

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN H.S. DENGAN POST OP
LAPARATOMY APENDIKSITIS AKUT PERFORASI DI
RUANGAN ASOKA RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES
KUPANG

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu Persyaratan untuk
Menyelesaikan Studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan
dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep.)



OLEH :

MELANCHTON CHRISTY MANAFE
PO.530320116362

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2019

KARYA TULULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN H.S. DENGAN POST OP
LAPARATOMY APENDIKSITIS AKUT PERFORASI DI
RUANGAN ASOKA RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES
KUPANG

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu Persyaratan untuk
Menyelesaikan Studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan
dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep.)



OLEH :

MELANCHTON CHRISTY MANAFE
PO.530320116362

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

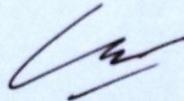
Nama : Melanchton Christy Manafe
NIM : PO.530320116362
Program Studi : DIII Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

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

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

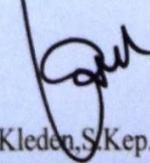
Kupang, 10 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



Melanchton Christy Manafe
NIM : PO.530320116362

Mengetahui
Pembimbing



Simon Sani Kleden, S.Kep.Ns.M.Kep
NIP. 197409061997032005

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Melanchton Christy Manafe NIM:
PO.530320116362 dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn H.S Dengan
post operasi laparotomy appendiksitis akut perforasi di Ruang Asoka RSUD.
PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG”

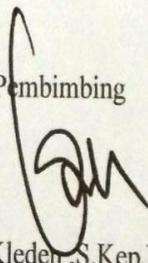
Disusun oleh



Melanchton Christy Manafe
NIM : PO.530320116362

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Didepan Dewan Penguji Prodi D III
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada tanggal, 10 Juni 2019

Pembimbing



Simon Sani Kleden, S.Kep.Ns.M.Kep
NIP. 197409061997032005

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Melanchton Christy Manafe dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn H.S Dengan post operasi laparotomy appendiksitis akut perforasi di Ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 10 Juni 2019

Dewan Penguji

Penguji I



Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep.Ns.MSN
NIP. 19910212201922001

Penguji II



Simon Sani Kleden, S.Kep.Ns.M.Kep
NIP. 197409061997032005

Mengesahkan

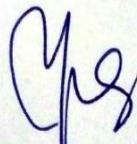
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi



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

BIODATA PENULIS

N a m a : Melanchton Christy Manafe
Tempat, Tanggal Lahir : Batuplat, 26 Juli 1970
Jenis Kelamin : Laki – Laki
Alamat : Jl. Air Terjun Kelurahan Batakte
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDN Batuplat 1984
2. Tamat SMPN 02 Kupang 1988
3. Tamat SPK Kupang 1990
4. Sejak tahun 2016, kulia di jurusan keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Motto :

“ Bagi Tuhan Tak ada yang Mustahil dan tak ada yang tak mungkin “

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis haturkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan anugerahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn H.S. Dengan post operasi Laparatomy appendiksitis akut perforasi Di Ruang soka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Penyusunan dan laporan ini dibuat dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis sadar bahwa dalam menyelesaikan laporan ini banyak mendapat dukungan baik secara moril maupun material dari berbagai pihak yang dengan caranya masing-masing membantu penulis demi keberhasilan penulisan laporan ini. Oleh karena itu penulis pada kesempatan ini mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Ibu. R.H Kristina, SKM.,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti ujian akhir program.
2. Bapak.Dr.FlorentianusTat,SKp,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti ujian akhir program.
3. Ibu. Margaretha Teli, S.Kep., Ns.,MSc-PH, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti ujian akhir program.
4. Bapak. Fransiskus Onggang, S.Kep,Ns.,MSc. selaku Dosen Pembimbing yang telah banyak memberi arahan, masukkan, bimbingan serta memberikan dukungan atau motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan ujian akhir program ini.
5. Simon Sani Kleden SKp,Ns.,M.Kep sebagai pembimbing yang telah banyak memberi arahan, masukkan, bimbingan serta memberikan dukungan atau motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan ujian akhir program ini.
6. Ibu Febtian Cendradevi Nugroho,S.Kep.Ns,MSN selaku penguji Institusi atas segala masukkan dan petunjuk sehingga pada akhirnya ujian akhir program ini dapat diselesaikan.
7. Ibu Yanti Ataupah. Skep,Ns Selaku penguji klinik yang telah memberikan masukan – masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di ruang Asoka RSUD Prof. DR. W Z Yohanes Kupang

8. Para dosen dan seluruh civitas Jurusan Keperawatahn Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah membekali penulis dengan sejumlah keterampilan dan pengetahuan selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
9. Ibu Antonia Nogo, SST,M.Kes sebagai kepala Puskesmas Batakte, semua rekan kerja Puskesmas Batakte. Yang telah dengan bijak mendukung baik dalam tugas akademik maupun tanggung jawab di puskesmas.
10. Anak Gabriela Kurnia Manafe dan Anak Jose Rizaldi Manafe sebagai Anak buah hati tercinta yang telah mendukung dan memotivasi sampai penulis menyelesaikan pendidikan DIII.
11. Adik Maya, dan Olga ,anak terkasih Epies, Daveli,, anak Missela, Marselo, Kesya, Jesica yang memberi semangat kepada penulis sehingga penulis bersemangat menyelesaikan pendidikan DIII.
12. Sahabat-sahabat terbaik yang saya sayangi Ibu Mathelda, Ibu Oliva, Ni komang Ari, Sherli Illu, yusti, hellen, helenora, mache, mery margy juan Nggebu, yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan pendidikan DIII. .
13. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah berjasa bagi penulis dalam menyelesaikan ujian akhir program ini.

Penulis menyadari bahwa laporan studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak masih dibutuhkan penulis demi penyempurnaan. Laporan studi ksus ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pembaca dan semua yang berkepentingan.

Kupang, Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

JUDUL	Halaman
Halaman Sampul dalam	i
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat Gelar	ii
Persyaratan Keaslian Penulisan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan	v
Riwayat hidup / Biodata Penulis	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	x
Abstrak	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Tabel dan gambar	xiv
BAB. 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan Studi Kasus	3
1.3. Manfaat Studi Kasus	3
BAB. 2 TINJAUAN PUSAKA	5
2.1 Konsep Apprndiksitis	5
2.1.1 Pegertian	5
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi Klinis	9
2.1.4 Pathway	11
2.1.5 Komplikasi	11
2.1.6 Penatalaksanaan Appendisitits	12
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik dan Penunjang	12
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Appendiksitis	15
2.2.1 Pengkajian	15
2.2.2 Diagnosa	21

2.2.3 Perencanaan	22
2.2.4 Pelaksanaan	25
2.2.5 Evaluasi	25
BAB. 3. HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	26
3.1 Hasil Studi Kasus	26
3.2 Pembahasan	35
BAB. 4. KESIMPULAN DAN SARAN	42
4.1 Kesimpulan	42
4.2 Saran	43
DAFTAR PUSTAKA	45
LAMPIRAN	

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN H.S. DENGAN POST OPERASI
LAPARATOMY APPENDISITIS AKUT PERFORASI DI RUANG ASOKA
RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG.

Nama : Melanchton Christy Manafe,
N i m : PO.530320116362

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. Insidennya 120/100.000 pertahun, dengan pasien yang terbanyak adalah rentang usia 17-64 tahun yaitu sebesar 82,18% dengan kejadian yang paling banyak terjadi adalah appendisitis akut tanpa penyulit (simple appendicitis) 54,46%. Rasio insiden appendisitis antara laki-laki dan perempuan 1:1. Kasus appendisitis akut sama banyaknya antara wanita dan laki-laki pada masa prapuber, jarang terjadi pada balita, meningkat pada pubertas, dan mencapai puncaknya pada saat remaja awal usia 20 tahun, sedangkan pada masa remaja dan dewasa rasionya menjadi 3:2 (Siswono, 2006).. Masalah Appendisitis Akut dianggap penting karena menurut Data Register RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, jumlah pasien yang dirawat di ruangan Asoka pada tahun 2018 hingga 2019 adalah 16 orang dengan jenis kelamin laki-laki 10 kasus perempuan 6 kasus, diantaranya terdapat kasus perforasi 5 kasus dengan usia rata – rata 20 tahun ke atas hingga 60 tahun.

Tujuan penulisan adalah penerapan asuhan keperawatan pada pasien, melakukan pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, mampu menyusun rencana keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melakukan pelaksanaan pada pasien serta mampu melakukan evaluasi implementasi pada pasien sirosis hepatitis. Penulisan ini berupa studi kasus menggunakan pendekatan proses keperawatan terhadap 1 orang laki-laki yang terkena Post operasi Appendisitis Akut Perforasi di rumah sakit.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Appendisiti Akut, perforsi, Post Op Laparatomy*

Daftar Lampiran

Lampiran 1 Format Pengkajian dan Askep Appendiksitis

Lampiran 2 Bukti Proses Bimbingan Dosen

Lampiran 3 Jadwal Kegiatan Ujian Akhir Program Tahun Ajaran 2019

Daftar Gambar

Gambar 1. Pathway Appendiksitis

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 kesehatan (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 pemulihan pasien bergantung pada seberapa dini penegakan diagnosis Appendiksitis akut, derajat inflamasi, dan penggunaan metode bedah terbuka atau laparoskopi (Price & Wilson, 2006).

Appendiksitis akut merupakan kedaruratan bedah abdomen yang paling sering dilakukan di Amerika Serikat dengan lebih dari 250,000 appendektomi dikerjakan setiap tahunnya. Insiden Appendiksitis akut puncaknya pada dekade pertama dan kedua kehidupan; jarang terjadi pada usia sangat muda atau tua. Namun, perforasi sering terjadi pada anak-anak dan umur lanjut, dimana periode ini merupakan angka tertinggi pada mortalitas. Pria dan wanita sama-sama dapat terkena, kecuali pada antara umur pubertas dan umur 25 tahun, dimana pria dominan dengan rasio 3:2. Insiden Appendiksitis akut cenderung stabil di Amerika Serikat selama 30 tahun terakhir, sementara insiden Appendiksitis akut lebih rendah pada

negara berkembang dan negara terbelakang, terutama negara-negara Afrika, dan lebih jarang pada kelompok ekonomi rendah (Akbar, 2008).

Kasus Appendiksitis akut di RSUD Prof. DR. WZ Yohanes Kupang khususnya di ruang perawatan bedah kelas 2 laki-laki di ruang Asoka tercatat jumlah kasus Appendiksitis akut tahun 2018 - 2019 terdapat 16 kasus dengan rasio Laki – laki lebih dominan, Laki-laki 10 orang dan perempuan 6 orang. Diantaranya terdapat 5 kasus perforasi dengan tindakan Laparatomi.

Laparatomi merupakan tindakan dengan memotong pada dinding abdomen dan merupakan penatalaksanaan pada Appendiksitis akut. Laporan Depkes RI (2007) menyatakan laparatomi meningkat dari 162 pada tahun 2005 menjadi 983 kasus pada tahun 2006 dan 1.281 kasus pada tahun 2007. Komplikasi pada pasien post laparatomi adalah Nyeri yang hebat, perdarahan, bahkan kematian. Post operasi laparatomi yang tidak mendapatkan perawatan maksimal setelah pasca bedah dapat memperlambat penyembuhan dan menimbulkan komplikasi (Depkes, 2010).

Asuhan Keperawatan Appendiktomi, 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 tentang Appendiksitis 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 akut.

