



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN POST
LAPARATOMI APPENDIKTOMI DI RUANG ANYELIR
RUMAH SAKIT SWASTA JATI ASIH
DI MASA PANDEMI COVID-19**

DISUSUN OLEH:

SYAFITRI

201801038

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. A DENGAN POST
LAPARATOMI APPENDIKTOMI DI RUANG ANYELIR
RUMAH SAKIT SWASTA JATI ASIH
DI MASA PANDEMI COVID-19**

DISUSUN OLEH:

SYAFITRI

201801038

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama lengkap : Syafitri

NIM : 201801038

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Post *Laparotomi Appendiktomi* di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid-19“ yang di laksanakan pada tanggal 3 sampai dengan 6 Mei 2021 adalah karya sendiri dan semua sumber yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tanpa unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menanggung semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Bekasi, 18 Juni 2021

Yang membuat pernyataan



(Syafitri)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Post *Laparotomi Appendiktomi* di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid-19” ini telah disetujui untuk diujikan pada ujian sidang dihadapan tim penguji.

Bekasi, 18 Juni 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah



(Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, M.Kep., Sp.Kep.MB)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Post *Laparotomi Appediktomi* di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid-19“ yang disusun oleh Syafitri (201801038) telah disajikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 21 Juni 2021

Bekasi, 21 Juni 2021

Penguji I



(Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep)

Penguji II



(Ns. Latriyanti, S.Kep., M.Kep)

Nama Mahasiswa : Syafitri
NIM : 201801038
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Post
Laparotomi Apendiktomi di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid-19
Halaman : xiii + 57 halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Latriyanti

ABSTRAK

Latar Belakang: Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, dengan mula gejala akut yang ditandai dengan adanya nyeri pada kuadran abdomen kanan bagian bawah. Di Indonesia terdapat 75.601 pasien yang menderita apendisitis. Berdasarkan data *Medical Recor* dari Rumah Sakit Swasta Jati Asih dalam satu tahun terakhir periode Januari 2020 sampai Januari 2021, ditemukan pasien dengan penyakit apendisitis sebanyak 43 orang dari 14.096 pasien yang menjalani rawat inap, dengan presentase laki laki berjumlah 16 orang (37%) dan perempuan berjumlah 27 orang (63%).

Tujuan Umum: Laporan kasus ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis melalui pendekatan proses keperawatan secara komprehensif.

Metode Penulisan: Dalam penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode studi kasus, kepustakaan dan deskriptif yaitu dengan mengungkapkan fakta-fakta sesuai dengan data-data yang didapat.

Hasil: Hasil dari pengkajian didapatkan tiga masalah keperawatan yaitu nyeri akut, resiko infeksi dan ansietas. Masalah prioritas adalah nyeri akut. Intervensi pada diagnosa prioritas adalah Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, kaji tanda-tanda vital, fasilitasi istirahat tidur, ajarkan teknik relaksasi napas dalam. Semua tindakan dilakukan sesuai rencanadan sesuai standard operasional prosedur yang ada. Evaluasi keperawatan yang didapatkan keluhan nyeri berkurang, tanda-tanda vital dalam batas normal.

Kesimpulan dan Saran: Pada kasus apensisitis ditemukan keluhan nyeri perut kuadran kanan bawah. Tindakan yang dapat dilakukan adalah farmakologi dan nonfarmakologi. Peran perawat dalam tindakan nonfarmakologi yaitu manajemen nyeri: relaksai napas dalam. Tindakan tersebut dilakukan pada pasien post operasi.

Keyword: Asuhan keperawatan, apendisitis, laparotomi.

Daftar Pustaka: 21 (2010-2019)

Name : Syafitri
Student ID Number : 201801038
Majors : Diploma of Nursing
The Title of Scientific Paper : Nursing Care to Mr.A with Post *Laparatomy Apendiktomy* in Anyelir room of the Jati Asih Private Hospital during the pandemic Covid-19
Pages : xiii + 57 pages + 1 tabel + 1 attachment
Supervisor : Lastriyanti

ABSTRACT

Background: Appensicitis is an inflammation of the vermiform appendix, with acute symptoms characterized by pain in the right lower quadrant of the abdomen. In Indonesia, there are 75.601 patients suffering from appendicitis. Based on *Medical Record* data from the Jati Asih Private Hospital in the last one year period from January 2020 to January 2021, found patients with appendicitis as many as 43 people out of 14.096 patients who were hospitalized, with a percentage of 16 men (37%) and 27 women (63%).

Main Objective: This case report is to obtain a real picture of nursing care for patients with appendicitis through a comprehensive nursing process approach.

Method in Writing: In preparing this case report using case study, literature and descriptive methods, namely by revealing the facts in accordance with the data obtained.

Result: The results of the study found three nursing problems, namely acute pain, risk of infection and anxiety. Priority problem is acute pain. Interventions on priority diagnoses are identification of the location, characteristics, frequency, quality, and scale of pain, identification of non-verbal pain responses, monitors vital sign, facilitate sleep rest, teach deep breathing relaxation techniques. All actions are carried out according to the plan and according to axisting standard operating procedures. Nursing evaluation obtained complaints of reduced pain, vital signs with in normal limits.

Conclusion and Suggestion: In the case of appendicitis, complaints of right lower quadrant abdominal pain were found. Actions that can be taken are pharmacological and non-pharmacological. The nurse's role in non-pharmacological actions is pain management: deep breathing relaxation. This procedure was performed on post operative patients.

Keyword: Nursing care, appendicitis, laparotomy

Bibliography: 21 (2010-2019)

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang. Penulis panjatkan puja serta syukur kehadiran-Nya, yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan inayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Post *Laparotomi Appendiktomi* Di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid-19” yang dilaksanakan pada 3 sampai 6 Mei 2021.

Makalah ilmiah ini penulis tulis dengan semaksimal mungkin dan mendapatkan banyak bantuan dari berbagai pihak, sehingga dapat memperlancar penulisan makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dengan segenap rasa hormat kepada:

1. Ns. Lastriyanti, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing dan dosen penguji II yang telah meluangkan waktu dan tenaga untuk membimbing, memberikan motivasi dan memberikan masukan kepada penulis sehingga makalah ilmiah ini terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
2. Ns. Aprillia Veranita, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing akademik dan dosen penguji I yang telah meluangkan waktunya untuk menguji penulis dan memberikan motivasi, semangat dan kritik yang sangat membangun untuk penulis selama menuntut ilmu di STIKes Mitra Keluarga.
3. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.
4. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku Koordinator Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan motivasi selama proses perkuliahan 3 tahun.

5. Seluruh dosen pengajar STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat kepada penulis dalam proses belajar selama 3 tahun.
6. Seluruh staff akademik dan non akademik STIKes Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.
7. Kepala Ruang Ibu Lataminarni dan *Clinical Mentor* Ibu Pita serta perawat ruangan Rumah Sakit tempat penulis mengambil kasus.
8. Tn. A selaku pasien dan keluarga yang telah senantiasa bersedia memberikan informasi dan menerima keberadaan penulis untuk menerapkan dan melakukan Asuhan Keperawatan.
9. Keluarga tercinta Bunda, ayah, adik, nenek dan paman penulis yang selalu hadir untuk memberikan dukungan baik do'a, semangat, motivasi, moril dan materi yang tiada henti-hentinya untuk penulis serta menjadi motivasi utama bagi penulis.
10. Teman teristimewa yaitu Ilham Wahyu Saputro yang selalu memberikan semangat, do'a serta motivasi bagi penulis selama proses perkuliahan dan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini.
11. Teman-teman terdekat penulis: Putri Anggraini, Suci Rahmawati, Grace, Alfonsa, Sucianti, Wiwit, Tesa, Dwi, Tatu, Dita, dan Maftuhatur yang selalu memberikan semangat dan motivasi selama di STIKes Mitra Keluarga.
12. Teman-teman seperjuangan Karya Tulis Ilmiah Medikal Bedah khususnya anak bimbingan Ibu Latriyanti yaitu Lisda, Tatu dan Renata yang telah memberikan bantuan, semangat serta motivasi dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
13. Teman-teman seperjuangan Angkatan 8 Program Studi DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga yang saling memberikan dukungan dan berjuang bersama dalam menyelesaikan pendidikan di STIKes Mitra Keluarga.
14. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa masih ada kekurangan baik dari segi isi maupun penulisan dalam makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, dengan kebesaran hati penulis mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan makalah ilmiah ini. Demikian penulisan makalah ilmiah ini disusun, semoga dapat bermanfaat bagi penulis dan semua pembaca.

