain:-

9. Sistem Perkemihan

- Gangguan : kencing menetes inkontinensia
retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- Alat bantu (kateter, dll) : Tidak
- Kandung kencing : Tidak
nyeri tekan: Tidak
- Produksi urine :
- Intake cairan : oral : 1500 cc/hr parenteral :
- Bentuk alat kelamin : Normal
- Uretra : Normal
Lain-lain :

10. Sistem Endokrin

- Keluhan : Tidak ada keluhan
- Pembesaran Kelenjar : Tidak
- Lain – lain : -

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : Tidak ada keluhan
- b. Pria : Pembesaran prostat : Tidak
- c. Lain-lain:-

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan : Makan 3 kali sehari

- Pola makan : Baik
- Frekuensi makan : 3 kali sehari
- Nafsu makan : Baik
- Makanan pantangan : Sayuran
- Makanan yang disukai : Daging
- Banyaknya minuman dalam sehari : 1000 cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Kopi dan sayuran
- BB : 65 kg TB : 160 cm
- Kenaikan/Penurunan BB:kg, dalam waktu:

2. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 3 kali sehari Warna : Kuning
Bau : Tidak Jumlah/ hari :

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : >2 hari Frekuensi dalam sehari : 2 kali sehari

Warna : Kuning Bau : ya
Konsistensi : Padat

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : Bola Kaki
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Kadang-kadang

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 00.00

- Bangun jam : 07.00
- Tidur siang jam : 13.00
- Bangun jam : 16.00
- Apakah mudah terbangun : Tidak
 - Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : -

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : Keluarga dan teman
2. Organisasi sosial yang diikuti : Pemuda
3. Keadaan rumah baik dan bersih
Status rumah : Milik sendiri (orang tua)
Cukup ,tidak bising,tidak banjir
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Keluarga
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Bimbingan keluarga
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : Baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : Ya
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Pemuda

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Cepat sembuh
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Mudah-mudahan cepat sembuh
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan
			Tanggal
			Minggu,14 Juli 2019
1	Hemoglobin	13,0-17,0 g/dL	11,9 g/dL
2	Jumlah eritrosit	4,00-6,00 10^6 /ul	5,52 10^6 /ul
3	Hematokrit	35,0-55,0%	38,0 %
4	MCV	81,0-96,0 fL	68,8 fL
5	RDW-CV	11,0-16,0%	13, 6 %
6	RDW-SD	30-150 fL	51,9 fL
7	jumlah Lekosit	5.0 – 10.0	16,8 % 10^9 /l
8	PLT	150-400 10^9 /l	476 10^9 /l
9	MPV	8,0-11,0 Fl	7,3 Fl

10	Limfosit	15 – 50 %	15,9 %
11	Jumlah Limfosit	0,5 – 5.0 10 ^{9/l}	2,6 10 ^{9/l}

- b. Pemeriksaan faeces: Tidak ada
- c. Pemeriksaan urine: Tidak ada

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut : Tidak ada
 - b. Cholescystogram : Tidak ada
 - c. Foto colon : Tidak ada
2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
 - Ultrasonographi : Tidak ada
 - Biopsy : Tidak ada
 - Colonoscopy : Tidak ada
 - DII : Tidak Ada

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan
Tidak ada
- Obat
 - 1) IVFD Ringer Laktat 20 tpm
 - 2) Ketorolax 2 x 30 mg
 - 3) Cefotaxime 2 x 1 gr/IV
 - 4) Tradosih 50 mg 2 x 1 kapsul
 - 5) Asam Traneksamat 500 mg 2 x 1 tablet
 - 6) Ocfixime Trihydrate 100 mg 3 x 1 tablet.
- Lain-lain : Tidak ada

Analisa data

No	Data-data	penyebab	Masalah
1	<p>Data subyektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan Nyeri pada luka post operasi 2) (PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Qualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 4-6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas, Mobilisasi di miring kiri dan kanan,duduk,durasi ± 30 Menit <p>Data obyektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keadaan umum, tampak lemah, raut wajah meringis menahan sakit 2) Tanda-tanda vital: Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan : 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C. 	Adanya luka operasi laparatomi	Nyeri akut
2	<p>Data subyektif:</p> <p>Pasien mengatakan ia merasa sakit pada perut ketika</p>	Luka operasi kaparatomi	Resiko infeksi