1.2 Tujuan penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan post op laparotomi Appendiksitis akut Akut perforasi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

- 1) Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. H.S dengan Post Op Laparotomi Appendiksitis akut Perforasi
- 2) Penulis mampu menentukan diagnosa keperawatan pada Tn. H.S dengan Post Op Laparotomi Appendiksitis akut Perforasi
- 3) Penulis mampu menentukan intervensi keperawatan pada Tn. H.S dengan Post Op Laparotomi Appendiksitis akut Perforasi
- 4) Penulis mampu melakukan implementasi pada Tn. H.S dengan Post Op Laparotomi Appendiksitis akut Perforasi
- 5) Penulis mampu melakukan evaluasi pada Tn. H.S dengan Post Op laparotomi Appendiksitis Akut Perforasi

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi RSUD. Prof.DR. W Z Yohannes Kupang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pemikiran dan acuan kepada para perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan secara komprehensif pada pasien appendikitis perforasi post op laparotomi.

Bagi Politekes Kemenkes Kupang Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi yang berguna untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan serta sebagai bahan pemikiran dan acuan bagi mahasiswa dalam memberikan asuhan sejenis dimasa yang akan datang.

1.3.2 Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini sebagai penerapan teori yang didapat dibangku kuliah dan mengaplikasinya di lapangan yang kemudian berguna dan bermanfaat serta dapat menambahkan wawasan dan pengetahuan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

1) Konsep Appendiksitis akut

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), Appendiksitis 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 Appendisistis

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

1) **Appendiksitis akut akut.**

Appendiksitis akut adalah jenis appendiksitis yang paling sering memerlukan pembedahan dan paling sering menimbulkan kesukaran dalam memastikan diagnosanya, karena banyak kelainan menunjukkan tanda –tanda seperti appendiksitis akut. Terdapat tiga jenis appendiksitis akut, yaitu :

1. Appendiksitis 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. Appendiksitis akut purulenta (supuratif), disertai pembentukan nanah yang berlebihan.
3. Appendiksitis ganggrenosa terjadi jika radangnya lebih mengeras, dapat terjadi nekrosis dan pembusukan disebut.

Appendiksitis akut dapat disebabkan oleh trauma, misalnya pada kecelakaan atau operasi, tetapi tanpa lapisan eksudat dalam rongga maupun permukaan apendiks. Appendiksitis 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 Appendiksitis 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.

2) **Appendiksitis akut kronik.**

Gejala umumnya samar dan lebih jarang. Appendiksitis akut jika tidak mendapat pengobatan dan sembuh dapat menjadi appendiksitis kronis. Terdapat dua jenis appendiksitis, 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 Appendiksitis 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 Appendiksitis 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 Appendiksitis 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 elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intra lumen. Tekanan tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema dan ulserasi 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 ganggrenosa, Apabila aliran arteri terganggu maka akan terjadi infark dinding apendiksitis yang diikuti ganggren.
- c. Apendiksitis perforasi. dinding apendiks menjadi rapuh dan akan terjadi perforasi.
- d. Infiltrat apendikularis. Terjadi apabila proses peradangan berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks

Pada anak - anak karena omentum lebih pendek dan apendiks 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 / Penyebab

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

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

Patofisiologi

Apendiksitis 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).

2.1.3 Manifestasi Klinik

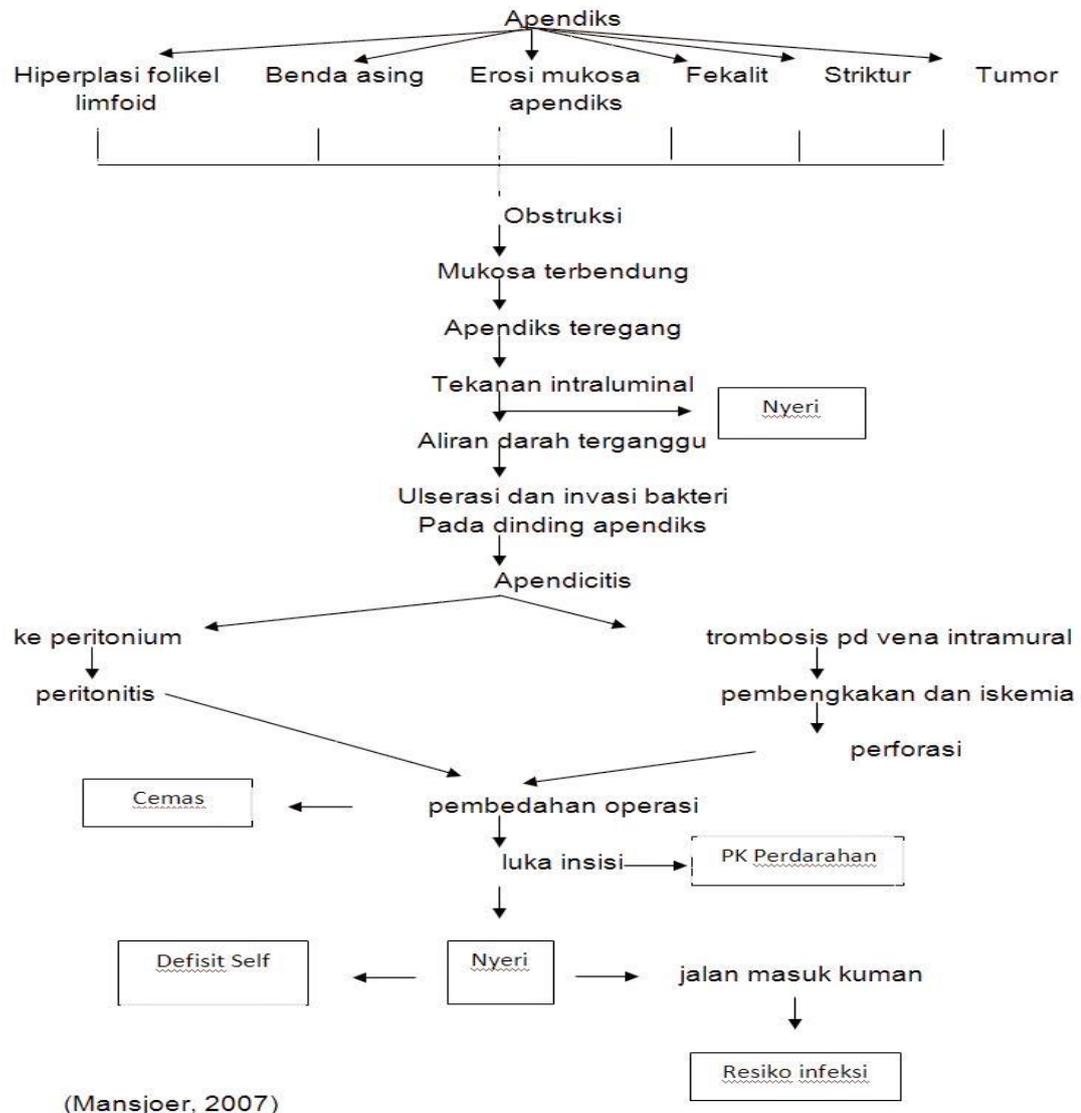
Appendiksitis akut akut sering tampil dengan gejala yang khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, Nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Pada apendiks yang terinflamasi, Nyeri tekan dapat 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 Patway Appendiksitis



2.1.5 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).

2.1.6 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. Apendektomi (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. Apendektomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum atau spinal, secara terbuka ataupun dengan cara laparoskopi yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif. Bila apendektomi terbuka, insisi Mc.Burney banyak dipilih oleh para ahli bedah.

Pada penderita yang diagnosisnya tidak jelas sebaiknya dilakukan observasi dulu. Pemeriksaan laboratorium dan ultrasonografi bisa dilakukan bila dalam observasi masih terdapat keraguan. Bila terdapat laparoskop, tindakan laparoskopi 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 Pemeriksaan Diagnostik/ Penunjang

- Sel darah putih : lekositosis diatas 12000/mm³, netrofil meningkat sampai 75%
- Urinalisis : normal, tetapi eritrosit/leukosit mungkin ada
- Foto abdomen/ USG : Adanya pergeseran material pada apendiks (fekalis) ileus terlokalisir
- Tanda rovsing (+) : dengan melakukan palpasi kuadran bawah kiri yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa dikuadran 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 laparoskopik 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

Operasi

Bila diagnosa sudah tepat dan jelas ditemukan appendikitis tindakan yang dilakukan adalah operasi membuang appendiksitis (apendektomi). Penundaan apendektomi dengan pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses appendiksitis dilakukan drainage (mengeluarkan nanah). Alternatif lain operasi pengangkatan usus buntu yaitu dengan cara bedah laparoskopik.

Operasi ini dilakukan dengan bantuan video camera yang dimasukkan ke dalam rongga perut sehingga jelas dapat melihat dan melakukan apendektomi dan juga dapat memeriksa organ-organ di dalam perut lebih lengkap selain apendiks. Keuntungan bedah laparoskopik ini selain yang disebut diatas, yaitu luka operasi lebih kecil, biasanya antara satu dan setengah sentimeter sehingga secara kosmetik lebih baik (Sanyoto, 2007).

Adapun pendapat lain, adalah sebagai berikut

Penatalaksanaan Appendiksitis tergantung dari Nyeri Appendiksitis akut atau kronis. Penatalaksanaan bedah ada dua cara yaitu non bedah (non surgical) dan pembedahan (surgical)

1. Non bedah (non surgical)

Penatalaksanaan ini dapat berupa :

- a. Batasi diet dengan makan sedikit dan sering (4 - 6 kali sehari)
- b. Minum cairan adekuat pada saat makan untuk membantu proses pasase makanan
- c. Makan perlahan dan mengunyah sempurna untuk menambah saliva pada makanan
- d. Hindari makan bersuhu ekstrim, pedas, berlemak, alkohol, kopi, coklat, dan jus jeruk
- e. Hindari makan dan minum 3 jam sebelum istirahat untuk mencegah masalah refluks nonturnal
- f. Tinggikan kepala tidur 6-8 inchi untuk mencegah refluks nonturnal
- g. Turunkan berat badan bila kegemukan untuk menurunkan gradient tekanan gastro
- h. Esophagus
Hindari tembakau, salisilat, dan fenibutazon yang dapat memperberat esofagitis.

2. Pembedahan

Yaitu dengan appendektomi Operasi Appendiksitis akut dapat dipersiapkan hal - hal sebagai berikut : Insisi transversal 5 cm atau

oblik dibuat diatas titik maksimal Nyeri tekan atau massa yang dipalpasi

pada fosa iliaka kanan Otot dipisahkan ke lateral rektus abdominalis. Mesenterium apendikular dan dasar apendiks diikat dan apendiks diangkat. Tonjolan ditanamkan ke dinding sekum dengan menggunakan jahitan purse string untuk meminimalkan kebocoran intra abdomen dan sepsis. Kavum peritoneum dibilas dengan larutan tetrasiklin dan luka ditutup. Diberikan antibiotik profilaksis untuk mengurangi luka sepsis pasca operasi yaitu metronidazol suppositoria (Syamsuhidayat, 2004)

2.2 Konsep Teori Asuhan Keperawatan Appendiksitis akut

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.

1. Biodata

Identitas klien : nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku / bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat dan nomor register.

2. Lingkungan

Dengan adanya lingkungan yang bersih, maka daya tahan tubuh penderita akan lebih baik daripada tinggal di lingkungan yang kotor.

3. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Nyeri pada daerah kuadran kanan bawah, Nyeri sekitar umbilikus.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat operasi sebelumnya pada kolon.

c. 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.

4. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

Pada Appendiksitis akut sering ditemukan adanya abdominal swelling, sehingga pada pemeriksaan jenis ini biasa ditemukan distensi abdomen.

b. 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).

c. 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

d. 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

androtasi 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).

5. Perubahan pola fungsi

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

a. Aktivitas / istirahat

Gejala : Malaise.

b. Sirkulasi

Tanda : Takikardi.

c. Eliminasi

Gejala : Konstipasi pada awitan awal. Diare (kadang-kadang).

Tanda : Distensi abdomen, Nyeri tekan / Nyeri lepas, kekakuan.