Bekasi, 21 Juni 2021

Syafitri

DAFTAR ISI

COVER DALAM.....	i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulis	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
C. Metode Penulisan.....	4
D. Ruang Lingkup	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II	6
TINJAUAN TEORI.....	6
A. Pengertian.....	6
B. Etiologi.....	6
C. Patofisiologi.....	8
1. Proses Perjalanan Penyakit	8
2. Manifestasi Klinis.....	9
3. Komplikasi	9
4. Klasifikasi	10
5. Pemeriksaan Diagnostik	10

D. Penatalaksanaan Medis	11
E. Pengkajian Keperawatan	13
F. Diagnosa Keperawatan.....	14
G. Perencanaan Keperawatan	14
H. Pelaksanaan Keperawatan.....	19
I. Evaluasi Keperawatan.....	19
BAB III	20
TINJAUAN PUSTAKA	20
A. Pengkajian Keperawatan	20
B. Diagnosa Keperawatan.....	33
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan	33
BAB IV	48
PEMBAHASAN	48
A. Pengkajian Keperawatan	48
B. Diagnosa Keperawatan.....	49
C. Rencana Keperawatan.....	50
D. Pelaksanaan Keperawatan	51
E. Evaluasi Keperawatan.....	52
BAB V	56
PENUTUP.....	56
A. Kesimpulan.....	56
B. Saran.....	55
DAFTAR PUSTAKA.....	56
LAMPIRAN.....	58

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Analisa Data	30
------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Patoflowdiagram.....	59
----------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada umumnya apendiks dipengaruhi oleh pola makan yang tidak baik, kebiasaan makan yang tidak teratur, makanan yang tidak sehat, makanan yang rendah serat, dan makanan cepat saji atau kebiasaan makan *fast food* (Tumiwa, 2018). Berdasarkan penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa kebiasaan makan makanan rendah serat dapat mempengaruhi terjadinya konstipasi yang nantinya dapat mengakibatkan timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan apendiks dan meningkatkan pertumbuhan kuman flora kolon biasa (Arifuddin et al., 2017).

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, dengan mula gejala akut yang ditandai dengan adanya nyeri pada kuadran abdomen kanan bagian bawah, nyeri lepas alih, spasme otot di atasnya, dan hiperestesia kulit, dan apendisitis kronik ditandai dengan adanya penebalan fibrotik dinding organ apendiks vermiformis tersebut (Dortland & Newman, 2010).

Menurut data dari *World Health Organization* (WHO) terdapat 4,8% dan 2,6% insiden apendisitis di Asia dan Afrika pada tahun 2014 dari total populasi penduduk (World Health Organization, 2014). Prevalensi apendisitis di Indonesia pada tahun 2006, 2009, 2016 dan 2017 berturut-turut yaitu 28.949 pasien, 30.703 pasien, 65.755 pasien dan 75.601 pasien, hal ini menunjukkan adanya peningkatan jumlah pasien apendisitis dari tahun ke tahun (Depkes RI, 2017). Profil kesehatan Provinsi Jawa Barat tahun 2012 mencatat kasus apendisitis pada anak usia 5-14 tahun terdapat 1.148 kasus, dan kasus baru pada usia 15-44 tahun terdapat 6.018 kasus (Depkes RI, 2012).

Berdasarkan data *Medical Record* dari Rumah Sakit Swasta Jati Asih dalam satu tahun terakhir periode Januari 2020 sampai Januari 2021, ditemukan pasien dengan penyakit apendisitis sebanyak 43 orang dari 14.096 pasien yang menjalani rawat inap, dengan presentase laki laki berjumlah 16 orang (37%) dan perempuan berjumlah 27 orang (63%).

Berdasarkan prevalensi diatas apabila apendisitis tidak segera diatasi maka dapat mengakibatkan perforasi dan peritonitis. Dengan komplikasi yang dapat terjadi, maka tidak menutup kemungkinan akan meningkatkan mortalitas pada pasien dengan apendisitis.

Melihat dampak dari penyakit tersebut, perawat mempunyai peran yang sangat penting untuk mengatasi penyakit apendisitis dengan 4 cara yang meliputi, promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pada aspek promotif yaitu memberikan penyuluhan atau edukasi kesehatan mengenai penyakit apendisitis dengan cara merubah gaya hidup, mengontrol kebiasaan sehari-hari dan mengubah pola makan untuk menghindari faktor resiko terjadinya penyakit. Pada aspek preventif yaitu mencegah terjadinya penyakit apendisitis dengan cara merubah gaya hidup untuk untuk mengubah pola makan. Pada aspek kuratif yaitu memantau tanda dan gejala yang muncul, pemberian antibiotik sesuai program medis dan tindakan pembedahan. Dan pada aspek rehabilitatif yaitu proses pemulihan kondisi dan menganjurkan pasien untuk segera kontrol kembali ke rumah sakit bila timbul keluhan.

Peran perawat dalam masa pandemi Covid-19 juga sangat penting diantaranya tetap menjaga protokol kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien seperti tetap menjaga *personal hygiene* terutama senantiasa mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien dan setelah kontak dengan pasien atau lingkungan pasien, serta penggunaan masker yang baik dan benar.

Pada uraian diatas maka perawat memiliki peran penting dalam melaksanakan asuhan keperawatan, serta penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Post *Laparotomi*

Appendiktomi di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih Di Masa Pandemi Covid-19”.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan apendisitis.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan apendisitis.
- c. Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan apendisitis.
- d. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan apendisitis.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan apendisitis.
- f. Penulis mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik apendisitis.
- g. Penulis mampu mengidentifikasi diagnosa, faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau diagnosa, pemecahan masalahnya.
- h. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis adalah metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu, penulis juga menggunakan beberapa cara lain untuk menulis karya tulis ini, seperti:

1. Studi Kasus

Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung, dengan mengadakan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan pasien dan keluarga dengan menerapkan proses keperawatan.

2. Studi Literatur

Yaitu dengan memperoleh bahan-bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medis maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media pustaka yaitu buku-buku yang berkaitan dengan masalah pasien dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Status Dokumentasi

Yaitu dengan cara mengumpulkan data yang diperoleh melalui *medical record* pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, catatan keperawatan dan catatan dokter.

D. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ini merupakan pembahasan Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Post *Laparotomi Appendiktomi* Di Ruang Anyelir Rumah Sakit Swasta Jati Asih di Masa Pandemi Covid-19 yang dilaksanakan pada tanggal 3 sampai dengan 6 Mei 2021.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis disusun sebagai berikut: BAB pertama Pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan, ruang lingkup, dan sistematika penulisan. BAB kedua Tinjauan Teoritis terdiri dari konsep dasar penyakit seperti pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit), manifestasi klinis, komplikasi, penatalaksanaan medis, pemeriksaan diagnostik, asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, tindakan dan evaluasi. BAB ketiga Tinjauan Kasus yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB keempat Pembahasan yang membahas akan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. BAB kelima Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Apendiks adalah umbai kecil yang menyerupai jari menempel pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Karena pengosongan isi apendiks ke dalam kolon tidak efektif dan ukuran lumen apendiks yang kecil, apendiks mudah tersumbat dan rentan terinfeksi atau biasa disebut apendisitis. Apendiks yang tersumbat akan meradang dan edema dan pada akhirnya dipenuhi nanah. Apendisitis adalah inflamasi akut di kuadran kanan bawah abdomen dan penyebab tersering pembedahan abdomen darurat. Meskipun dapat dialami oleh semua kelompok usia, apendisitis paling sering terjadi anatar usia 10 dan 30 tahun (Suddarth, 2019).

Apendisitis merupakan peradangan apendiks vermiform yang terjadi sebagian besar pada remaja dan dewasa muda. Dapat terjadi pada semua usia tetapi jarang terjadi pada klien yang berusia kurang dari dua tahun dan mencapai insiden tertinggi pada usia 20-30 tahun. Tidak umum terjadi pada lansia, namun rupturnya apendiks lebih sering terjadi pada klien lansia. Apendisitis terjadi pada 7-12% populasi (Black & Hawks, 2013).

B. Etiologi

Menurut Mardalena (2018) apendisitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya, diantaranya adalah penyumbatan yang terjadi pada lumen apendiks. penyumbatan ini biasanya disebabkan karena adanya penumpukan tinja yang keras atau disebut fekalit, hiperplasia jaringan limfoid, tumor apendiks, benda asing di dalam tubuh dan cacing askaris.

Studi epidemiologi menyebutkan bahwa ada peranan dalam kebiasaan mengkonsumsi makanan rendah serat yang mempengaruhi terjadi konstipasi, sehingga terjadinya apendisitis (Mitchell et al., 2010).

Menurut Haryono (2012) apendisitis akut dapat disebabkan oleh beberapa faktor terjadinya proses radang bakteri yang dicetuskan oleh beberapa faktor pencetus diantaranya hiperplasia jaringan limfe, fekalith, tumor apendiks, dan cacing askaris yang menyumbat.

Menurut (Yanti et al., 2018) ada beberapa faktor yang mempermudah terjadinya radang apendiks, diantaranya:

1. Faktor sumbatan

Faktor sumbatan merupakan faktor yang sering terjadi pada apendisitis yang diikuti oleh infeksi. Sekitar 60% obstruksi disebabkan oleh hiperplasia jaringan lymphoid sub mukosa, 35% karena stasis fekal, 4% karena benda asing dan sebab lainnya 1% diantaranya sumbatan oleh parasit dan cacing.

2. Faktor bakteri

Infeksi enterogen merupakan faktor pathogenesis primer yang terjadi pada apendisitis akut. Adanya fekalith dalam lumen apendiks yang telah terinfeksi dapat memperburuk infeksi, karena terjadi peningkatan stagnasi feses di dalam lumen apendiks, pada pemeriksaan kultur didapatkan banyak ditemukan adalah kombinasi antara *Bacteriodes fragitis*, *E.Coli*, *spantanchicus*, *lacto-bacilus*, dan *pseudomonas* sedangkan kuman yang menyebabkan perforasi adalah kuman anaerob sebesar 96% dan aerob lebih dari 10%.