	<p>bergerak</p> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keadaan umum tampak lemah, 2) Kesadaran composmentis, gcs ; E 4 V5 M 6 = 15 3) Luka masih ditutupi kasa steril, Drain pada perut sebelah kanan bawah 4) Terpasang Drain dengan 4 jahitan terdapat luka sayatan post op di area perut kurang lebih 15 cm dengan 11 jahitan dan tertutup kasa steril , bising usus 16 x /m 5) Flactus sudah 4-5 x, 6) Palpasi perut teraba tegang. 		
3	<p>Data subjektif:</p> <p>Pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri ketika bergerak atau berpindah</p> <p>Data objektif:</p> <p>Badan bau keringat, pakaian belum diganti.</p>	Nyeri	Defisit perawatan diri

Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1	Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	<p>NOC: Tingkat Nyeri Kode 2102</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri pasien berkurang dengan kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melaporkan Nyeri berkurang (210201) 2) Ekspresi wajah rileks/tenang (210206) 3) Tidak gelisah (210222) 4) Nadi 60-100 x/menit (210220) 5) TD 120/80 mmHg (210212) 	<p>NIC: Manajemen Nyeri Kode: 1400</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif, 2) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase) 3) Dukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri, 4) Bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman 5) Kolaborasi pemberian analgetik.
2	Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi	<p>NOC: Keparahan Infeksi Kode 0703</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan terbebas dari tanda-tanda infeksi dengan kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak ada 	<p>NIC: Kontrol Infeksi Kode 6540</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji adanya tanda – tanda infeksi 2) Monitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil,

		<p>tanda-tanda infeksi (070301)</p> <p>2) Cairan (Luka) tidak berbau busuk (070303)</p> <p>3) Suhu normal (36°C-37,5°C) (070330)</p> <p>4) Tidak nyeri (070333)</p> <p>5) Tidak ada gejala-gejala gastrointestinal (070309)</p>	<p>berkeringat, perubahan mental</p> <p>3) Lakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga</p> <p>4) Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi</p> <p>5) Kolaborasi pemberian antibiotic.</p>
3	Deficit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri	<p>NOC: Perawatan Diri: Aktivitas sehari-hari; Kode 0300</p> <p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebersihan klien dapat dipertahankan dengan</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>1) Pasien bisa makan sendiri (030001)</p> <p>2) Pasien bisa ke toilet sendiri (030003)</p> <p>3) Pasien bisa mandi sendiri (030004)</p> <p>4) Pasien mampu berpakaian sendiri (030005)</p> <p>5) Pasien mampu menjaga kebersihan (030006)</p>	<p>NIC: Bantuan perawatan Diri: mandi/kebersihan; Kode 1801</p> <p>1) Ganti pakaian yang kotor dengan yang bersih</p> <p>2) Berikan Hyneged Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri</p> <p>3) Berikan pujian pada klien tentang kebersihannya</p> <p>4) Bimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien</p> <p>5) Bersihkan dan rapikan tempat tidur klien.</p>

Catatan perkembangan

Hari/Tanggal: Senin,15 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	08.00	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif (PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Qualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 4-6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas 2) Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan 	<p>Jam 14.00wita</p> <p>Subyek : Pasien mengatakan masih Nyeri saat miring kiri atau kanan. Skala Nyeri 4-6 (sedang)</p> <p>Obyektif : Keluhan utama masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan,</p> <p>Assesment : Masalah belum teratasi,</p> <p>Planning : intervensi 1-5 dilanjutkan.</p>	
	09.10	<ol style="list-style-type: none"> 3) Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase) 		
	12.45	<ol style="list-style-type: none"> 4) Mendukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri, 5) Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman 6) Berkolaborasi pemberian analgetik 		

	12.50	analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp		
Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi	09.00	1) Mengkaji adanya tanda – tanda infeksi	Jam 14.00 Subyektif : Pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak . Obyektif : Keadaan umum pasien nampak lemah, tidak ada tanda – tanda infeksi pada luka post op. Rawat luka secara steril,Keadaan luka : baik , tidak ada bengkak, merah , tidak ada pus/nanah,Crt < 3 detik, tanda - tanda vital: Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan: 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C.	
	11.00	2) Memonitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan: 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C.		
	11.30	3) Melakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga		
	12.00	4) Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi		
	13.00	5) Berkolaborasi pemberian antibiotic. Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm	Assesment: Masalah belum teratasi. Planning: Intervensi 1-5 dilanjutkan.	
Deficit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri	8.30	1) Mengganti pakaian yang kotor dengan yang bersih	Jam 14.00	
	09.30	2) Memberikan Hynege Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya	Subyektif: pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri ketika bergerak atau berpindah.	

		kebersihan diri	Obyektif ; Badan	
	09.45	3) Memberikan pujian pada klien tentang kebersihannya	bau keringat, pakaian belum diganti.	
	10.00	4) Membimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien	Assesment : Masalah belum teratasi,	
		5) Membersihkan dan rapikan tempat tidur klien.	Planing : Intervensi 1-5 dilanjutkan.	