: Penurunan atau tidak ada bising usus.

d. Makanan / cairan

Gejala : Anoreksia. : Mual/muntah.

e. 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 terlentang 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.

f. Pernapasan

Tanda : Takipnea, pernapasan dangkal.

g. Keamanan

Tanda : Demam (biasanya rendah).

6. 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.

Analisa Data :

No	Analisa data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien mengatani Nyeri di daerah operasi. <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">• Saat pengkajian dari hasil observasi• Pasien tampak gelisah wajah meringis menahan sakit.• Nyeri rasa tertusuk muncul saat aktivitas /mobilisasi• Nyeri Skala 6 rentang dari(1 sampai 10)• Terpasang Drainase pada perut kanan bawah (jumlah cairan kurang lebih 5 cc dalam kantong)• Terpasang kateter fowly. Jalan lancar jumlah urine 500 cc• IVFD RL tetes 20x/Menit	Agen cedera fisik	Nyeri Akut

	<p>Terpassang pada tangan kanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • T: 37,20C. • RR: 28x/m, • Tekanan Darah: 120/80 • Nadi: 90x/m. 		
2	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan terdapat terdapat luka post laparatomi <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Saat pengkajian dari hasil observasi ○ Terpasang Drain di perut kanan bawah . ○ Luka bekas Operasi daerah abdomen. ○ IVFD RL gtt 20x/Menit ○ T: 37,2⁰C. ○ RR: 22x/m, ○ Tekanan Darah: 120/80 ○ Nadi: 90x/m. ○ Nyeri Skala 6 ○ Hasil laboratorium : ○ Lekosit: 13,28% 10³/ul,(normal 4.0 – 10.0) ○ Tanda Infeksi: ○ Rubor (-), color(-), dolor (-), tumor (-) 	<p>Pembedahan operasi</p> <p>Luka Insisi</p>	<p>Resiko Infeksi</p>

3	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan Nyeri saat bergerak/ aktivitas <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan Umum : Lemah, Nampak tirah baring dan jarang bergerak. - Kesadaran : Compos Mentis (Eye : 4, Verbal: 5 Motorik : 6) - ADLs dibantu keluarga ○ IVFD RL gtt 20x/Menit ○ T: 37,2⁰C. ○ RR: 28x/m, ○ Tekanan Darah: 120/80 ○ Nadi: 90x/m. <p>Tingkat ketergantungan : III (Total care)</p>	Nyeri abdomen	Deficit perawatan diri
---	---	---------------	------------------------

2.2.2. Diagnosa yang mungkin muncul (menurut NANDA 2015)

1. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik
2. Resiko Infeksi berhubungan dengan Luka insisi.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri Post Operasi

2.2.3 Rencana Keperawatan Post Operasi

Diagnosa keperawatan 1 (pertama)

Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Cedera Fisik (luka insisi post operasi appendiktomi).

Domain : 12, Kenyamanan

Kode : 00132

Kelas 1 ; Kenyamanan Fisik

(rasa sejahtera atau nyaman dan atau bebas dari Nyeri)

NOC :

- a. Tingkat Nyeri
- b. Kontrol Nyeri
- c. Tingkat Kenyamanan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan Nyeri berkurang dengan Kriteria Hasil:

- 1) Melaporkan Nyeri berkurang
- 2) Klien tampak rileks
- 3) Dapat tidur dengan tepat
- 4) Tanda-tanda vital dalam batas normal
- 5) Tensi (systole 120-110mmHg, diastole 70-90mmHg), nadi (60-100x/menit), pernapasan (16-24x/menit), suhu (36,5-37,50C)

NIC :

Managemen Nyeri ;

- 1) Kaji skala Nyeri lokasi, karakteristik dan laporkan perubahan Nyeri mmdengan tepat.

Rasional :

Berguna dalam pengawasan dan keefesien obat, kemajuan penyembuhan,perubahan dan karakteristik Nyeri.

- 2) Monitor tanda-tanda vital

Rasional : Deteksi dini terhadap perkembangan kesehatan pasien.

3) Pertahankan istirahat dengan posisi semi Fowler

Rasional :

Menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang.

4) Dorong ambulasi dini.

Rasional :

Meningkatkan kormolisasi fungsi organ.

5) Berikan aktivitas hiburan.

Rasional :

Meningkatkan relaksasi.

6) Kolaborasi tim dokter dalam pemberian analgetika.

Rasional :

Menghilangkan Nyeri.

Diagnosa Keperawatan ke 2 (dua)

Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi post pembedahan

Domain : 11 Keamanan atau perlindungan

Kode : 00004

Kelas 1 : Infeksi (respons host setelah invasi patogenik)

Faktor resiko : Prosedur invasi

•Pertahanan tubuh tidak adekuat :

a) Merokok

b) Gangguan integritas kulit

NOC :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil:

- 1) Klien bebas dari tanda-tanda infeksi
- 2) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- 3) Nilai leukosit (4,5-11ribu/ul)

NIC :

- 1) Kaji adanya tanda-tanda infeksi pada area insisi
Rasional : Dugaan adanya infeksi
- 2) Monitor tanda-tanda vital. Perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental
Rasional: Dugaan adanya infeksi/terjadinya sepsis, abses, peritonitis
- 3) Lakukan teknik isolasi untuk infeksi enterik, termasuk cuci tangan efektif.
Rasional: mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain.
- 4) Pertahankan teknik aseptik ketat pada perawatan luka insisi / terbuka, bersihkan dengan betadine.
Rasional : mencegah meluas dan membatasi penyebaran organisme infeksi / kontaminasi silang.
- 5) Awasi / batasi pengunjung dan siap kebutuhan.
Rasional: Menurunkan resiko terpajan.
- 6) Kolaborasi tim medis dalam pemberian antibiotik
Rasional :
Terapi ditunjukkan pada bakteri anaerob dan hasil aerob gra negatif.

Diagnosa Ke 3 (Tiga)

Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Nyeri pada luka post operasi.

Domain : 4 Aktifitas dan istirahat.

Kode : 00108, 000110

Kelas : 5 Perawatan diri (mandi , berpakaian)

Batasan karakteristik :

- Ketidak mampuan membasuh tubuh
- Hambatan mengenakan pakaian pada tubuh

NOC :

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

- 1) klien bebas dari bau badan
- 2) klien tampak bersih
- 3) Aktifitas sehari – hari klien dapat mandiri atau dengan bantuan

NIC :

- 1) Mandikan pasien setiap hari sampai klien mampu melaksanakan sendiri serta mentikat gigit dan potong kuku klien.
Rasional : Agar badan menjadi segar, melancarkan peredaran darah dan meningkatkan kesehatan.
- 2) Ganti pakaian yang kotor dengan yang bersih.
Rasional : Untuk melindungi klien dari kuman dan meningkatkan rasa nyaman
- 3) Berikan Hynege Edukasipada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri.
Rasional : Agar klien dan keluarga dapat termotivasi untuk menjaga personal hygiene.
- 4) Berikan pujian pada klien tentang kebersihannya.
Rasional: Agar klien merasa tersanjung dan lebih kooperatif dalam kebersihan
- 5) Bimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien
Rasional : Agar keterampilan dapat diterapkan
- 6) Bersihkan dan rapikan tempat tidur klien.
Rasional : Klien merasa nyaman dengan tenun yang bersih serta mencegah terjadinya infeksi.

2.3. Implementasi keperawatan

Implementasi disesuaikan dengan intervensi yang dibuat

2.4. Evaluasi Keperawatan.

Evaluasi disesuaikan dengan Kriteria hasil yang ditetapkan

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Kasus

Pada tanggal 27-05-2019 mulai dilakukan pengkajian kasus di Ruang Asoka D 2 RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pasien berinisial Tn. H.S berusia 18 tahun, berdomisili di Alak . Pendidikan terakhir SMA, belum menikah, status pelajar, beragama Kristen, Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 22-05-2019 dengan diagnosa medis Appendiksitis akut Akut Perforasi. Sumber informasi didapat dari pasien sendiri, keluarga, catatan medic, dan catatan perawatan. Pengkajian dilaksanakan setelah 3 hari perawatan post op.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

Saat dikaji pasien mengatakan terasa Nyeri di bagian perut, karena akibat dari Luka post op App hari ke 3. Nyeri terasa seperti tertikam pada area perut bagian kanan bawah dan bagian tengah , dengan skala 6 (sedang), dan Nyeri hilang timbul biasanya muncul pada pagi dan malam hari. Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami sakit berat, hanya, demam, batuk pilek,. Pasien tidak pernah berobat ke fasilitas kesehatan karena kadang sakit sembuh/ hilang sendiri. Pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat alergi. Pasien mengatakan kadang-kadang mengkonsumsi kopi 2 gelas sehari, dan juga memiliki kebiasaan merokok, 1 bungkus sehari, minum alkohol kurang lebih 10x dalam sebulan.

Pada pengkajian fisik didapatkan data berupa tanda-tanda vital: Tekanan Darah 120/80 mmHg, Nadi: 90x/menit, Pernapasan: 28 x/menit, Suhu tubuh: 37,2°C. Selain itu saat pemeriksaan ditemukan: konjungtiva tidak anemi, wajah tampak pucat, CRT < 3, minum dalam sehari dibatasi yaitu kurang lebih 250 cc (1 gelas aqua)pasien dibatasi minum bertahap . Cairan parental kurang lebih 500 cc, BAK terpasang

kateter dalam sehari 1000 cc pada urine bag dengan warna kuning kecoklatan. Dari data laboratorium, pada pemeriksaan darah didapatkan Hemoglobin 14,8 g/dL (normalnya 13,0-18,0 g/dL), jumlah eritrosit: $5,34 \times 10^6/\text{ul}$ (normalnya $4,50-6,20 \times 10^6/\text{ul}$), hematokrit: 40.3 % (normalnya 40,0-54,0%), MCV: 76,9 fL (normalnya 81,0-96,0 fL), RDW-CV:12,1 % (normalnya 11,0-16,0%), RDW-SD: 34,4 fL (normalnya 37-54 fL) jumlah Lekosit : $13,28 \times 10^3/\text{ul}$, (normalnya $4.0 - 10.0$) Eosinofil 0,4 (normalnya 1,0 – 5,0 %) Netrofil 87,2 (normalnya 50 -70 %). Limfosit 6,2 % (20 – 40 %) ,Jumlah Netrofil $11.58 \times 10^3/\text{ul}$, Jumlah Limfosit $0,82 \times 10^3/\text{ul}$ (normalnya 1.00 – 3.70), Jumlah Monosit $0,79 \times 10^3/\text{ul}$ (normalnya $0.00-0.70 \times 10^3/\text{ul}$) Dari pemeriksaan. Pengobatan yang diberikan untuk pasien sejak pasien masuk pre operai dan post operasi sampai hari ini tanggal 27-05-2019 adalah IVFD Metrodinazol 100cc, 500 mg tiap 8 jam, 30 tpm, IVFD Ringer laktat 500 cc,20 tpm inj.Cefotaxime 2x 1 gr IV . Atrain 3x 1 gr. Iv. Ranitidi 2x 50 mg, Ketorolac 3x 30 mg

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

1, Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian pada pasien maka didapatkan masalah pertama adalah Nyeri Akut berhubungan dengan Agen cedera fisik . Masalah dan penyebab tersebut diangkat berdasarkan data subyektif yaitu: pasien mengatakan Nyeri pada luka post operasi Data obyektif: Keadaan umum, tampak lemah, pasien tampak gelisah, rawut wajah meringis menahan sakit, pasien mengatakan Nyeri dibagian perut, Data obyektif : (PQRST) Provokatif : Nyeri muncul karena luka post op App, Kualitas : Nyeri terasa seperti tertusuk- tusuk, Region : Nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, Skala : skala Nyeri 6 (Nyeri sedang) , Timing : Nyeri Akut muncul saat aktivitas, Mobilisasi di miring kiri dan kanan,duduk,

,durasi 20 detik,TTV ; Tensi; 120/80 Nadi; 90x/menit, Suhu ; 37,2 oC, Respirasi; 28x/menit

Masalah kedua yaitu resiko Infeksi berhubungan dengan Luka insisi post op App. yang didapat dari data subyektif: pasien mengatakan ia merasa sakit pada perut ketika bergerak, dan data obyektif: 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 bagian tengah kurang lebih 15 cm dengan 11 jahitan dan tertutup kasa steril , bising usus 16 x /m, flactus sudah 4-5 x, palpasi perut teraba tegang.