3. Faktor ras dan diet

Faktor ras yang berhubungan diantaranya adalah kebiasaan dan pola makanan sehari-hari. Dulunya Bangsa kulit putih memiliki pola makan rendah serat, hal tersebut merupakan resiko tinggi dari Negara berkembang yang pola makannya banyak serat. Namun saat sekarang, kejadiannya terbalik, bangsa kulit putih telah merubah pola makan

mereka ke pola makanan tinggi serat. Negara berkembang yang dulu tinggi serat kini beralih ke pola makan rendah serat, hal tersebut menjadi faktor resiko yang lebih tinggi terkena apendisitis.

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Apendisitis biasanya disebabkan oleh obstruksi lumen apendiks oleh limfoid hyperplasia, fekalit, adanya benda asing, penyempitan karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan lendir dalam produksi mukosa mengalami bendungan. Semakin lama semakin banyak lendir, tetapi elastisitas dinding apendiks memiliki keterbatasan sehingga hal ini menyebabkan peningkatan tekanan intralumen, peningkatan tekanan ini akan menghambat aliran getah bening yang mengakibatkan edema. Diaforesis bakteri, dan ulserasi mukosa pada saat inilah terjadi apendisitis akut yang ditandai dengan nyeri epigastrik.

Jika sekresi lendir terus berlanjut, dan tekanan akan terus meningkat hal ini akan menyebabkan obstruksi vena, peningkatan edema dan keberadaan bakteri akan menembus dinding apendiks. Peradangan yang muncul meluas dan mengenai peritonium setempat sehingga akan menimbulkan rasa sakit di daerah abdomen kanan bawah, kondisi ini juga disebut apendisitis supuraktif akut. Jika aliran di arteri tersumbat, akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangrene, stadium ini disebut gangrene apendisitis. Jika dinding yang rapuh pecah, akan terjadi apendiks perforasi.

Jika proses di atas lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak menuju apendiks sampai timbul massa lokal yang disebut infiltrate appendicular. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah apendiktomi, jika tidak ada tindakan segera yang diambil maka apendiks dapat menjadi abses atau menghilang (Wijaya & Putri, 2013).

2. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala apendisitis menurut Wijaya & Putri (2013) diantaranya yaitu nyeri dan perasaan tidak enak di seketir area umbilicus, anoreksia, muntah yang berlangsung lebih dari 2 hari, nyeri bergeser ke perut kanan bawah dan terdapat tanda rangsangan peritoneum local di titik Mc. Burney (nyeri tekan), nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah ditekan (rovsing sign), nyeri pada kuadran kanan bawah bila peritoneum bergerak seperti melakukan nafas dalam, berjalan, batuk dan mengedan, demam yang tidak terlalu tinggi, konstipasi, terkadang terjadi diare.

3. Komplikasi

Menurut Wijaya & Putri (2013) komplikasi apendisitis diantaranya:

a. Perforasi

Perforasi merupakan terbentuknya lubang pada apendiks yang diakibatkan oleh apendisitis dan infeksi pada sistem pencernaan lainnya, bisa juga disebabkan oleh trauma luka tusuk atau tembakan. Perforasi akan meningkat tajam saat lebih dari 24 jam. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu tubuh $39,5^{\circ}\text{C}$, nyeri tekan di perut, dan leukosit meningkat yang diakibatkan oleh perforasi dan pembentukan abses.

Tanda-tanda perforasi meliputi peningkatan nyeri, spasme otot dinding abdomen kuadran kanan bawah dengan tanda peritonitis umum atau abses yang terlokalisasi, demam, malaise, dan leusitosis semakin jelas (Yanti et al., 2018)

b. Peritonitis

Peritonitis merupakan tromboplebitis septik pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi $39,5^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$, menggigil dan icterus. Bila terjadi peritonitis terapi spesifik yang umum dilakukan adalah operasi untuk menutup asal perforasi. Bila terbentuk abses apendiks akan teraba masa di kuadran kanan bawah abdomen yang cenderung membesar ke arah rektum atau vagina (Yanti et al., 2018).

4. Klasifikasi

Menurut (Sjamsuhidajat & De Jong, 2010) klasifikasi apendisitis dibagi menjadi dua, diantaranya :

a. Apendisitis Akut

Apendisitis akut sering terdapat gejala khas yaitu radang pada umbai cacing (apendiks) yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang nyeri pada peritoneum lokal. Gejala apendisitis akut adalah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri visceral di daerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan tersebut sering disertai mual dan terkadang muntah, umumnya nafsu makan mengalami penurunan. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ketitik Mc Bruney, disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

b. Apendisitis Kronik

Diagnosis apendisitis kronis baru dapat ditegakkan jika ditemukan beberapa gejala, diantaranya: adanya riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, adanya radang kronik apendisitis secara makroskopik dan mikroskopik. Kriteria diagnostic apendisitis mikroskopik adalah terdapat fibrosis pada seluruh dinding apendiks, terdapat sumbatan parsial atau total pada lumen apendiks, terdapat jaringan parut dan ulkus lama pada mukosa, dan terdapat sel inflamasi kronis.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Nurarif & Kusuma (2015) pemeriksaan penunjang apendisitis diantaranya:

a. Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan sudah mengalami perforsi (pecah).

b. Pemeriksaan radiologi

- 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (feses yang keras).
- 2) Ultrasonografi (USG)
Ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendik (Yanti et al., 2018).
- 3) CT Scan
Ditemukan bagian yang menyilang dengan *apendikscalth* serta perluasan dari apendik yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran dari sekum (Yanti et al., 2018).
- 4) Apendikogram
Hasil positif berupa: non-filling, partial filling, mouse tail dan cut off (Yanti et al., 2018).

D. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada apendisitis meliputi:

1. Sebelum operasi

a. Observasi

Pada umumnya dalam waktu 8-12 jam setelah munculnya keluhan utama tanda dan gejala apendisitis sering kali belum nampak jelas, sehingga dalam keadaan ini diperlukan observasi secara ketat. Klien diminta untuk tetap di tempat tidur dan dipuasakan. Pemeriksaan abdomen, rektal dan pemeriksaan darah berupa leukosit dan hitung jenis diulang secara periodik, foto abdomen dan torax tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus apendisitis, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan (Wijaya & Putri, 2013).

b. Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi dan abses di intra abdominal pada pasien yang menjalani operasi apendiktomi. Antibiotik diberikan sebelum, saat, hingga 24

jam pasca operasi dengan cara pemberian intra vena (IV) (Akbar, 2018).

c. Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan pada klien dengan apendisitis adalah apendektomi. Apendektomi adalah tindakan operasi yang dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi pada apendisitis. Tindakan operasi apendektomi dapat dilakukan bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan berdasarkan gejala klinis yang ada (Taufik & Hasibuan, 2018).

Tindakan operasi apendektomi dapat dilakukan dengan 2 teknik diantaranya pembedahan secara terbuka / pembedahan konvensional atau disebut laparotomi dan menggunakan laparoskopik yang merupakan teknik pembedahan minimal invasif dengan metode terbaru yang sangat efektif (Berman & Koziar, 2012).

d. Pasca operasi

Menurut Mardalena (2018) penatalaksanaan yang dilakukan pasca operasi, diantaranya: mengobservasi tanda-tanda vital, lepas selang makan bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah, anjurkan atau berikan pasien posisi *semi fowler*, pasien dinyatakan baik jika tidak terjadi gangguan dalam 12 jam, pasien dipuaskan dahulu jika ada tindakan operasi yang lebih besar seperti perforasi puasa dilakukan sampai fungsi usus kembali normal, berikan minum sebanyak 15 cc/jam selama 4-5 jam lalu tambahkan menjadi sebanyak 30 cc/jam. Pada hari selanjutnya berikan makanan saring, dan hari berikutnya berikan makanan lunak seperti bubur, satu hari pasca operasi pasien dianjurkan dan diperbolehkan untuk duduk di tempat tidur selama 2x30 menit, pada hari kedua pasien dianjurkan untuk berdiri dan duduk di luar kamar, hari ke tujuh jahitan sudah dapat dilepas jika tidak ada tanda-tanda infeksi dan pasien diperbolehkan pulang.

E. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Doenges et al., 2012) pengkajian yang dapat dilakukan pada klien apendisitis antara lain:

1. Aktivitas/istirahat

Tanda dan gejala: malaise

2. Sirkulasi

Tanda dan gejala: takikardi

3. Eliminasi

Tanda dan gejala: konstipasi, diare (kadang-kadang), distensi abdomen, nyeri tekan/nyeri lepas, kekakuan, penurunan atau tidak ada bising usus

4. Makanan/cairan

Tanda dan gejala: anoreksia dan mual/muntah

5. Nyeri/kenyamanan

Tanda dan gejala: nyeri pada abdomen area epigastrium dan umbilicus meningkat berat dan terlokalisasi pada titik McBurney (setengah jarak antara umbilicus dan tulang ilium 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 (sehubungan dengan lokasi apendiks, contoh retrosekal atau sebelah ureter), perilaku berhati-hati, berbaring kesamping atau posisi supinasi dengan lutut ditekuk, meningkatnya nyeri pada perut kuadran kanan bawah karena posisi ekstensi kaki kanan atau posisi duduk tegak, nyeri lepas pada sisi kiri diduga inflamasi pada peritoneal.

Jenis skala nyeri yang dapat dilakukan diantaranya pengkajian skala nyeri dengan Numeric Rating Scale (NRS), Visual Analog Scales (VAS), FLACC Scale, Wong-Baker pain rating scale, dan Mnemonic PQRST.

6. Keamanan

Tanda dan gejala: demam (biasanya rendah).

7. Pernapasan

Tanda dan gejala: takipnea, pernapasan dangkal

8. Penyuluhan/pembelajaran

Tanda dan gejala: riwayat kondisi lain yang berhubungan dengan nyeri abdomen contoh pielitis akut, batu uretra, salingitis akut, ileitis regional.

F. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Doenges et al., 2012) diagnosa keperawatan pada klien dengan apendisitis yang dapat diangkat adalah sebagai berikut:

1. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh utama, perforasi/rupture pada apendiks, peritonitis, pembentukan abses.
2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah sebelum operasi, pembatasan pasca operasi contoh puasa, status hipermetabolik contoh edema dan proses penyembuhan, inflamasi pada peritoneum dengan cairan asing.
3. Nyeri akut berhubungan dengan distensi jaringan usus oleh inflamasi, adanya insisi bedah.
4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajan atau mengingat informasi, salah interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi.

G. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Doenges et al., 2012) rencana keperawatan yang dapat dilakukan sebagai berikut:

1. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan tubuh utama, perforasi/rupture pada apendiks, peritonitis, pembentukan abses

Rencana tindakan:

a. Mandiri

- 1) Awasi tanda vital. Observasi demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental, dan meningkatnya nyeri abdomen.

Rasional: dugaan adanya infeksi/terjadinya sepsis, abses, peritonitis.

- 2) Lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka aseptik.

Rasional: menurunkan resiko penyebaran infeksi.

- 3) Lihat insisi dan balutan. Catat karakteristik drainase luka atau drain (bila dipasang), dan adanya eritema.

Rasional: mendeteksi dini terjadinya proses infeksi, dan/atau pengawasan penyembuhan peritonitis yang telah ada sebelumnya.

- 4) Berikan informasi yang tepat, jujur pada pasien/orang terdekat.

Rasional: memberikan dukungan emosi, membantu menurunkan ansietas.

b. Kolaborasi

- 1) Ambil contoh drainase bila diindikasikan.

Rasional: kultur perwarnaan gram dan sensitivitas berguna untuk mengidentifikasi organisme penyebab dan pilihan terapi yang akan diberikan.

- 2) Berikan antibiotik sesuai indikasi.

Rasional: mungkin diberikan secara profilaktik atau menurunkan jumlah organisme (pada infeksi yang telah ada sebelumnya) untuk menurunkan penyebaran dan pertumbuhannya pada rongga abdomen.

- 3) Bantu irigasi dan drainase bila diindikasikan.

Rasional: dapat diperlukan untuk mengalirkan isi abses terlokalisir.

2. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah praoperasi, pembatasan pasca operasi contoh puasa, status hipermetabolik contoh edema dan proses penyembuhan, inflamasi peritoneum dengan cairan asing.

Rencana tindakan:

a. Mandiri

- 1) Awasi tekanan darah dan nadi

Rasional: untuk mengidentifikasi fluktuasi volume intravaskuler

- 2) Lihat membran mukosa, kaji turgor kulit dan pengisian kapiler.

Rasional: indikator keadekuatan sirkulasi perifer dan hidrasi seluler.

- 3) Awasi masukan dan haluaran, catat warna urin/konsentrasi, berat jenis.

Rasional: penurunan haluaran urin pekat dengan peningkatan berat jenis diduga dehidrasi/kebutuhan peningkatan cairan.

- 4) Auskultasi bising usus. Catat kelancaran flatus, gerak usus.

Rasional: indikator kembalinya peristaltik usus, dan kesiapan untuk pemasukan per oral.

- 5) Berikan sejumlah kecil minuman jernih bila pemasukan peroral dimulai, dan lanjutkan dengan diet sesuai toleransi.

Rasional: menurunkan iritasi gaster atau muntah untuk meminimalkan kehilangan cairan.

- 6) Berikan perawatan mulut sering dengan perhatian khusus pada perlindungan bibir.

Rasional: dehidrasi mengakibatkan bibir, mulut kering dan pecah-pecah.

b. Kolaborasi

- 1) Pertahankan penghisapan gaster/usus.

Rasional: selang NG biasanya dimasukkan pada praoperasi dan dipertahankan pada fase segera pascaoperasi untuk dekompresi usus, meningkatkan istirahat usus, mencegah muntah

2) Berikan cairan IV dan elektrolit.

Rasional: peritoneum bereaksi terhadap iritasi/infeksi dengan menghasilkan sejumlah besar cairan yang dapat menurunkan volume sirkulasi darah, mengakibatkan hipovolemi. Dehidrasi dan dapat terjadi ketidakseimbangan elektrolit.

3. Nyeri akut berhubungan dengan distensi jaringan usus oleh inflamasi, adanya insisi bedah.

Rencana tindakan:

a. Mandiri

1) Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, beratnya (skala 0-10).

Selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat.

Rasional: berguna dalam mengawasi keefektifan obat, kemajuan perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan terjadinya abses/peritonitis, memerlukan upaya evaluasi medik dan intervensi.

2) Pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler.

Rasional: gravitasi melokalisasi eksudat inflamasi dalam abdomen bawah atau pelvis, menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi supinasi .

3) Dorong ambulasi dini.

Rasional: meningkatkan normalisasi fungsi organ, contoh merangsang peristaltik dan kelancaran flatus, menurunkan ketidaknyamanan abdomen.

4) Berikan aktivitas hiburan.

Rasional: fokus perhatian kembali, meningkatkan relaksasi, dan dapat meningkatkan kemampuan coping.

b. Kolaborasi

1) Pertahankan puasa/penghisapan NGT pada awal.

Rasional: menurunkan ketidaknyamanan pada peristaltik usus dini dan iritasi gaster/muntah.

2) Berikan analgetik sesuai indikasi.

Rasional: menghilangkan nyeri mempermudah kerja sama dengan intervensi terapi lain contoh ambulasi, batuk.

3) Berikan kantong es pada abdomen.

Rasional: menghilangkan dan mengurangi nyeri melalui penghilangan rasa ujung syaraf. *Catatan:* jangan lakukan kompres panas karena dapat menyebabkan kongesti jaringan.

4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi.

Rencana tindakan:

a. Mandiri

1) Kaji ulang pembatasan aktivitas pascaoperasi, contoh mengangkat berat, olahraga, seks, latihan, menyetir.

Rasional: memberikan informasi pada pasien untuk merencanakan kembali rutinitas biasa tanpa menimbulkan masalah.

2) Dorong aktivitas sesuai toleransi dengan periode istirahat periodik.

Rasional: mencegah kelemahan, meningkatkan penyembuhan, dan perasaan sehat, dan mempermudah kembali ke aktivitas normal.

3) Anjurkan menggunakan laksatif/pelembek feses ringan bila perlu dan hindari enema.

Rasional: membantu kembali ke fungsi usus semula; mencegah mencejan saat defekasi.

4) Diskusikan perawatan insisi, termasuk mengganti balutan, pembatasan mandi, dan kembali ke dokter untuk mengangkat jahitan/pengikat.

Rasional: pemahaman meningkat kerja sama dengan program terapi, meningkatkan penyembuhan dan proses perbaikan.

5) Identifikasi gejala yang memerlukan evaluasi medik, contoh peningkatan nyeri, edema/eritema luka, adanya drainase, demam.

Rasional: upaya intervensi menurunkan resiko komplikasi serius contoh lambatnya penyembuhan, peritonitis.

H. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut (Dinarti & Mulyanti, 2017) implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari status masalah kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik dengan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi.

I. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Dinarti & Mulyanti, 2017) menjelaskan evaluasi merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna untuk menilai apakah tujuan dalam rencana tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan menilai efektifitas rencana keputusan atau strategi asuhan keperawatan. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai.

Ada beberapa bentuk format dokumentasi yang dapat digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah pasien salah satunya yaitu menggunakan pendekatan SOAP. S (Subjective) merupakan pernyataan atau keluhan dari pasien, O (Objective) merupakan data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga catatan: data subyektif dan obyektif harus relevan dengan diagnosa keperawatan yang dievaluasi, A (Analisis) merupakan kesimpulan dari objektif dan subjektif umumnya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan, P (Planning) merupakan rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Dinarti et al., 2013).

BAB III

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Mei 2021. Pasien masuk pada tanggal 2 Mei 2021 di Ruang Anyelir kelas I, nomor register 00.31.08 dengan diagnosa medis Appendisitis akut.

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. A, berjenis kelamin laki-laki, berusia 40 tahun, status perkawinan pasien kawin, beragama islam, suku bangsa Indonesia, pendidikan S1, bahasa yang digunakan bahasa Indonesia, pekerjaan pegawai swasta, alamat Tebet, Jakarta Selatan. Sumber biaya didapatkan dari BPJS, informasi yang didapatkan melalui pasien, keluarga, rekam medis dan perawat ruangan.

b. Resume

Pasien Tn.A (40 tahun) datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Swasta Jati Asih pada tanggal 2 Mei 2021 pukul 02.20 WIB, pasien dengan keluhan perut terasa sakit sekali, awalnya sakit pada ulu hati lalu menyebar ke perut kanan bawah dari 2 jam sebelum masuk rumah sakit, nyeri dengan skala 9 lalu pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri menetap, pengkajian nyeri PQRST yang dilakukan menggunakan metode numeric rating scale. Pada saat di IGD dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) didapatkan hasil tekanan darah (TD): 141/92 mmHg, frekuensi nadi 95x/menit, frekuensi pernapasan 20x/menit, suhu 36,5°C. Pasien diperiksa dengan keadaan umum sakit sedang dan kesadaran komposmentis, GCS: E: 4, V: 5, M: 6. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri. Tindakan kolaborasi yang dilakukan adalah pemasangan infus Ringer Laktat 500 cc/ 8 jam di vena *cevalica sinistra* dan memberikan obat ondansentron 8 mg, omeprazole 40 mg dan ketorolac 30 mg melalui intravena. Pukul 11.00

WIB pasien diantar ke radiologi untuk USG abdomen dengan kesan susp gambaran target sign serta kesuraman jaringan disekitarnya, diagnosa appendicitis akut.