Hari/Tanggal: Selasa, 16 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	08.00	<ol style="list-style-type: none"> 1) Melakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif (PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Qualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 4-6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas 	<p>Jam 14.00wita</p> <p>Subyek : Pasien mengatakan masih Nyeri saat miring kiri atau kanan. Skala Nyeri 4-6 (sedang) Obyektif : Keluhan utama masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan. Assesment : Masalah belum teratasi. Planning : intervensi 1-5 dilanjutkan.</p>	
	09.10	<ol style="list-style-type: none"> 2) Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamanan 3) Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase) 		
	12.45	<ol style="list-style-type: none"> 4) Mendukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri, 5) Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman 6) Berkolaborasi pemberian analgetik analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, 		

	12.50	Cefotaxime 1 gr 1 amp		
	13.00			
Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi	09.00	1) Mengkaji adanya tanda – tanda infeksi	Jam 14.00	
	11.00	2) Memonitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental	Subyektif : Pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak .	
		tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan: 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C.	Obyektif : Keadaan umum pasien nampak lemah, tidak ada tanda – tan infeksi pada luka post op.	
	11.30	3) Melakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga	Rawat luka secara steril,Keadaan luka : baik , tidak ada bengkak, merah , tidak ada pus/nanah,Crt < 3 detik	
	12.00	4) Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi	Tanda-tanda vital: Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 36,5 °C, Pernapasan 2-x/menit.	
13.00	5) Berkolaborasi pemberian antibiotic. Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm	Assesment: Masalah belum teratasi.		

			Planning: Intervensi 1-5 dilanjutkan.	
Deficit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri	8.30	1) Mengganti pakaian yang kotor dengan yang bersih	Jam 14.00	
	09.30	2) Memberikan Hygiene Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri	Subyektif: Pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri	
	09.45	3) Memberikan pujian pada klien tentang kebersihannya	Obyektif: pasien kelihatan bersih karena sudah merawat diri dengan di bantu keluarga..	
	10.00	4) Membimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien	Assesment : Masalah teratasi sebagian.	
	10.30	5) Membersihkan dan rapikan tempat tidur klien.	Planing : Intervensi 2-5 dilanjutkan.	

Hari/Tanggal: Rabu,17 Juli 2019

Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Nyeri akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik	08.00	1) Melakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif,(PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Kualitas : Nyeri terasa seperti tertikam, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 4-6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul pada pagi dan malam hari saat aktivitas	Jam 14.00wita Subyek : Pasien mengatakan Nyeri berkurang saat beraktivitas. Skala Nyeri 2-3 (Ringan). Obyektif : Keluhan utama masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan. Assesment : Masalah belum teratasi. Planning : intervensi 1-5 dilanjutkan.	
	09.10	2) Mengobservasi adanya petunjuk nonverbal dari ketidaknyamana 3) Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase)		
	12.45	4) Mendukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri, 5) Membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman 6) Berkolaborasi pemberian analgetik		

	12.50	analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp		
Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi	09.00	1) Mengkaji adanya tanda – tanda infeksi	Jam 14.00	
	11.00	2) Memonitor TTV dan perhatikan, demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental,tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah 110/80 mmHg,Nadi: 88 x/menit,Pernapasan : 20 x/menit,Suhu tubuh: 37°C.	Subyektif : Pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak.	
	11.30	3) Melakukan teknik cuci tangan efektif bagi pasien dan keluarga	Obyektif : Keadaan umum pasien nampak lemah, tidak ada tanda – tan infeksi pada luka post op.	
	12.00	4) Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi	Rawat luka secara steril,Keadaan luka : baik , tidak ada bengkak, merah , tidak ada pus/nanah,Crt < 3 detik, tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah: 110/70 mmHg, Nadi: 80x/menit,	
	13.00	5) Berkolaborasi pemberian antibiotic. Ranitidin 50 gr 1 amp. Ringer Laktat infus 20 tpm	Suhu: 36 °C, Pernapasan 20 x/menit, Assesment: Masalah belum teratasi. Planning: Intervensi 1-5 dilanjutkan.	
Deficit	8.30	1) Mengganti pakaian	Jam 14.00	

perawatan diri berhubungan dengan Nyeri	09.30	yang kotor dengan yang bersih	Subyektif: Pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri Obyektif : pasien kelihatan bersih karena sudah merawat diri dengan di bantu keluarga. Assesment : Masalah teratasi sebagian Planing : Intervensi 3-5 dilanjutkan.
		2) Memberikan Hynege Edukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri	
	09.45	3) Memberikan pujian pada klien tentang kebersihannya	
		4) Membimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien	
	10.00	5) Membersihkan dan rapikan tempat tidur klien.	
	10.30		