Masalah ketiga yaitu Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri luka operasi. Masalah tersebut didapatkan berdasarkan data Subyektif: pasien mengatakan ingin bangun duduk tapi perut terasa Nyeri ketika bergerak atau berpindah. data Obyektif ; Badan bau keringat, pakaian belum diganti, kuku panjang sejak masuk rumah sakit, tempat tidur kotor tidak rapi.

2. Perumusan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data yang telah dibuat maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan 1.Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik. 2. Resiko Infeksi berhubungan dengan Luka insisi 3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri pada luka post op

3.1.4 Intervensi

Diagnosa Keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera Fisik . Domain 12: kenyamanan kelas: 1: Kenyamanan fisik. 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: lakukan pengkajian Nyeri yang komprehensif, ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, cerita hiburan, aplikasi panas/dingin dan masase), dukung istirahat / tidur yang adekuat untuk menurunkan Nyeri, bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman, kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa ke 2 : Resiko infeksi berhubungan luka insisi . Domain II: keamanan / perlindungan , kelas 1: infeksi. luaran : 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). Outcome: 1.Pasien bebas dari tanda – tanda infeksi, 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, 3. Nilai leukosit (4,5 – 10 ribu/ ul) intervensi : 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 antibiotik

Diagnosa keperawatan 3: Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri . Domain 4: Aktivitas / istirahat , kelas 5: Perawatan diri. Outcome: Pasien bebas dari bau badan, 2. Pasien tampak bersih. 3. ADLs Pasien dapat mandiri atau dengan bantuan . Intervensi: 1. Memandikan/ melap pasien ditempat tidur, Menyikat gigi dan potong kuku.2. Megganti pakaian pasien, 3 Memberika edukasi pada pasien dan keluarga tentang Personal hygiene. 4. Membersihkan dan merapikan tempat tidur pasien.

3.1.5 Implementasi

Tanggal 27 Mei 2019

Diagnosa Keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera Fisik .jam 08.00 .BHSP bina hubungan baik dengan pasien dan keluarga, kaji Nyeri pasien, jam 08.10 melayani obat injeksi, analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp, Ranitidin 50 gr 1 amp. Metronidazol infus 100 cc 30 tpm, jam 08.30 mengatur posisi semi fowler pada pasien. Memotivasi pasien ambulasi dini.mengajarkan teknik relaksasi non farmakologi napas dalam,

Diagnosa keperawatan 2: Resiko Infeksi . Jam 10.00: merawat luka pasien dengan Prinsip steril jam 12.00 mengukur tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu: 36,5°C, Pernapasan 22x/menit.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Nyeri .Jam 08.00: Jam 08.30 membantu pasien mandi di tempat tidur, mengganti baju dan mengganti alat tenun pasien.

Tanggal 28-05-2019

Diagnosa keperawatan 1: Diagnosa Keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik . jam 08.00 kaji Nyeri pasien, , jam 08.15 melayani obat injeksi, analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp, Ranitidin 50 gr 1 amp. Metronidazol infus 100 cc 30 tpm,

Diagnosa keperawatan 2: Resiko Infeksi . Jam 10.00: merawat luka pasien dengan Prinsip steril jam 12.00 mengukur tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36 °C, Pernapasan 18x/menit. Melepas kateter sesuai instruksi dokter, jumlah cairan 500 cc, warna kuning.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Nyeri . Jam 08.00: Jam 08.30 membantu pasien mandi di tempat tidur, mengganti baju secara mandiri, dengan dibantu keluarga,

Tanggal 29-05-2019

Diagnosa keperawatan 1: Diagnosa Keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera Fisik . jam 08.00 . kaji Nyeri pasien, skala Nyeri 4 (ringan) , jam 08.10 melayani obat injeksi, analgetik ketorolac 30mg 1 amp IV, Cefotaxime 1 gr 1 amp, Ranitidin 50 gr 1 amp. Metronidazol infus 100 cc 30 tpm,

Diagnosa keperawatan 2 : Resiko Infeksi . Jam 10.00 : merawat luka pasien dengan Prinsip steril jam 12.00 mengukur tanda - tanda vital pasien, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi: 88x/menit, Suhu: 36°C, Pernapasan 20x/menit.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Nyeri . Jam 08.00: Jam 08.30 membantu pasien mandi di tempat tidur, mengganti baju , menyikat gigi.

Tanggal 30-05-2019

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera Fisik . jam 08.00 .kaji Nyeri pasien, obat injeksi distop ganti dengan obat oral.

Diagnosa keperawatan 2: Resiko Infeksi . Jam 08.30: merawat luka pasien dengan Prinsip steril jam ,warna kuning bening 09.00 melepas Drain sesuai instruksi dokter , jumlah cairan 4 ccjam 12.00 mengukur tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36,5°C, Pernapasan 18 x/menit.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Nyeri . Jam 08.00: Jam 08.30 pasien dapat mandi di tempat tidur, mengganti baju sendiri dengan dibantu keluarga, Tn. H.S diperbolehkan pulang oleh dokter.

3.1.5 Evaluasi

Tanggal 27-05-2019

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik Jam 14.00 wita Subyektif : pasien mengatakan masih Nyeri saat miring kiri atau kanan . Skala Nyeri 6 (sedang) Obyektif : ku masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan, Assesment : masalah belum teratasi, Planing : intervensi 1-5 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2: resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi Subyektif : pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak . Obyektif : 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, Drain terpasang baik cairan 5 cc, Crt < 3 detik, bising usus 16 x/m , tanda - tanda vital: tekanan darah 110/80mmhg, nadi: 82x/menit, suhu: 36,5^oc, pernapasan 22x/menit. A: masalah belum teratasi. P: intervensi 1-6 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri . Subyektif: pasien mengatakan badan lebih segar setelah mandi . Obyektif : pasien kelihatan bersih dan rapi, pasien mulai berlatih merawat diri dengan di bantu keluarga Assesment : Masalah teratasi. Sebagian Planing : intervensi intervensi 1-5 dilanjutkan.

Tanggal 28-05-2019

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik . Jam 14.00 wita Subyektif : pasien mengatakan masih Nyeri saat miring kiri atau kanan . Skala Nyeri 6 (sedang) Obyektif : Keadaan umum masih lemah kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini miring kiri dan kanan, Assesment: Masalah belum teratasi, Planing : intervensi 1-5 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2: Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi Subyektif : pasien mengatakan perut masih sakit jika bergerak .Obyektif

: 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, Drain terpasang baik cairan 5 cc, crt < 3 detik, bising usus 12 x/m , tanda - tanda vital: tekanan darah 110/80 mmhg, nadi: 82x/menit, suhu: 36,5^oc, pernapasan 22x/menit. Assesment : Masalah belum teratasi. Planing : intervensi 1-6 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri . Subyektif : pasien mengatakan badan lebih segar setelah mandi . Obyektif : Pasien kelihatan bersih dan rapi, pasien mulai berlatih merawat diri dengan di bantu keluarga Assesment : Masalah teratasi. Sebagian Planing : intervensi intervensi 1-5 dilanjutkan.

Tanggal 29-05-2019

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik Subyek : Pasien mengatakan Nyeri berkurang saat aktivitas . Skala Nyeri 4 (ringan) Obyektif : Keadaan umum baik kesadaran composmentis, pasien dan keluarga melakukan ambulasi dini duduk dan berjalan , Assesment: Masalah teratasi, Planing : Intervensi di hentikan pasien pulang

Diagnosa keperawatan 2: Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi Subyektif : pasien mengatakan luka sudah diganti venban . Obyektif : keadaan umum pasien nampak lemah, tidak ada tanda – tanda infeksi pada luka post op. Rawat luka secara steril, keadaan drain baik cairan 8 cc, mengaff drain rawat luka drain bersihkan dan tutup dengan kassa steril kemudian diplester.

Keadaan luka : Baik , tidak ada bengkak, merah , tidak ada pus/ nanah, bising usus 14 x/m , tanda-tanda vital: tekanan darah 110/80mmhg, nadi: 80 x/menit, suhu: 36,^oc, pernapasan 22x/menit. Assesment : Masalah teratasi. Planing : intervensi dihentikan pasien pulang

Diagnosa keperawatan 3: defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri . Subyektif : pasien mengatakan bisa melakukan aktivitas secara mandiri dengan dibantu keluarga . Obyektif : Pasien kooperatif berlatih merawat diri dengan di bantu keluarga Assesment : Masalah teratasi. Planing : intervensi dihentikan

Tanggal 30-05-2019

Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik Nyeri pasien, berkurang pada skala 3 (tiga) obat injeksi distop ganti dengan obat oral.

Diagnosa keperawatan 2: Resiko Infeksi . Jam 08.30: merawat luka pasien observasi tidak ada tanda – tanda infeksi, dan tidak terjadi infeksi pada luka post op jam, 09.00 melepas Drain sesuai instruksi dokter , jumlah cairan 4 cc jam 12.00 mengukur tanda - tanda vital pasien, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36,5°C, Pernapasan 18 x/menit.

Diagnosa keperawatan 3: Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Nyeri Subyektif : pasien mengatakan nyeri berkurang. Obyektif : berkurangnya nyeri pada skala ; 3 (tiga) maka pasien dapat melakukan aktivitas sehari – hari sendiri secara mandiri walau masih dibantu keluarga, pasien kelutan bersih, pakaian rapi, lingkungan tempat tidur bersih. Assesmen : Masalah teratasi , *Tn. H.S diperbolehkan pulang oleh dokter*. Planing : intervensi dihentikan

Pasien pulang :

(*Komunikasi Informasi Edukasi*) kepada pasien dan keluarga tentang ;

- Cara perawatan luka di rumah
- (jaga luka tetap kering)
- Teruskan terapi oral , minum obat teratur
- Latihan ambulasi, duduk, berjalan.
- Personal hygiene.
- Control kembali

- Hindari Merokok dan minuman keras (Alkohol)

3.2 Pembahasan.

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi, dengan kasus pada Tn. H.S dengan diagnosa medik post op laparotomy Appendiksitis Akut perforasi di ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang.

3.2.1 Pengkajian

Saat melakukan pengkajian pada Tn. H.S, diperoleh data bahwa pasien berumur 18 tahun berjenis kelamin laki – laki. Menurut teori (Mansjoer, Arief,dkk, 2007), penyakit apendisitis 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 ditemukan bahwa dalam keluarga pasien belum pernah ada yang mengalami penyakit apendisitis, pasien mengatakan bahwa ia memiliki riwayat minum alkohol kurang lebih 10 x dalam 1 bulan, merokok 1 bungkus sehari, dan minum kopi 2 gelas perhari. Hasil laboratorium menunjukkan hasil Hemoglobin 14,8 g/dL (normalnya 13,0-18,0 g/dL), jumlah eritrosit: $5,34 \times 10^3/\text{ul}$ (normalnya $4,50-6,20 \times 10^3/\text{ul}$), hematokrit: 40,3% (normalnya 40,0-54,0%), MCV: 76,9 fL (normalnya 81,0-96,0 fL), RDW-CV: 12,1 % (normalnya 11,0-16,0%), RDW-SD: 34,4 fL (normalnya 37-54 fL), jumlah Lekosit : $13,28 \times 10^3/\text{ul}$, (normalnya 4.0 – 10.0) Eosinofil 0,4 (normalnya 1,0 – 5,0 %) Netrofil 87,2 (normalnya 50 -70 %). Limfosit 6,2 % (20 – 40 %) , Jumlah Netrofil $11.58 \times 10^3/\text{ul}$, Jumlah Limfosit $0,82 \times 10^3/\text{ul}$ (normalnya 1.00 – 3.70), Jumlah Monosit $0,79 \times 10^3/\text{ul}$ (normalnya 0.00-0.70 $10^3/\text{ul}$) Trombosit $259 \times 10^3/\text{ul}$ (normalnya 140-392) .