Pukul 16.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang rawat penyakit dalam. Pasien masih mengeluh nyeri perut kanan bawah, nyeri dengan skala 9 lalu pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk dan nyeri menetap. Masalah keperawatan yang diangkat adalah nyeri. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu mengkaji TTV dengan hasil TD: 126/84 mmHg, frekuensi nadi: 80 x/menit, suhu 36,5 °C, SatO₂: 99%. Keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, GCS E: 4, V: 5, M: 6. Melakukan persiapan tindakan laparatomi.

Pukul 09.05 WIB pasien dilakukan operasi laparatomi appendiktomi, pukul 10.05 WIB operasi selesai dan pasien dipindahkan ke ruang pemulihan, pukul 12.35 WIB pasien kembali ke ruang rawat penyakit dalam. Evaluasi secara umum pasien sakit sedang, kesadaran composmentis.

2. Riwayat Keperawatan

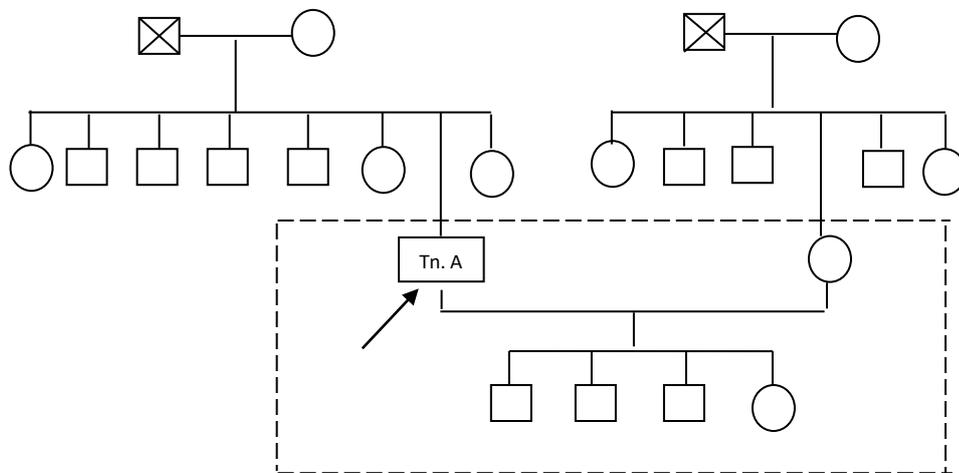
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan nyeri dibagian luka post operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 3, nyeri hilang timbul, pasien mengatakan sedikit mual.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien memiliki riwayat penyakit sebelumnya yaitu riwayat operasi hernia pada usia 10 tahun atau pada saat SD kelas 3/4. Pasien mengatakan alergi ikan tongkol dan obat anti nyeri tetapi tidak ingat namanya. Pasien tidak memiliki riwayat pemakaian obat.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga (genogram dan keterangan dari tiga generasi pasien)



Keterangan:

- | | | | |
|-----|-------------------|---|-------------|
| □ | : Laki-laki | ↗ | : Pasien |
| ○ | : Perempuan | × | : Meninggal |
| --- | : Tinggal bersama | | |

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko tidak ada.

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual

Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah istri dan anak-anaknya. Interaksi dengan keluarga terkait pola komunikasinya baik. Pembuat keputusan adalah pasien, dalam pembuat keputusan apabila ada suatu masalah diselesaikan dengan cara bermusyawarah. Dalam kemasyarakatan pasien cukup aktif mengikuti kegiatan yang diadakan oleh Rt/Rw di tempat tinggal pasien.

Dampak penyakit pasien terhadap keluarga adalah istri dan anak-anak pasien menjadi khawatir dengan keadaan pasien. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien mengatakan penyakitnya

sekarang membuat pasien merasa tidak nyaman. Mekanisme koping terhadap stress yaitu keluarga pasien mengatakan main game atau menonton tv.

Hal yang sangat dipikirkan pasien saat ini adalah pasien ingin cepat sembuh dan dapat beraktivitas seperti biasanya. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah ingin cepat sembuh dan tidak sakit seperti saat ini lagi. Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit adalah pasien mengatakan tidak nyaman dan mengganggu aktivitasnya.

Dalam keluarga pasien tidak ada kepercayaan atau nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan. Kegiatan keagamaan yang dilakukan adalah sholat 5 waktu, berdoa kepada Tuhan, dan mengaji jika ada waktu.

f. Pola Kebiasaan

1) Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan makan 3x/hari, nafsu makan baik, menghabiskan 1 porsi makanannya. Pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai, keluarga pasien mengatakan pasien suka sekali makan makanan yang pedas dan juga mie instan, keluarga pasien mengatakan pasien alergi dengan ikan tongkol dan obat nyeri tetapi tidak ingat namanya. Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan.

Selama dirawat di rumah sakit pasien mengatakan makan 3x/hari, nafsu makan berkurang karena sedikit mual, porsi makan yang menghabiskan hanya ½ porsi dengan diit makanan lunak. Pasien tidak menggunakan alat bantu NGT, dan lain-lain.

2) Pola Eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan frekuensi buang air kecil (BAK) 5-6 x/hari, berwarna kunih jernih, pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAK, pasien tidak menggunakan alat bantu untuk BAK seperti kateter dan lain-lain.

Pasien mengatakan buang air besar (BAB) 1x/hari, waktu BAB tidak menentu, warna kuning kecoklatan, konsistensi lembek, tidak ada keluhan saat BAB dan tidak menggunakan *laxative*.

Selama dirawat di rumah sakit pasien tidak merasakan ketika buang air kecil, pasien terpasang kateter urine, produksi urin belum ada. Pasien mengatakan belum BAB.

3) Pola Personal *hygiene*

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan mandi 3x/hari, pada pagi, siang dan sore hari. Pasien mengatakan sikat gigi 2x/hari pada pagi dan malam hari. Pasien mengatakan keramas 3x/minggu.

Selama dirawat di rumah sakit pasien mengatakan mandi 2x/hari pada pagi dan sore hari. Pasien mengatakan sikat gigi 2x/hari pada pagi dan malam hari. Pasien mengatakan selama di rawat belum pernah keramas.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan tidak pernah tidur siang, tidur malam 8-9 jam, pasien mengatakan kebiasaan sebelum tidur adalah bermain game.

Selama dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidur siang 2-3 jam, tidur malam 6-7 jam, kebiasaan sebelum tidur menonton televisi.

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan bekerja pada pagi hari sampai sore hari dan bekerja di rumah, pasien mengatakan jarang berolahraga. Pasien mengatakan tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Selama dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidak ada aktivitas selama di rumah sakit, pasien hanya istirahat di atas tempat tidur.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA.

Selama dirawat di rumah sakit pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum-minuman keras, dan tidak menggunakan NAPZA.

3. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan (BB): 70 kg, tinggi badan (TB): 167 cm, indeks masa tubuh (IMT): 25 (normal), keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata dan pergerakan bola mata tampak normal, konjungtiva tampak ananemis, kornea tampak normal, sclera tampak anikterik, pupil tampak isokor, tidak ada kelainan mata otot-otot mata, fungsi penglihatan tampak baik, tidak tampak ada tanda-tanda peradangan pada mata pasien. Pasien mengatakan menggunakan kacamata -1/2, respon cahaya positif.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga kanan dan kiri pasien tampak normal, tidak ada seruman pada telinga, kondisi telinga tengah tampak normal dan tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh pada telinga tidak ada, tidak terdapat tinnitus, fungsi pendengaran pasien normal, tidak ada gangguan keseimbangan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Pasien berbicara normal tidak terdapat gangguan pada sistem wicara, namun suara terdengar pelan karena masih dalam efek anestesi.

e. Sistem pernapasan

Jalan napas bersih, pasien tidak sesak, pasien tampak tidak menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 20x/menit. Irama napas teratur, jenis pernapasan spontan, kedalaman napas dangkal. Pasien tidak ada batuk, saat dipalpasi getaran dada sama kuat di kedua lapang paru kanan dan kiri, suara napas vesikuler, perkusi dada terdengar sonor, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat bernapas, dan pasien tidak menggunakan alat bantu napas.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi 90x/menit, irama teratur dan denyutan teraba kuat, tekanan darah (TD) 120/80 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis kanan dan kiri. Kulit teraba hangat, warna kulit pucat, pengisian kapiler <2 detik, tidak terdapat edema.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apical 90x/menit, irama teratur, tidak terdapat kelainan bunyi jantung, pasien mengatakan tidak ada nyeri dada.

g. Sistem hematologi

Pasien tampak pucat, tidak terdapat perdarahan.

h. Sistem syaraf pusat

Pasien mengatakan tidak ada sakit kepala, tingkat kesadaran komposmentis, glosgow coma scale (GCS) eye: 4, motoric: 6, verbal: 5 dengan hasil 15, tidak terdapat tanda-tanda peningkatan intra kranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologis tampak normal, reflek patologis tidak ada.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien tampak baik, tidak terdapat caries pada gigi, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah pasien tidak kotor, produksi saliva normal, pasien mengatakan tidak ada muntah. Pasien mengatakan nyeri pada daerah perut kanan dengan skala nyeri skala 3, nyeri seperti ditusuk-tusuk. Bising usus 5x/menit, pasien mengatakan tidak ada diare, pasien mengatakan tidak ada konstipasi, pemeriksaan hepar tidak teraba, abdomen teraba lembek.