Dari hasil laboratorium yang difokuskan pada hasil pemeriksaan lekosit ada peningkatan jumlah Lekosit : $13,28 \times 10^3/\text{ul}$, (normal $4.0 - 10.0$), hal ini menunjukkan adanya reaksi tubuh terhadap infeksi yang berhubungan dengan penyakit pasien.

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 Hutaheba (2010) adalah:

Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera Fisik (post operasi laparotomy Appendiksitis akut Akut Perforasi). 2) Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi , 3) Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri pada luka post operasi

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn.H.S tanggal 27 – 05 2019 pukul 08.00 didapatkan 3 masalah keperawatan yakni: 1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pada luka operasi hari ke 3).2. Resiko Infeksi berhubungan dengan Luka Insisi 3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri luka post op APP Akut. Ketiga diagnosa tersebut ditegakkan berdasarkan data subyektif dan obyektif pada analisa data.

Masalah keperawatan yang tidak diambil adalah Nutrisi kurang dari kebutuhan Karena pasien nafsu makan baik, frekuensi 3 x makan dan minum dibantu keluarga.

Diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik didukung dengan data subyektif: pasien mengatakan Nyeri di bagian perut. Data obyektif: PQRST = P: Nyeri muncul karena luka post op Q: Nyeri terasa seperti tertikam, R: Nyeri seluruh area perut bagian kanan bawah, S: skala (sedang), T: Nyeri hilang timbul biasanya muncul pada pagi dan malam hari, wajah tampak meringis,

hasil USG: Appendiksitis akut Akut Dari data-data tersebut dapat mendukung pernyataan dari menurut Doenges (2000)

Diagnosa keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan luka insisi diangkat atas dasar data subyektif: pasien mengatakan Nyeri pada luka operasi , luka tertutup kasa steril, hasil laboratorium jumlah leukosit $13,28 \cdot 10^3/\text{ul}$ diatas normal (normalnya $4.0-10.0 \cdot 10^3/\text{ul}$) menunjuka adanya reaksi tubuh untuk melawan infeksi. Data obyektif: tampak perut tegang saat palpasi , hasil USG: Adanya Infeksi pada Appendiksitis dan terjadi perforasi hasil pemeriksaan darah : Dengan kondisi pasien ini dapat mendukung teori dari Doenges (2000) .

Diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri pada luka post operasi , didukung oleh data subyektif : pasien mengatakan bahwa , Perut Nyeri saat aktivitas . Data obyektif: keadaan umum pasien tampak belum mandi atau dilap badannya dari hari pertama post op .kain pengalas belum di ganti, tempat tidur tidak rapi. Pada hari pertama post op pasien masih dibatasi mobilisasi sedangkan hari ke tiga post op Pasien boleh mobilisasi secara perlahan namun pasien belum mau mandi dan ganti pakaian dengan alasan Nyeri dan takut jahitan pada luka operasi terlepas, terpasangnya alat bantu Drain , terpasang kateter dan terpasang infus pada tangan kanan yang membuat pasien mengalami keterbatasan aktivitas untuk merawat diri.

2.2.2 Intervensi

Diagnosa Keperawatan Nyeri akut dapat diatasi dengan menggunakan Nanda(2015) , NIC dan NOC menurut Gloria M Bulechek dan Sue Moorhead (2013) dengan intervensi sebagai berikut: 1. Lakukan pengkajian Nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman Nyeri pasien. 4. Bantu pasien

dan keluarga untuk mencari dan menentukan dukungan. Pilih dan lakukan penanganan Nyeri (farmakologi, non farmakologi, dan interpersonal). 5. Kaji tipe dan sumber Nyeri untuk menentukan intervensi. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologi. 7. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi Nyeri. 8. Tingkatkan istirahat. Pada Tn.H.S tidak dilakukan intervensi kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi Nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan karena dirawat di ruang perawatan yang memiliki banyak pasien sehingga tidak dapat dikontrol, dan juga tidak dapat melakukan pengajian kultur yang mempengaruhi respon Nyeri karena tidak ada tindakan kultur yang diinstruksikan.

Dalam rencana keperawatan terdiri dari tujuan dan kriteria hasil, menurut Nanada, 2015 dan Nic , Noc (2013). Diagnosa keperawatan Resiko infeksi diatasi dengan intervensi sebagai berikut: 1. Kaji adanya tanda – tanda infeksi. 2. Monitor tanda – tanda vital , perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental 3.lakukan teknik isolasi untuk infeksi enteric, termasuk cuci tangan efektif. 4.Pertahankan teknik aseptik ketat pada perawatan luka insisi 5.Awasi/ Batasi pengunjung 6. Kolaborasi Tim medis dalam pemberian antibiotk. Pada Tn. H.S tidak dilakukan pemantauan lekosit karena pasien telah dilakukan pemeriksaan laboratorium sejak awal masuk rumah sakit.

Diagnosa keperawatan Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri pada luka post op dapat diatasi dengan menggunakan NOC dan NIC menurut Gloria M Bulechek dan Sue Moorhead (2013) dengan intervensi sebagai berikut: 1.Mandikan pasien setiap hari sampai pasien bias mandiri 2. Ganti pakaian yang kotor dengan yang bersih 3. Berikan Hygiene Edukasi pada pasien dan keluarga 4. Berikan pujian pada pasien tentang kebersihannya 5. Bimbing keluarga pasien

memandikan / menyeka pasien 6.bersihkan dan atur posisi tempat tidur pasien.

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 27-05-2019 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, Ketorolac 3x 30 mg1ampul/IV .Atrain 3x1 gr IV. Implementasi yang telah dilakukan mendukung intervensi dari Amin (2013).

Diagnosa Resiko infeksi telah dilaksanakan tindakan perawatan dari tanggal 27 – 05-2019 : 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 antibiotk, metronidazole 100 cc infus 30 tpm , inj. Cefotaxime IV 2 x 1 gr, Ranitidin 2x 50 mg IV, Implementasi yang telah dilakukan mendukung intervensi dari Arif (2011)

Untuk diagnosa Defisit perawatan diri tindakan perawatan dari tanggal 28-05-2019: memandikan pasien di tempat tidur, mengganti pakaian pasien, menggunting, merapikan dan mengganti alat tenun pasien.memeberikan edukasi pada pasien dan keluarga tentang personal hygiene, membimbing/ mengajari keluarga pasien memandikan atau melap pasien di tempat tidur dilakukan dengan hati – hati agar luka

bekas operasi tidak basah. Implementasi yang telah dilakukan mendukung intervensi dari Amin (2013)

3.2.5 Evaluasi

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

Diagnosa keperawatan pertama : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis belum dapat teratasi karena skala Nyeri pada hari terakhir tanggal 30-05-2019 adalah 3 (ringan). Dari evaluasi yang telah dilakukan, sudah mendukung teori dari Amin (2013)

Pada diagnosa kedua : Resiko Infeksi berhubungan dengan luka insisi Post operasi Laparatomi Appendiksitis akut Akut Perforasi dapat mencapai kriteria hasil tidak ada tanda – tanda infeksi, atau tidak terjadi infeksi, perawatan luka dilanjutkan dirumah oleh keluarga, masalah resiko infeksi teratasi, intervensi dihentikan. Evaluasi ini belum semua, hanya sebagian mendukung teori dari Arif (2011) kerana pemeriksaan laboratorium hanya dilakukan waktu pasien masuk saja, sehingga tidak dapat melihat hasil laboratorium terkini saat pasien pulang.

Diagnosa keperawatan ketiga: Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri pada luka post op dapat mencapai kriteria hasil, karena sebagian pasien dapat melakukan sendiri sesuai kemampuan pasien, mengganti baju, menyikat gigi dan lain – lain setiap hari , sebagaia kebutuhan dasar dan aktivirtas tetap dibantu keluarga bangun berjalan dan toileting, Evaluasi sudah mendukung teori dari menurut Amin (2013)

BAB 4

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang diambil dari hasil di atas pada pasien Post Operasi Laparotomi Appendiksitis Akut Perforasi di ruang Asoka RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang tanggal 27 – 30 Mei 2019 adalah :

4.1.1 Pengkajian

Berdasarkan pengkajian dapat ditemukan kasus pada Tn, H.S dengan Post Op Laparotomi Appendiksitis akut Perforasi hari ke 3 (tiga) perawatan di ruang Asoka RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang, keluhan utama Nyeri abdomen kuardan kanan bawah dan perut bagian tengah ,post operasi laparotomi , faktor pencetus lain kebiasaan merokok , minum kopi, minum alkohol.

4.1.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan pada Tn. H.S mengacu pada NANDA 2015 yaitu , 1.Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik, 2.Resiko infeksi berhubungan dengan luka Insisi (post operasi hari ke tiga) 2. Defisit perawatan diri Berhubungan dengan Nyeri pada abdomen (post operasi laparotomi)

4.1.3 Berdasarkan diagnosa keperawatan penulis dapat menentukan intervensi keperawatan pada Tn. H.S dengan Post Op Laparotomi Appendiksitis akut perforasi dengan mengacu pada NOC, NIC

(2013) yaitu : Diagnosa 1. Nyeri akut intervensi , manajemen Nyeri, ajarkan relaksasi nonfarmakologi, kolaborasi pemberian analgetik.

4.1.4 implementasi pada Tn. H.S dengan Post Op Laparatomi Appendiksitis akut Perforasi dilakukan sesuai intervensi yang ditetapkan yaitu , diagnosa pertama ; Manajemen Nyeri, control nyeri, tingkat kenyamanan, diagnosa ke dua, kaji tanda – tanda infeksi, peningkatan sterilisasi pada tindakan perawatan luka, kolaborasi pemberian antibiotik sangat efektif diagnosa ke tiga , pasien dapat melakukan aktivitas sehari – hari dengan dibantu, Nyeri masih terasa saat kativitas.

4.1.5 Eevaluasi pada Tn. H.S dengan Post Op Laparatomi Appendiksitis akut Perforasi dilaksanakan sesuaikan tujuan pada hari Kamis, 30 Mei 2019 diperbolehkan pulang dengan masalah pertama Nyeri teratasi sebagian skala Nyeri terakhir 3 (tiga) Nyeri ringan. Masalah kedua resiko infeksi , sampai hari terakhir tidak adanya tanda – tanda infeksi dan tidak terjadi infeksi saat pasien pulang, masalah ke tiga Defisit perawtan diri, masalah teratasi karena pasien dapat melakukan aktivitas sendiri dengan dibantu oleh keluarga.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi RSUD.Prof.W.Z. Yohannes Kupang

Bagi para perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan secara komprehensif pada pasien Appendiksitis akut perforasi post op laparatomi, diharapkan berpedoman pada acuan keperawatan di Rumah sakit yang ter-update demi meningkatkan pelayanan keperawatan yang profesional.

4.2.2 Bagi Politekes Kemenkes Kupang

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.

- Register Penyakit,(Kelas dua laki – laki Bedah) Ruang Asoka RSUD.Prof.DR.
W.Z. Yohannes Kupang. Tahun 2018 - 2019
- NANDA International.inc. Definisi dan Klasifikasi , editor, T. Heater Herdman,
PhD,RN, FNI. EDISI 10 , JAKARTA. EGC 2015
- NOC dan NIC. Tahun (2013)
- Cynthia M.Taylor, Sheila Sparks Ralph (2010), Diagnosa keperawatan dengan
Rencana Asuhan, Jakarta , EGC
- Doenges, Marilyn E.(1993) Rencana Ashan Keperawatan. Edisi 3. Jkarta.EGC
- Jurnal,
Korespondensi: E-mail: fajar@unisba.ac.id. Faktor Prediksi Perforasi Apendiks
pada Penderita Appendiksitis akut Dewasa di RS Al-Ihsan Kabupaten
Bandung Periode 2013–2014
- Jurnal ,
- Baradero, M., Drayit, M. W., dan Siswandi, Y. S. (2009). *Prinsip & Praktek
Keperawatan Perioperatif*, Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan RI, 2013 “*Riset Kesehatan dasar*” Depkes.go.id diakses
tanggal 2 februari 2015
- FK Universitas Andalas, 2012 “ *Penuntun skill lab Gangguan Sistem Pencernaan
Revisi III*” FIK Andalas: Padang
- 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.
- Sjamsuhidajat , R & Jong, W. D. (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi Ke 2*.
Jakarta: EGC.

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

Nama Mahasiswa : MELANCHTON CHRISTY MANAFE

NIM : PO. 530320116362

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn H. S

Ruang/Kamar : ASOKA / D2

Diagnosa Medis : APENDIKSITIS AKUT + impending
PERFORASI

No. Medical Record : 51 33 22

Tanggal Pengkajian : 25- 05 – 2019 Jam : 08.00

Masuk Rumah Sakit : 22- 05 – 2019 Jam : .00. 19

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn H. S

Jenis Kelamin : Laki-laki

Umur/Tanggal Lahir : 18 tahun/ 01-08-2000

Status Perkawinan : Kawin

Agama : Kristen Protestan

Suku Bangsa : Rote

Pendidikan Terakhir : SMA

Pekerjaan : Pelajar

Alamat : Alak

Identitas Penanggung

Nama : Ny. D.S

Pekerjaan : IRT

Jenis Kelamin : perempuan

Hubungan dengan klien : Tante

Alamat : Alak

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Saat kaji pasien mengatakan nyeri pada bagian perut tempat operasi

- Kapan : keluhan muncul biasanya setiap saat siang dan malam hari
- Lokasi: dia rea perut kanan bawah dan bagian tengah

2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : Saat kaji klien mengatakan perutnya terasa nyeri pada luka operasi hari (ketiga), 3 hari sebelum operasi sudah mengalami nyeri berat.
- Sifat keluhan :klien mengatakan perutnya terasa seperti tertusuk – tusuk, hilang timbul ,
 - Lokasi : di area perut kanan bawah (ada drain) dan ditengah sepanjang ± 15 cm
- Keluhan lain yang menyertai : pasien mengatakan bahwa ia susah untuk tidur dan lemas, ada mual dan muntah.
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : kebiasaan minum alkohol yang banyak,kopi, merokok,
- Apakah keluhan bertambah / berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) Pasien mengatakan keluhannya berkurang saat posisi tidurnya terlentang dan keluhan bertambah saat miring kiri atau kanan
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan klien melakukan napas dalam, untuk mengurangi nyeri. dilatih petugas

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita : tidak ada
- Riwayat Alergi ; tidak ada
- Riwayat Operasi : tidak pernah

4. Kebiasaan

- Merokok
 - Ya: Jumlah: 1 bungkus , waktu 1 hari
- Minum alkohol
 - Ya: Jumlah: 10 kali, waktu sebulan
- Minum kopi :
 - Ya: Jumlah: 2 gelas, waktu 1 hari
- Minum obat-obatan

- o Tidak ✓

Riwayat Keluarga / Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

Keterangan :

- = Laki-laki
- = Perempuan
- = Pasien
- = Tinggal serumah
- = meninggal laki – laki
- = Meninggal Perempuan

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 120/80 mmHg - Nadi : 90
- Pernapasan : 28 x / m - Suhu badan : 37,2 °C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala :
 ya tidak
 - Bentuk , ukuran dan posisi:
 normal abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ada, tidak ada
 - Masa : ada, tidak ada
 - Observasi Wajah : simetris asimetri,
- Penglihatan :
 - Konjungtiva: anemis tidak
 - Sklera: ikterik tidak
 - Pakai kaca mata : Ya tidak
 - Penglihatan kabur : Ya, tidak
 - Nyeri : tidak ada
 - Peradangan : tidak ada

- Operasi : tidak pernah
 - Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya tidak
 - Nyeri : Ya tidak
 - Peradangan : Ya tidak
 - Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya tidak
 - Riwayat Polip : Ya, tidak
 - Sinusitis : Ya, tidak
 - Epistaksis : Ya, tidak
 - Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : tampak bersih
 - Caries : Ya, tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, tidak
 - Gangguan bicara : Ya, tidak
 - Gangguan menelan : Ya, tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, tidak
3. Sistem Kardiovaskuler
- Nyeri Dada : Ya, tidak
 - Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : composmentis = E 4, V= 5, M- 6 = 15
 - Bentuk dada : abnormal, normal
 - Bibir : sianosis normal
 - Kuku : sianosis normal
 - Capillary Refill : Abnormal normal < 3 det
 - Tangan : Edema normal
 - Kaki : Edema normal
 - Sendi : Edema normal
 - Ictus cordis/ Apical Pulse: Teraba tidak teraba
 - Vena jugularis : Teraba tidak teraba
 - Perkusi : pembesaran jantung : Normal
 - Auskultasi :
 - BJ I : Abnormal normal
 - BJ II : Abnormal normal
 - Murmur : tidak ada
4. Sistem Respirasi
- Keluhan : tidak ada
 - Inspeksi :
 - Jejas : Ya, tidak
 - Bentuk Dada : Abnormal, Normal

- Jenis Pernapasan : Abnormal, normal
 Irama Napas : teratur tidak teratur
 Retraksi otot pernapasan: Ya tidak
 Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, tidak
- Perkusi : Cairan : Ya tidak
 Udara : Ya tidak
 Massa : Ya tidak
 - Auskultasi :
 Inspirasi : Normal Abnormal
 Ekspirasi : Normal Abnormal
 - Ronchi : Ya tidak
 - Wheezing : Ya tidak
 - Krepitasi : Ya tidak
 - Rales : Ya tidak
- Clubbing Finger : Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : klien mengatakan yeri di bagian perut

b. Inspeksi :

- Turgor kulit : Abnormal, Normal
- Keadaan bibir : lembab kering
- Keadaan rongga mulut
 Warna Mukosa : merah muda
 Luka/ perdarahan : Ya, tidak ada
 Tanda-tanda radang : Ya, tidak ada
 Keadaan gusi : Abnormal, normal
- Keadaan abdomen
 Warna kulit : kecokelatan
 Luka : Ya, tidak
 (luka post op laparotomy Apendiksitis ± 15 cm heacting 11 x, terpasang drain heacting 4 x posisi baik jalan lancer , ciran merah kecoklatan ± 5 cc)
 Pembesaran : Abnormal, adanya asites normal
- Keadaan rektal
 Luka : Ya, tidak
 Perdarahan : Ya, tidak
 Hemmoroid : Ya, tidak
 Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 5x/,menit..Baik (bisa flactus +)

- d. Perkusi : Cairan : Abnormal, adanya asites
normal
Udara : Abnormal, (tegang)
normal
Massa : Abnormal,
normal
- e. Palpasi :
- Tonus otot : Abnormal, normal
Nyeri : Abnormal, normal
Massa : Abnormal normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : tidak ada
b. Tingkat kesadaran:composmentis, GCS (E/M/V): 15
c. Pupil : Isokor anisokor
d. Kejang : Abnormal, normal
e. Jenis kelumpuhan : Ya, tidak
f. Parasthesia : Ya, tidak
g. Koordinasi gerak : Abnormal, normal
h. Cranial Nerves : Abnormal, normal
i. Reflexes : Abnormal, normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : tidak ada
b. Kelainan Ekstremitas : ada, tidak ada
c. Nyeri otot : ada tidak ada
d. Nyeri Sendi : ada tidak ada
e. Refleksi sendi : abnormal, normal
f. kekuatan otot : Atropi hipertropi normal

4 4

4 4

8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ada, tidak ada
b. Lesi : ada, tidak ada
c. Turgor : baik Warna : coklat
d. Kelembaban : Abnormal, normal
e. Petechie : ada, Tidak ada
f. Lain lain:tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia
retensi
gross hematuri disuria poliuri
oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak (Fowlley Cateter)
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine : kurang lebih 1000cc
- e. Intake cairan : oral :250cc/hr parenteral : 500cc
- f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal,
- g. Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, tidak ada
- c. Lain – lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi : -
• Keadaan payudara : Abnormal, normal
• Riwayat Persalinan:-
• Abortus:-
• Pengeluaran pervagina: Abnormal, normal
• Lain-lain:-
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain: tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : teratur
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : baik
- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : cemilan jagung goreng
- Banyaknya minuman dalam sehari 250 cc atau 1 gelas aqua

o (untuk sementara masih di batasi)

- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- Sebelum sakit BB : 66 kg TB :179 cm
- Penurunan BB : 65 kg, dalam waktu: 1 bulan

2. Perubahan selama sakit :

BB sekarang menurun karena prosedur diet post op, nyeri dan kurang nafsu makan

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : terpasang cateter Warna : kuning kecoklatan

Bau : khas, Jumlah/ hari : kurang lebih 1500cc

b. Perubahan selama sakit : BAK lebih banyak namun keluar lewat cateter Fowly

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : saat kaji 1 x sehari (sbelu operasi)

Warna : kecoklatan

Konsistensi : lembik

b. Perubahan selama sakit : belum BAB 2 hari karena puasa.prosedur operasi flactu bias 4-5x tapi belum bias BAB

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : lari (jogging)
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : teratur tiap pagi atau sore hari

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 23.00
Bangun jam : 04.00
- Tidur siang jam : 14.00
Bangun jam : 15.00
- Apakah mudah terbangun : ya
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : dengan posisi terlentang

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : tante kandung
2. Organisasi sosial yang diikuti : OSIS
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik
Status rumah : milik sendiri

Cukup / tidak

Bising / dekat belakang pabrik semen kupang

Banjir / tidak

4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya (Om atau Tante)
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya (ke gereja tiap Minggu)
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : anggota pemuda GMT di gereja

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : klien berharap ia cepat sembuh dari penyakitnya dan cepat pulang ke rumah.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya klien tidak mengetahui penyebab yang mempengaruhi penyakitnya
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik (kadang menyapa petugas lebih dahulu)

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			22-05-2019				
1	Hemoglobin	13,0-18,0 g/dl	14,8				
2	Jumlah eritrosit	4,50-6,20 $10^6/\mu\text{l}$	5,34				
3	Hematokrit	40,0-54,0 %	40,3				
4	MCV	81,0-96,0 fL	76,9				
5	RDW-CV	11,0-16,0 %	12,1				
6	RDW-SD	37-54 fL	34,4				
7	Juml. Lekosit	4.0 – 10.0 $10^3/\mu\text{l}$	13.28				
8	Eosinofil	1.0 – 5.0 %	0.4				
9	Netrofil	50 – 70 %	87,2				
10	Limfosit	20 – 40 %	6.2				

11	Jumlah Netrofil	$1.50 - 7.00 \cdot 10^3/\mu\text{l}$	11.58				
12	Jumlah limfosit	$1.00-3.70 \cdot 10^3/\mu\text{l}$	0.82				
13	Jumlah Monosit	$0.00-0.70 \cdot 10^3/\mu\text{l}$	0.79				
14	Trombosit	$140-392 \cdot 10^3/\mu\text{l}$	259				

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut : tidak ada
 - b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : tidak ada
 - c. Cholescystogram : tidak ada
 - d. Foto colon : tidak ada
2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
 - Ultrasonographi : Apendixitis akut
 - Biopsy : tidak ada
 - Colonoscopy : tidak ada
 - DII : tidak ada