j. Sistem endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak ada luka ganggren.

k. Sistem urogenital

Balance cairan (BC) pada tanggal 3 Mei 2021 adalah +300 ml/24 jam dengan intake 1900 ml/24 jam, output 1600 ml/24 jam (BC: $1900 - 1600 = +300$ ml). Pasien terpasang kateter urine, warna urine kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih.

l. Sistem integument

Turgor kulit elastis, temperature kulit hangat, warna kulit pucat, suhu $36,4^{\circ}\text{C}$, keadaan kulit pasien tampak baik, tidak ada kelainan kulit. Pasien terpasang infus pada tangan kanan dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

m. Sistem musculoskeletal

Pasien mengatakan sedikit lemas dan masih belum bisa menggerakkan kakinya karena efek anestesi, pasien mengatakan tidak ada sakit pada tulang, sendi atau kulit, tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang sendi, tidak ada kelainan struktur tulang

belakang, keadaan tonus otot baik, kekuatan tonus otot ekstremitas atas dan bawah 5.

n. Data tambahan

Pasien dan keluarga mengatakan sudah lebih tenang setelah dilakuakn operasi dan pasien mengatakan mengerti penyebab masalah kesehatannya dari tenaga kesehatan baik dokter dan perawat. Pasien mengatakan akan mengikuti anjuran dokter untuk menjaga pola makan, dan menerapkan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari.

4. Data Penunjang

a. Hasil laboratorium

Tanggal 2 Mei 2021 hematologi: hemoglobin 14,9 g/dL (13,5-18,0), leukosit 14.410 /ul (4.000-10.500)*, hematokrit 43% (42-52), trombosit 224.000 /ul (150.000-400.000), eritrosit 4,96 juta/ul (4,70-6,000) hitung jenis: basophil 0% (0-1), eosinophil 1% (2-4)*, Batang 3% (3-5), neutrophil segmen 84% (50-70)*, limfosit 8% (20-40)*, monosit 4% (2-8), MCH 30 pg (27-31), MCHC 35% (32-36). Masa pendarahan 3,00 menit (1,00-6,00), masa pembekuan 11,00 menit (9,00-15,00), gula darah sewaktu (GDS) 126 mg/dL (60-140).

b. Hasil pemeriksaan USG abdomen

Tanggal 2 Mei 2021 dengan kesan susp gambaran target sign serta kesuraman jaringan disekitarnya, DD/appedisitis akut, USG organ-organ intra abdomen lainnya saat ini dalam batas normal.

5. Pentalaksanaan

Infus ringer laktat (RL) 500ml/8 jam, ceftizoxime 2x2 gr via IV, metronidazole 3x500 mg via drip, ondansentron 3x4 mg via IV, omeprazole 1x40 mg via IV, ketorolac 3x30 mg via drip, tramadol 3x100 mg via drip, dextofen 3x25 mg via IV. Diit lunak 1700 kkal.

6. Data Fokus

Keadaan umum: sakit sedang, kesadaran komposmentis, GCS: 15 eye: 4 motorik: 6, verbal: 5, tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit, suhu 36,4 °C.

a. Kebutuhan fisiologis: cairan

Data subjektif: pasien mengatakan tidak ada diareme pasien mengatakan BAK sering, pasien mengatakan minum kurang lebih 1 botol air mineral ukuran sedang 400 ml.

Data objektif: pasien tampak terpasang kateter urine, intake 500 ml + cairan infus 1500 ml = 1900 ml/24 jam, output urine 900 ml + IWL 700 ml = 1600 ml/24 jam, balance cairan 1900 ml – 1600 ml = +300 ml, urine tampak kuning jernih, CRT <2 detik.

b. Kebutuhan fisiologis: nutrisi

Data subjektif: pasien mengatakan kurang nafsu makan, pasien mengatakan hanya menghabiskan ¼ porsi makanannya, pasien mengatakan sedikit mual, pasien mengatakan tidak ada muntah, pasien mengatakan tidak ada makanan yang tidak disukai, pasien alergi ikan tongkol.

Data objektif: pasien tampak menghabiskan ½ porsi makanannya, BB 70 kg, TB 167 cm, IMT 25 (normal), diit pasien makanan lunak 1700 kkal, hemoglobin 14,9 g/dl.

c. Kebutuhan rasa nyaman: Nyeri

Data subjektif: P: pasien mengatakan masih merasa nyeri dibagian luka operasi nyeri saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien

mengatakan nyeri dengan skala 3, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, nyeri hilang timbul

Data objektif: pasien tampak gelisah, pasien tampak memegang area sekitar operasinya ketika bergerak, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit.

d. Kebutuhan rasa aman

Data subjektif: pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 3.

Data objektif: luka operasi tertutup perban, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi, pasien tampak terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa), jumlah cairan drainase 40 cc berwarna merah, pasien tampak terpasang kateter urine, warna urine kuning jernih. Suhu 36,4 °C, leukosit 14,410 /ul.

7. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. P: pasien mengatakan masih merasa nyeri dibagian luka operasi nyeri pada saat bergerak b. Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk c. R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi d. S: pasien mengatakan nyeri dengan skala 3 e. T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, nyeri hilang timbul <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tampak gelisah b. Pasien tampak memegang area sekitar operasinya ketika bergerak c. TD 120/80 mmHg d. Frekuensi nadi 90 x/menit e. Frekuensi pernapasan 20 x/menit 	Nyeri akut	Agen pencedera fisik: prosedur operasi
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri 	Resiko infeksi	Kerusakan integritas kulit

	<p>b. Pasien mengatakan nyeri dengan skala 3.</p> <p>DO:</p> <p>a. Luka operasi tertutup perban, panjang luka 6 cm, perdarahan operasi 5 cc, tidak terjadi komplikasi operasi</p> <p>b. Tidak tampak ada rembesan pada luka operasi</p> <p>c. Pasien tampak terpasang drainase,</p> <p>d. Keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, fungtio laesa)</p> <p>e. Jumlah cairan drainase 40 cc berwarna merah</p> <p>f. Suhu 36,4 °C</p> <p>g. Leukosit 14,410 /ul</p>		
3.	<p>DS:</p> <p>a. Pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri pada area luka operasi</p> <p>b. Pasien megatakan merasa tubuhnya tidak berdaya</p> <p>DO:</p> <p>a. Pasien tampak gelisah</p> <p>b. Pasien tampak pucat</p>	Ansietas	Penyakit akut

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: prosedur operasi
2. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
3. Ansietas berhubungan dengan penyakit akut

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: prosedur operasi
Data subjektif: P: pasien mengatakan masih merasa nyeri dibagian luka operasi nyeri pada saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan nyeri dengan skala 3, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak, nyeri hilang timbul.

Data objektif: pasien tampak gelisah, pasien tampak memegang area sekitar operasinya ketika bergerak, TD 120/80 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi pernapasan 20 x/menit.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang samapi dengan hilang.

Kriteria hasil: keluhan nyeri menurun skala (0-1), frekuensi nadi dalam batas normal (60-100 x/menit), frekuensi pernapasan dalam batas normal (12-20 x/menit), tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg).

Rencana tindakan:

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan skala nyeri setiap shift
- b. Identifikasi respon nyeri non verbal setiap shift
- c. Kaji tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernapasan) setiap shift
- d. Fasilitasi istirahat tidur setiap shift
- e. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri setiap shift

- f. Berikan obat ketorolac 3x30 mg (drip), tramadol 3x100 mg (drip), dextofen 3x25 mg (IV).

Pelaksanaan keperawatan tanggal 3 Mei 2021

Pukul 12.35 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, dan skala nyeri dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi pada saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan skala nyeri 3, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul. Pukul Pukul 12.40 WIB mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD 120/80 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 20 x/menit. Pukul 13.00 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak gelisah, pasien tampak memegang area luka operasi saat bergerak. Pukul 13.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 13.30 WIB perawat ruangan memberikan obat ketorolac 30 mg dan tramadol 100 mg melalui drip dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 14.10 WIB memfasilitasi tidur dengan hasil pasien nyaman tidur dengan posisi semi fowler.

Pukul 16.00 mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD: 130/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan 20 x/menit. Pukul 16.10 WIB mengkaji respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis ketika bergerak. Pukul 17.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas dan skala nyeri dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi pada saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan skala nyeri 2, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul. Pukul 17.30 WIB mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 18.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ketorolac 30 mg dan tramadol 100 mg melalui drip dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 21.00 WIB

memfasilitasi istirahat tidur dengan hasil pasien nyaman tidur dengan posisi semi fowler.

Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memfasilitasi tidur dengan hasil pasien tidur dengan posisi semi fowler. Pukul 22.10 WIB perawat ruangan mengajarkan teknik relaksasi napas dengan hasil pasien mampu melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 05.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD 120/90 mmHg, nadi 89 x/menit, pernapasan 20 x/menit. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan obat ketorolac 30 mg dan tramadol 100 mg via drip. Pukul 06.10 WIB perawat ruangan mengidentifikasi lokasi karakteristik, kualitas, dan skala nyeri dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi pada saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan skala nyeri 2, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul. Pukul 06.15 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis ketika bergerak.