Penatalaksanaan/pengobatan

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

- Pembedahan : tidak ada
- Obat - obatan
 1. Dextrose drip Analgetik (post op hari 1)
 2. RL 500cc/ 24 jam= 20 tpm
 3. Ranitidin 2 x 1 ampul IV
 4. Metronidazol infus 100cc (30 ggt)
 5. Ketorolac 3 x 30 mg iv
 6. Atrain 3 x 1 gr ampul iv
- Lain-lain : tidak ada

ANALISA DATA DAN INTERVENSI

1.1 Analisa Data

No	Analisa data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien mengatani nyeri di daerah operasi. <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">o Saat pengkajian dari hasil observasio Terpasang Drainase pada perut kanan bawah (jumlah cairan kurang lebih 5 cc dalam kantong)o Terpasang kateter fowllly. Jalan lancar jumlah urine 500 cco IVFD RL tetes 20x/Menit Terpassang pada tangan kanan.o Suhu: 37,2⁰C.o Rpernapasan: 28x/m,o Tekanan Darah: 120/80o Nadi: 90x/m.o Nyeri Skala 6 rentang dari 1 sampai 10	Agen cedera fisik	Nyeri Akut

2	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan terdapat terdapat luka post laparatomi <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Saat pengkajian dari hasil observasi o terpasang Naso Gastric Tube di hidung sebelah kanan. o Luka bekas Operasi daerah abdomen. o IVFD RL gtt 20x/Menit o T: 37,4⁰C. o RR: 20x/m, o Tekanan Darah: 140/90 o Nadi: 87x/m. o Nyeri Skala 5 o Tanda Infeksi: Rubor (-), color(-), dolor (+), tumor (-) 	<p>Pembedahan operasi</p> <p>Luka Insisi</p>	<p>Resiko Infeksi</p>

3	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak/ aktivitas <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan Umum : Lemah, Nampak tirah baring dan jarang bergerak. - Kesadaran : Compos Mentis (Eye : 4, Verbal: 5 Motorik : 6) - ADLs dibantu keluarga - o IVFD RL gtt 20x/Menit o T: 37,2^oC. o RR: 28x/m, o Tekanan Darah: 120/80 o Nadi: 90x/m. <p>Tingkat ketergantungan : III (Total care)</p>	Nyeri abdomen	Deficit perawatan diri
---	--	---------------	------------------------

ANALISA DATA DAN INTERVENSI

1.2 Analisa Data

No	Analisa data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">- klien mengatn nyeri di daerah operasi. <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none">o Saat pengkajian dari hasil observasio terpasang Drainase pada perut kanan bawah (jumlah cairan kurang lebih 5 cc dalam kantong)o terpasang kateter fowllly. Jalan lancar jumlah urine 500 cco IVFD RL tetes 20x/MenitTerpassang pada tangan kanan.o T: 37,2⁰C.o RR: 28x/m,o Tekanan Darah: 120/80	Agen cedera fisik	Nyeri Akut

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nadi: 90x/m. ○ Nyeri Skala 6 rentang dari 1 sampai 10 		
2	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan terdapat terdapat luka post laparatomi <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Saat pengkajian dari hasil observasi ○ terpasang Naso Gastric Tube di hidung sebelah kanan. ○ Luka bekas Operasi daerah abdomen. ○ IVFD RL gtt 20x/Menit ○ T: 37,4⁰C. ○ RR: 20x/m, ○ Tekanan Darah: 140/90 ○ Nadi: 87x/m. ○ Nyeri Skala 5 ○ Tanda Infeksi: Rubor (-), color(-), dolor (+), tumor (-) 	<p>Pembedahan operasi</p> <p>Luka Insisi</p>	<p>Resiko Infeksi</p>

3	<p>Data Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak/ aktivitas <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan Umum : Lemah, Nampak tirah baring dan jarang bergerak. - Kesadaran : Compos Mentis (Eye : 4, Verbal: 5 Motorik : 6) - ADLs dibantu keluarga - o IVFD RL gtt 20x/Menit o T: 37,2⁰C. o RR: 28x/m, o Tekanan Darah: 120/80 o Nadi: 90x/m. <p>Tingkat ketergantungan : III (Total care)</p>	Nyeri abdomen	Deficit perawatan diri
---	--	---------------	------------------------

POST OPERASI

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC	RASIONAL
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka insisi post operasi appenditomi).	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Melaporkan nyeri berkurang · Klien tampak rileks · Dapat tidur dengan tepat · Tanda-tanda vital dalam batas normal <p>TD (systole 110-130mmHg, diastole 70-90mmHg), HR(60-100x/menit), RR (16-24x/menit), suhu (36,5-37,50C)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji skala nyeri lokasi, karakteristik dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat. 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Pertahankan istirahat dengan posisi semi powler. 4. Dorong ambulasi dini. 5. Berikan aktivitas hiburan. 6. Kolaborasi tim dokter dalam pemberian analgetika. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berguna dalam pengawasan dan keefesien obat, kemajuan penyembuhan,perubahan dan karakteristik nyeri. 2. deteksi dini terhadap perkembangan kesehatan pasien. 3. Menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang. 4. Meningkatkan kormolisasi fungsi organ. 5. meningkatkan relaksasi. 6. Menghilangkan nyeri.

2.	Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif (insisi post pembedahan).	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien bebas dari tanda-tanda infeksi • Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi • Nilai leukosit (4,5-11ribu/ul) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya tanda-tanda infeksi pada area insisi 2. Monitor tanda-tanda vital. Perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental 3. Lakukan teknik isolasi untuk infeksi enterik, termasuk cuci tangan efektif. 4. Pertahankan teknik aseptik ketat pada perawatan luka insisi / terbuka, bersihkan dengan betadine. 5. Awasi / batasi pengunjung dan siap kebutuhan. 6. Kolaborasi tim medis dalam pemberian antibiotik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dugaan adanya infeksi 2. Dugaan adanya infeksi/terjadinya sepsis, abses, peritonitis 3. mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain. 4. mencegah meluas dan membatasi penyebaran organisme infeksi / kontaminasi silang. 5. menurunkan resiko terpajan. 6. terapi ditunjukkan pada bakteri anaerob dan hasil aerob gra negatif.
3.	Defisit self care berhubungan dengan nyeri.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebersihan klien dapat dipertahankan dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • klien bebas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mandikan pasien setiap hari sampai klien mampu melaksanakan sendiri serta cuci rambut dan potong kuku klien. 2. Ganti pakaian yang kotor dengan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar badan menjadi segar, melancarkan peredaran darah dan meningkatkan kesehatan. 2. Untuk melindungi klien dari kuman dan meningkatkan rasa

		<p>dari bau badan</p> <ul style="list-style-type: none"> · klien tampak bersih · ADLs klien dapat mandiri atau dengan bantuan 	<p>yang bersih.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 atur posisi serta tempat tidur klien. 	<p>nyaman</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Agar klien dan keluarga dapat termotivasi untuk menjaga personal hygiene. 4. Agar klien merasa tersanjung dan lebih kooperatif dalam kebersihan 5. Agar keterampilan dapat diterapkan 6. Klien merasa nyaman dengan tenun yang bersih serta mencegah terjadinya infeksi.
--	--	---	---	--

POST OPERASI

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC	RASIONAL
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka insisi post operasi appenditomi).	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Melaporkan nyeri berkurang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji skala nyeri lokasi, karakteristik dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat. 2. Monitor tanda- 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Berguna dalam pengawasan dan keefesien obat, kemajuan penyembuhan, perubahan dan karakteristik nyeri.

		<ul style="list-style-type: none"> · Klien tampak rileks · Dapat tidur dengan tepat · Tanda-tanda vital dalam batas normal <p>TD (systole 110-130mmHg, diastole 70-90mmHg), HR(60-100x/menit), RR (16-24x/menit), suhu (36,5-37,50C)</p>	<p>tanda vital</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pertahankan istirahat dengan posisi semi powler. 4. Dorong ambulasi dini. 5. Berikan aktivitas hiburan. 6. Kolaborasi tim dokter dalam pemberian analgetika. 	<ol style="list-style-type: none"> 8. deteksi dini terhadap perkembangan kesehatan pasien. 9. Menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang. 10. Meningkatkan kormolisasi fungsi organ. 11. meningkatkan relaksasi. 12. Menghilangkan nyeri.
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasif (insisi post pembedahan).	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Klien bebas dari tanda-tanda infeksi · Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi · Nilai leukosit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya tanda-tanda infeksi pada area insisi 2. Monitor tanda-tanda vital. Perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental 3. Lakukan teknik isolasi untuk infeksi enterik, termasuk cuci tangan efektif. 4. Pertahankan 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Dugaan adanya infeksi 8. Dugaan adanya infeksi/terjadinya sepsis, abses, peritonitis 9. mencegah transmisi

		(4,5-11ribu/ul)	<p>teknik aseptik ketat pada perawatan luka insisi / terbuka, bersihkan dengan betadine.</p> <p>5. Awasi / batasi pengunjung dan siap kebutuhan.</p> <p>6. Kolaborasi tim medis dalam pemberian antibiotik</p>	<p>penyakit virus ke orang lain.</p> <p>10. mencegah meluas dan membatasi penyebaran organisme infeksi / kontaminasi silang.</p> <p>11. menurunkan resiko terpajan.</p> <p>12. terapi ditunjukkan pada bakteri anaerob dan hasil aerob gra negatif.</p>
3.	Defisit self care berhubungan dengan nyeri.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebersihan klien dapat dipertahankan dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> · klien bebas dari bau badan · klien tampak bersih · ADLs klien dapat mandiri atau dengan bantuan 	<p>1. Mandikan pasien setiap hari sampai klien mampu melaksanakan sendiri serta cuci rambut dan potong kuku klien.</p> <p>2. Ganti pakaian yang kotor dengan yang bersih.</p> <p>3. Berikan Hynegedukasi pada klien dan keluarganya tentang pentingnya kebersihan diri.</p> <p>4. Berikan pujian pada klien tentang</p>	<p>7. Agar badan menjadi segar, melancarkan peredaran darah dan meningkatkan kesehatan.</p> <p>8. Untuk melindungi klien dari kuman dan meningkatkan rasa nyaman</p>

		<p>kebersihannya.</p> <p>5. Bimbing keluarga klien memandikan / menyeka pasien</p> <p>6. Bersihkan dan atur posisi serta tempat tidur klien.</p>	<p>9. Agar klien dan keluarga dapat termotivasi untuk menjaga personal hygiene.</p> <p>10. Agar klien merasa tersanjung dan lebih kooperatif dalam kebersihan</p> <p>11. Agar keterampilan dapat diterapkan</p> <p>12. Klien merasa nyaman dengan tenun yang bersih serta mencegah terjadinya infeksi.</p>
--	--	--	--

12.00		<p>mengatasi nyeri</p> <p>7. Melakukan kolaborasi tentang pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri</p> <p>Inj. Keterolac 3x30 mg IV Indikasi ; nyeri jangka pendek, Nyeri akut, sedang – berat setelah operasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ IVFD RL terpasang 20 tpm ○ Tanda Vital ; Tensi; 120/80 N; 90x/m S; 37,2 oC, RR; 28x/m ○ Pasien kooperatif dalam melakukan relaksasi napas dalam. <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan</p>	
-------	--	--	--	--

Hari/Tgl 1 Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	FARA F
<p>Senin</p> <p>27 Mei 2019</p> <p>08,00</p> <p>08.20</p> <p>08.30</p>	<p>DX 2</p> <p>Resiko Infeksi berhubungan dengan Luka insisi (tindakan invasid)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tanda – tanda infeksi 2. Monitor tanda – tanda vital 3. Membersihkan lingkungan dan tempat tidur pasien 4. Kloaborasi pemberian antibiotic <p>Inj. Cefotaxime IV 2x1 gr tiap 8</p>	<p>Jam 14. 00</p> <p>S: klien Mengatakan takut bergerak karena belum tau keadaan lukanya yang ditutupi kasaa dan plester .</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terdapat tanda infeksi dan pengeluaran cairan darah atau nanah disekitar verban atau kasa penutup ○ Melakukan perawatan Luka secara 	

		<p>jam Mencegah infeksi pada intra abdomen Metrodinazol 100 ml VFD 500 mg Mencegah infeksi</p> <p>5. Membatasi pengunjung dan anjurkan pasien istirahat yang cukup</p> <p>6. Menganjurkan keluarga pasien mencuci tangan setelah kontak dengan pasien</p> <p>7. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan</p> <p>8. Pertahankan teknik Aseptik ketat pada perawatan luka insisi bersihkan dengan NACL 0,9 %</p> <p>9. Mengukur TTV</p>	<p>steril</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keadaan luka ○ Luka Laparatomy : <ul style="list-style-type: none"> ○ Luka kering ○ Tidak ada nanah atau Pus ○ Kulit sekitar tidak merah ○ Tidak ada bengkak ○ Kulit sekitar teraba hangat ○ Terdapat 11 kali jahitan pada perut bagian tengahSepanjang pusat kurang lebih 15 cm ● Keadaan luka pada Drain , 4 jahitan ● Luka kering ● Selang terpasang baik ● Cairan keluar lancer ● Jumlah cairan kurang lebih 10 cc ● Warna kecoklatan 	
09.00				
12.00				

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Terpasang Metronidazol 30 tetes permenit ○ TD 120/80 mmhg ○ RR: 26 ○ T:36 °C ○ N: 80 x/m <p>A: Masalah Belum teratasi P: Intervensi 1 – 9 dilanjutkan</p>	
--	--	--	---	--

Hari/Tg l Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	FARA F
Senin 27 Mei 2019 08,00	DX 3 Defisit perawatan diri berhubungan dengan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memandikan pasien setiap hari membantun , menyikat gigi, memotong kuku pasien sampai pasien dapat melakukan sendiri secara mandiri. 2. Mengganti pakaian pasien yang kotor dngan yang bersih. 3. Membeimbing Keluarga pasien memandikan pasien di tempat tidur. 4. Memberikan 	<p>Jam 14.00</p> <p>Subyektif : klien mengatakan takut bergerak karena nyeri.</p> <p>O: KU Lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ADLs masih dibantu oleh keluarga ○ Pasien tampak bersih setelah mandi ○ Berpakaian bersih dan rapi ○ Lingkungan , tempat tidur bersih dan rapi, dan tenag ○ Pasien dapat istirahat siang denga nyaman ○ IVFD RL 	

		<p>edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pentingnya kebersihan diri.</p> <p>5. Memberikan pujian terhadap pasien tentang kebersihannya</p> <p>6. Bersihkan dan rapikan tempat tidur pasien</p>	<p>terpasang 20 tpm, jalan Baik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Terpasang Metronidazol 30 tetes permenit ○ Terpasang Drain pada Abdomen kanan bawah ○ Jumlah cairan 50 cc jalan lancar ○ TD 120/80 mmhg ○ RR: 26 ○ T:36 o C ○ N: 80 x/m <p>A : masalah teratasi sebagian P : intervensi 1.2.6 dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

	<p>DX 2</p>	<p>0930</p>	<p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan dapat melakukan dengan berhati – hati bangun duduk dan berjalan sendiri tanpa takut keadaan lukanya 	
		<p>10,00</p>	<p>Obyektif ;</p>	
		<p>10,15</p>	<ul style="list-style-type: none"> • KU membaik • TTV Tensi, 120/ 80 mmhg, Nadi 80 kali permenit, Suhu 36,5 o C respirasi 22 x per menit. 	
		<p>12,00</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menggati verban atau kasa pada luka operasi hari ke lima : • keadaan luka laparotomy; <ul style="list-style-type: none"> - Jahitan laparotomy 11 jahitan, - Luka keing, tak ada Pus - Kemerahan sekitar luka ; tidak ada - Suhu kulit sekitar luka; teraba hangat - Bengkak ; tidak ada - Keadaa Drain; - Jahitan 4 kali - Luka sekitar darin kering - Kering, takada tanda infeksi - Jumlah cairan 4 cc 	
	<p>DX 3</p>	<p>11,00</p>	<ul style="list-style-type: none"> •MengAff drain sesuai instruksi dokter •Luka bekas drai ditutup dengan kasa sterildan diplester <p>Assesment : masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>Plening : Lanjutkan intervensi</p>	
			<p>Subyektif :</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah dapat bangun, duduk, berjalan secara mandiri dengan dibantu keluarga <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADLs Pasien dilakukan secara mandiri dengan di bantu keluarga - Pasien tampak senang karea aktivitas tidak dibatasi , alat bantu yyang terpasang dibadan (infus, drein, kateter sudah diAff) - Mempersiapkan pasien pulang, penyelesaian administrasi dan dukumen Rumah sakait <p>Assesment : Masalah Defisit perawatan diri teratasi sebagian Plening : Intervensi di lanjutkan</p>		
--	--	--	---	--	--

Catatan Perkembangan

Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Evaluasi	FARAF
Rabu 29 mei 2019	DX 1	08,00 12,00	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasien mengatakan tidak nyeri saat istirahat, nyeri timbul saat aktivitas saja <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ku membaik ○ Keluhan nyri berkurang 	

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Nyeri muncul sesekali jika ada aktivitas saja ○ Skala nyeri 4 (ringan) ○ TTV : tensi 120/80 hmg. Nadi : 82 kali permenit. Suhu 36,5 O C Respirasi 16 kali permenit <p>Assesmen : Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian Planing : Intervensi : dilanjutkan</p>	
	DX 2	09,00	<p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri timbul hanya saat aktivitas saja - Pasien mengatakan dapat melakukan dengna berhati – hati bangun duduk dan berjalan sendiri tanpa takut keadaan lukanya <p>Obyektif ;</p> <p>KU membaik TTV Td, 120/ 80 mmhg, Nadi 80 kali permenit, Suhu 36,5 o C respirasi 20 x per menit. Menggati verban atau kasa pada luka operasi hari ke lima : keadaan luka laparotomy;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jahitan laparotomy 11 jahitan, - Lka keing, tak ada Pus - Kemerahan sekitar luka ; tidak ada - Suhu kulit sekitar luka; teraba hangat - Bengkak ; tidak ada <p>Keadaa Drain;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jahitan 4 kali 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Luka sekitar darin kering - Kering, takada tanda infeksi - Jumlah cairan 4 cc <p>MengAff drain sesuai instruksi dokter Hari ini diperbolehkan pulang oleh dokter</p>	
	DX 3	10,00	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah dapat bangun, duduk, berjalan secara mandiri dengan dibantu keluarga <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADLs Pasien dilakukan secara mandiri dengan di bantu keluarga - Pasien tampak senang karea aktivitas tidak dibatasi , alat bantu yyang terpasang dibadan (infus, drein, kateter sudah diAff) - Mempersiapkan pasien pulang, penyelesaian administrasi dan dukumen Rumah sakit <p>Assesment : Masalah Defisit perawatan diri teratasi. Intervensi dihentikan</p>	

Catatan perkembangan

Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Waktu	Evaluasi	FARAF
<p>Kamis 30 mei 2019 jam</p>	<p>DX 1</p>	<p>08,00</p>	<p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pasien mengatakan tidak ada nyeri saat istirahat, ○ nyeri timbul saat aktivitas saja <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ku membaik ○ Keluhan nyri saat aktivitas saja ○ Skala nyeri 3 (ringan) ○ TTV : tensi 120/ 80 hmg. Nadi : 82 kali permenit. Suhu 36,5 O C Respirasi 18 kali permenit ○ Pasien di Pulangkan oleh dokter yang menangani <p>Assesmen : Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>Intervensi : dihentikan</p>	
	<p>DX 2</p>	<p>09.00</p>	<p>Subyektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri timbul hanya saat aktivitas saja - Pasien mengatakan dapat melakukan dengna berhati – hati bangun duduk dan berjalan sendiri tanpa takut keadaan lukanya - <p>Obyektif ;</p>	

		10.00	<p>KU membaik TTV Td, 120/ 80 mmhg, Nadi 80 kali permenit, Suhu 36,5 o C respirasi 20 x per menit.</p> <p>Menggati verban atau kasa pada luka operasi :</p> <p>keadaan luka laparotomy;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jahitan laparotomy 11 jahitan, - Lka keing, tak ada Pus - Kemerahan sekitar luka ; tidak ada - Suhu kulit sekitar luka; teraba hangat - Bengkak ; tidak ada <p>Kedaa Drain;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jahitan 4 kali - Luka sekitar darin kering - Kering, takada tanda infeksi - Jumlah cairan 4 cc - o MengAff drain sesuai instruksi dokter o Tn. H.S. diperbolehkan pulang oleh dokter yang menangani (bertanggung jawab) <p>Assesmen : Masalah Resiko Infeksi Dapat teratasi</p> <p>Planing : Intervensi dihentikan Pasien Pulang</p> <p>KIE : pasien dan keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawatan luka dirumah - Jaga luka tetap kering - Minum obat teratur sesuai, jadwal - Kontrol kemlali - Batasi aktivitas yang berat - Makanan tinggi serat - Personal Hygiene - Kebersihan lingkungan - Menghindari meinuman beralkohol dan merokok <p>Subyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah dapat 	
--	--	--------------	---	--

	DX 3	09.30	<p>bangun, duduk, berjalan secara mandiri dengan dibantu keluarga</p> <p>Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADLs Pasien dilakukan secara mandiri dengan masih bantu keluarga - Pasien tampak senang karea aktivitas tidak dibatasi , alat bantu yang terpasang dibadan (infus, drein, kateter sudah dilepas semua) - Mempersiapkan pasien pulang, penyelesaian administrasi dan dukumen Rumah sakit, surat control. <p>Assesment : Masalah Defisit perawatan diri teratasi.</p> <p>Intervensi dihentikan</p>	
--	-------------	--------------	---	--

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN DOSEN**

Nama Mahasiswa : MELANCHTON CHRISTY MANAFE
 NIM : PO.530320116362
 Jurusan : D III Keperawatan
 Pembimbing : Simon Sani Kleden. S.Kep.M.Kes
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.H.S DENGAN
 POSTOP LAPARATOMY APPENDIKSITIS AKUT PERFORASI
 DIRUANG ASOKA. RSUD. Prof. DR. W.Z. YOHANNES
 KUPANG

Imbingan ke	Hari / tgl	Materi bimbingan	Tanda Tangan
1	25-05-2019	Konsul Judul Kasus	P. Simon/ Ibu Febtian
2	27-05-2019	Konsul BAB 1	P. Simon/ Ibu Febtian
3	28-05-2019	Konsul BAB 2	P. Simon/ Ibu Febtian
4	30-05-2019	Konsul BAB 3	P. Simon/ Ibu Febtian
5	31-05-2019	Konsul perbaikan BAB 1-3	P. Simon/ Ibu Febtian
6	03-06-2019	Konsul KTI BAB 1-4	P. Simon/ Ibu Febtian
7	04-06-2019	Konsul KTI BAB 1-4	P. Simon/ Ibu Febtian
8	06-06-2019	Konsul jadwal ujian	P. Simon/ Ibu Febtian
9	07-06-2019	Konsul Perbaikan	P. Simon/ Ibu Febtian
10	09-06-2019	ACC KTI, siap cetak jilid	P. Simon/ Ibu Febtian

Lampiran :



DEPARTEMEN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
BER DAYA MANUSIA KESEHATAN
NIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
 Di
 et A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
 Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D 3 KEPERAWATAN TAHUN 2019

Bulan	M E I											J U N I			
	24	27	28	29	30	26	27	28	29	30	31	11	12	13	14
Pembekalan															
Lapor diri di rumah sakit															
Konsul judul kasus															
Perawatan Kasusu dan susun Proposal															
Penyusunan Laporan kasus dan konsultasi dengan pembimbing															
Ujian Sidang															
Revisi															
Kumpul Laporan															