Evaluasi keperawatan tanggal 4 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyerinya berkurang, P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan nyeri skala 3, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul.

Objektif: TD 120/70 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan 18x/menit pasien tampak tenang, pemberian obat ketorolac 30 mg distop.

Analisa: masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan keperawatan tanggal 4 Mei 2021

Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas dan skala nyeri dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan nyeri skala 3, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul. Pukul 08.40 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis ketika bergerak. Pukul 10.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD 113/77 mmHg, nadi 89 x/menit, pernapasan 20 x/menit. Pukul 11.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 13.00 WIB memberikan obat tramadol 100 mg via drip dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 13.10 WIB memfasilitasi istirahat tidur dengan hasil pasien tidur dengan posisi semi fowler.

Pukul 14.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas dan skala nyeri dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan nyeri skala 2, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul. Pukul 14.10 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis ketika bergerak. Pukul 15.30 WIB mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD 115/77 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 20 x/menit. Pukul 17.00 WIB mengajarkan relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 18.00 WIB memberikan obat tramadol 100 mg via drip dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 20.30 WIB perawat ruangan memfasilitasi istirahat tidur dengan hasil pasien tidur dengan posisi semi fowler.

Pukul 22.00 WIB memfasilitasi istirahat tidur dengan hasil pasien tidur dengan posisi semi fowler. Pukul 23.00 WIB perawat ruangan memberikan obat dextofen 25 mg via IV. Pukul 23.10 WIB perawat

ruangan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 05.00 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD 120/80 mmHg, nadi 89 x/menit, pernapasan 19 x/menit. Pukul 06.00 WIB memberikan obat tramadol 100 mg via drip dan obat dextofen 25 mg via IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 06.05 WIB perawat ruangan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas dan skala nyeri dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan nyeri skala 2, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul. Pukul 06.10 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis ketika bergerak.

Evaluasi keperawatan tanggal 5 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyeri berkurang, P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan nyeri skala 2, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul

Objektif: TD 120/80 mmHg, nadi 89 x/menit, pernapasan 19 x/menit, pasien tampak tenang.

Analisa: masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 5 Mei 2021

Pukul 07.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, dan skala nyeri dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan nyeri skala 2, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak

dan hilang timbul. Pukul 09.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD 127/88 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 19 x/menit. Pukul 09.10 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis ketika bergerak. Pukul 12.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 13.00 WIB memberikan obat tramadol 100 mg via drip dan obat dextofen 25 mg via IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 13.10 WIB memfasilitasi istirahat tidur dengan hasil pasien nyaman tidur dengan posisi semi fowler.

Pukul 15.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas, dan skala nyeri dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan nyeri skala 1, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul. Pukul 15.10 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis ketika bergerak. Pukul 16.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD 124/80 mmHg, nadi 97 x/menit, pernapasan 18 x/menit. Pukul 17.00 WIB mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 18.00 WIB memberikan obat tramadol 100 mg via drip dan obat dextofen 25 mg via IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 20.00 WIB perawat ruangan memfasilitasi istirahat tidur dengan hasil pasien tidur dengan posisi semi fowler.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam. Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memfasilitasi istirahat tidur dengan hasil pasien tidur dengan posisi semi fowler. Pukul 04.40 WIB perawat ruangan mengkaji tanda-tanda vital dengan hasil TD 128/80 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 20x/menit. Pukul 06.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, kualitas dan skala nyeri dengan hasil P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi saat bergerak,

Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan nyeri skala 1, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul. Pukul 06.05 WIB memberikan obat tramadol 100 mg via drip dan obat dextofen 25 mg via IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 06.10 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal dengan hasil pasien tampak meringis ketika bergerak.

Evaluasi keperawatan tanggal 6 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan nyeri berkurang, P: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi saat bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, S: pasien mengatakan nyeri skala 1, T: pasien mengatakan nyeri saat bergerak dan hilang timbul.

Objektif: TD 128/80 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 20 x/menit.

Analisa: masalah teratasi tujuan tercapai.

Planning: hentikan intervensi

2. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

Data subjektif: Pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 3.

Data objektif: Luka operasi tertutup perban, panjang luka 6 cm, perdarahan operasi 5 cc, pasien tampak terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, fungtio laesa), jumlah cairan drainase 5 cc berwarna merah, tidak terjadi komplikasi operasi, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi, suhu 36,4 °C, leukosit 14,410 /ul.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.

Kriteria hasil: tidak ada tanda-tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, tumor dan fungtio laesa), suhu dalam batas normal (36,5-37,5 °C).

Rencana tindakan:

- a. Monitor tanda-tanda infeksi setiap shift
- b. Monitor tanda-tanda vital (suhu) setiap shift
- c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar setiap hari
- e. Berikan diit/makan sesuai dengan program medis yaitu diit lunak 1700 kkal
- f. Berikan obat metronidazole 3x500 mg via drip dan ceftizoxime 2x2 gr via IV sesuai program medis

Pelaksanaan tanggal 3 Mei 2021

Pukul 12.40 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,4 °C. Pukul 12.50 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 3, luka operasi tertutup perban, terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, tumor, fungtio laesa), jumlah cairan drainase 5 cc berwarna merah, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi, suhu 36,4 °C, leukosit 14,410 /ul. Pukul 13.00 WIB memberikan diit/makan sesuai dengan program medis yaitu diit lunak 1700 kkal dengan hasil diit berhasil diberikan. Pukul 13.10 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 13.30 WIB perawat ruangan memberikan obat metronidazole 500 mg via drip dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 13.40 WIB mengajarkan cara mencuci tangan yang benar dengan hasil pasien dapat melakukan cara mencuci tangan dengan benar.

Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,5 °C. pukul 16.20 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 3, luka operasi tertutup perban, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi, terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, tumor, fungtio laesa), jumlah cairan drainase 5 cc berwarna merah suhu 36,5 °C. Pukul 16.30 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 17.00 WIB memberikan diit/makan sesuai dengan program medis yaitu diit lunak 1700 kkal dengan hasil diit berhasil diberikan. Pukul 18.00 WIB perawat ruangan memberikan obat metronidazole 500 mg dan obat ceftizoxime 2 gr via IV dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 22.00 WIB perawat ruangan memonitor tanda-tanda infkesi dengan hasil pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 3, luka operasi tertutup perban, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi, terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, tumor, fungtio laesa), jumlah cairan drainase 5 cc berwarna merah suhu 36 °C. Pukul 05.00 WIB perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,6 °C. Pukul 05.40 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan obat metronidazole 500 mg via drip dan obat ceftizoxime 2 gr via IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 06.10 WIB memberikan diit/makan sesuai dengan program medis yaitu diit lunak 1700 kkal dengan hasil diit berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 4 Mei 2021 pukul 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam hanya luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 3.

Objektif: suhu 36,6 °C dan tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor dan functio laesa), keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa), jumlah cairan drainase 5 cc berwarna merah.

Analisa: masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 4 Mei 2021

Pukul 08.40 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 3, luka operasi tertutup perban, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi, terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa), jumlah cairan drainase 20 cc berwarna merah suhu 36,8 °C. Pukul 10.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,4 °C. Pukul 10.20 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 11.00 WIB mengajarkan cara mencuci tangan yang benar dengan hasil pasien dapat melakukan cara mencuci tangan dengan benar. Pukul 12.00 WIB memberikan diit/makan sesuai dengan program medis yaitu diit lunak 1700 kkal dengan hasil diit berhasil diberikan. Pukul 13.00 WIB memberikan obat metronidazole 500 mg via drip dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 14.20 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 2, luka operasi tertutup perban, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi, terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa), jumlah cairan drainase 20 cc berwarna merah, suhu 36,5

°C. Pukul 15.30 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,5 °C. Pukul 15.40 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 17.00 WIB perawat ruangan memberikan diit/makan sesuai dengan program medis yaitu diit lunak 1700 kkal dengan hasil diit berhasil diberikan. Pukul 18.00 WIB perawat ruangan memberikan obat metronidazole 500 mg via drip dan ceftizoxime 2 gr via IV dengan hasil obat berhasil diberikan.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 2, luka operasi tertutup perban, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi, terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa), jumlah cairan drainase 20 cc berwarna merah, suhu 36,6 °C. Pukul 21.10 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 05.00 WIB perawat ruangan memberikan obat metronidazole 500 mg via drip dan ceftizoxime 2 gr via IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 05.10 WIB perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,5 °C. Pukul 06.00 perawat ruangan memberikan diit/makan sesuai dengan program medis yaitu diit lunak 1700 kkal dengan hasil diit berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 5 Mei 2021 jam 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam hanya luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 2.

Objektif: suhu 36,5 °C dan tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor dan functio laesa), keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa), jumlah cairan drainase 20 cc berwarna merah.

Analisa: masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan keperawatan tanggal 5 Mei 2021

Pukul 07.30 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 2, luka operasi tertutup perban, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi, terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, fungtio laesa), jumlah cairan drainase 40 cc berwarna merah, suhu 36,9 °C. Pukul 09.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,9 °C. Pukul 10.00 WIB mengajarkan cara mencuci tangan yang benar dengan hasil pasien dapat melakukan cara mencuci tangan dengan benar. Pukul 12.00 WIB memberikan diit/makan sesuai dengan program medis yaitu diit lunak 1700 kkal dengan hasil diit berhasil diberikan. Pukul 13.00 WIB memberikan obat metronidazole 500 mg via drip dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 13.10 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.

Pukul 15.00 WIB memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 1, luka operasi tertutup perban, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi, terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor, fungtio laesa), jumlah cairan drainase 40 cc berwarna merah, suhu 36,9 °C. Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36 °C. Pukul 17.10 WIB memberikan diit/makan sesuai dengan program medis yaitu diit lunak 1700 kkal dengan hasil diit berhasil diberikan. Pukul 18.00 WIB perawat ruangan memberikan obat metronidazole 500 mg via drip dan ceftizoxime 2 gr via IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 18.10 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 21.10 WIB perawat ruangan memonitor tanda-tanda infeksi dengan hasil pasien mengatakan luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 1, luka operasi tertutup perban, tidak tampak ada rembesan pada luka operasi,

terpasang drainase, keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, tumor, fungtio laesa), jumlah cairan drainase 40 cc berwarna merah, suhu 36,1 °C. Pukul 21.20 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Pukul 04.40 WIB perawat ruangan memonitor tanda-tanda vital dengan hasil suhu 36,4 °C Pukul 06.00 WIB perawat ruangan memberikan obat metronidazole 500 mg via drip dan ceftizoxime 2 gr via IV dengan hasil obat berhasil diberikan. Pukul 06.10 perawat ruangan memberikan diit/makan sesuai dengan program medis yaitu diit lunak 1700 kkal dengan hasil diit berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan tanggal 6 Mei 2021 jam 06.00 WIB

Subjektif: pasien mengatakan tidak ada demam hanya luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 1.

Objektif: suhu 36,4 °C dan tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, tumor dan fungtio laesa), keadaan kulit sekitar pemasangan drainase tidak tampak ada tanda infeksi, jumlah cairan drainase 40 cc berwarna merah.

Analisa: masalah teratasi tujuan tercapai

Planning: hentikan intervensi.

3. Ansietas berhubungan dengan penyakit akut

Data subjektif: pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri pada area luka operasi, pasien mengatakan merasa tubuhnya tidak berdaya.

Data Objektif: pasien tampak gelisah, pasien tampak pucat.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit diharapkan ansietas berkurang sampai dengan hilang

Kriteria hasil: gelisah menurun sampai dengan hilang, pasien tampak lebih tenang, nadi dalam batas normal (60-100 x/menit), pernapasan

dalam batas normal (12-20 x/menit), tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg).

Rencana tindakan:

- a. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) pershift
- b. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis pershift
- c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- d. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan perhari
- e. Latih teknik relaksasi napas dalam pershift

Pelaksanaan keperawatan tanggal 3 Mei 2021

Pukul 12.40 WIB memonitor tanda-tanda ansietas dengan hasil pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri pada area luka operasi, pasien mengatakan merasa tubuhnya tidak berdaya, pasien tampak gelisah, pasien tampak pucat, TD 120/80 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 20 x/menit. Pukul 13.00 WIB melatih teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam dan tampak lebih tenang. Pukul 13.10 WIB perawat ruangan menginformasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis dengan hasil pasien mengatakan sudah memahani tentang pengobatan yang sudah dijalankan. Pukul 14.00 WIB menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dengan hasil keluarga pasien mengatakan akan tetap bersama pasien. Pukul 15.00 WIB melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan dengan hasil pasien tampak lebih rileks setelah berbicara mengenai pengalaman hidup dan menonton televisi.

Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda ansietas dengan hasil pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri pada area luka operasi, pasien tampak lebih rileks, pasien tampak pucat, TD 130/80 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan 20 x/menit. Pukul 17.00 WIB melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan dengan hasil pasien

tampak lebih rileks setelah menonton televisi dan bermain handphone. Pukul 17.30 WIB perawat ruangan melatih teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam dan tampak lebih tenang. Pukul 17.40 WIB perawat ruangan menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dengan hasil keluarga pasien mengatakan akan tetap bersama pasien. Pukul 18.30 WIB perawat ruangan menginformasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis dengan hasil pasien mengatakan sudah memahani tentang pengobatan yang sudah dijalankan.

Pukul 21.00 WIB perawat ruangan melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan dengan hasil pasien tampak lebih rileks setelah berbicara mengenai pengalaman hidup. Pukul 22.10 WIB perawat ruangan melatih teknik relaksasi napas dalam dengan hasil pasien dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam dan tampak lebih tenang. Pukul 05.00 WIB perawat ruangan memonitor tanda-tanda ansietas dengan hasil pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri pada area luka operasi, pasien tampak lebih rileks, TD 120/90 mmHg, nadi 89 x/menit, pernapasan 20 x/menit. Pukul 05.30 WIB perawat ruangan menginformasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis dengan hasil pasien mengatakan sudah memahani tentang pengobatan yang sudah dijalankan. Pukul 06.00 WIB perawat ruangan menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dengan hasil keluarga pasien mengatakan akan tetap bersama pasien.

Evaluasi keperawatan tanggal 4 Mei 2021 jam 06.00 WIB

Subjektif: pasien masih sedikit takut untuk bergerak karena nyeri pada area luka operasi

Objektif: pasien tampak rileks, TD 120/70 mmHg, nadi 88 x/menit, pernapasan 18x/menit

Analisa: masalah teratasi tujuan tercapai

Planning: lanjutkan semua intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Dalam pengkajian penulis menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus sebagai berikut:

Menurut teori (Wijaya & Putri, 2013) tanda dan gejala yang dapat terjadi pada pasien dengan apendisitis adalah muntah yang berlangsung lebih dari 2 hari, demam yang tidak terlalu tinggi, konstipasi dan terkadang terjadi diare. Hal ini tidak terjadi pada pasien dikarenakan pasien sudah diberikan obat ondansetron 4 mg untuk mengurangi mual dan muntah, dibuktikan dengan pasien hanya mengeluh sedikit mual, suhu 36,4 °C, tidak ada keluhan sulit buang air besar atau diare.

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan apendisitis menurut (Wijaya & Putri, 2013) peritonitis yang ditandai dengan panas tinggi 39,5 °C – 40 °C, menggigil dan icterus. Hal ini tidak terjadi pada pasien karena pada saat pengkajian pasien tidak mengalami panas tinggi dengan suhu 36,4 °C, tidak mennggigil dan icterus.

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien dengan *apendisitis* menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) adalah pemeriksaan laboratorium terutama leukosit, pemeriksaan radiologi yaitu: foto polos, USG, CT scan dan apendikogram. Namun pada kasus hanya dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil leukosit 14.410 /ul dan pemeriksaan USG abdomen dengan kesan: susp gambaran target sign serta kesuraman jaringan disekitarnya, DD/appedisitis akut, USG organ-organ intra abdomen lainnya saat ini dalam batas normal. Dengan pemeriksaan laboratorium dan USG sudah mendukung dalam penegakkan diagnosis, sehingga tidak diperlukan lagi pemeriksaan yang lainnya.

Penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada pasien pasca operasi apendiktomi menurut (Mardalena, 2018) adalah observasi tanda-tanda vital, angkat selang makan bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah, anjurkan atau berikan pasien posisi *semi fowler*, pasien dinyatakan baik jika tidak terjadi gangguan dalam 12 jam, pasien dipuaskan dahulu jika ada tindakan operasi yang lebih besar seperti perforasi puasa dilakukan sampai fungsi usus kembali normal, berikan minum sebanyak 15 cc/jam selama 4-5 jam lalu tambahkan menjadi 30 cc/jam. Pada hari selanjutnya berikan makanan saring, dan hari berikutnya berikan makanan lunak seperti bubur, satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk di tempat tidur selama 2x30 menit, pada hari kedua pasien dianjurkan untuk berdiri dan duduk di luar kamar, pada hari ketujuh jahitan sudah dapat dilepas jika tidak ada tanda-tanda infeksi dan pasien diperbolehkan pulang. Namun pada kasus pasien tidak dipasang NGT karena pasien dalam kondisi sadar dan tidak perlu dipasang NGT.

Faktor pendukung pada saat pengkajian pasien serta keluarga kooperatif dan terbuka mengenai keluhan untuk data yang dibutuhkan dan adanya status atau *medical record* pasien dan perawat ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data yang dibutuhkan.

Faktor penghambat penulis kesulitan dalam membaca tulisan tangan dokter, perawat dan hasil operasi sulit untuk dibaca. Solusinya penulis meminta tolong kepada perawat ruangan untuk membacakan ulang tulisan tangan dokter atau perawat yang sulit untuk dibaca.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada di dalam teori (Doenges et al., 2012) tetapi tidak ada pada kasus yaitu:

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah sebelum operasi, pembatasan pasca operasi contoh puasa, status hipermetabolik contoh edema dan proses penyembuhan, inflamasi pada peritoneum dengan cairan asing. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena pada saat

pengkajian pasien tidak ada muntah, tidak ada diare, turgor kulit elastis, mukosa tampak lembab, dan nadi teraba kuat.

2. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajan atau mengingat informasi, salah interpretasi informasi, tidak mengenal sumber informasi. Diagnosa tersebut tidak diangkat karena pada saat pengkajian pasien sudah memahami tentang penyakitnya dan sudah mendapatkan informasi dari dokter, perawat ruangan dan internet.

Diagnosa keperawatan yang tidak ada di dalam teori (Doenges et al., 2012) tetapi ada pada kasus yaitu:

1. Ansietas berhubungan dengan penyakit akut. Diagnosa tersebut tidak ada di teori namun ditegakkan dikasus karena pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri pada area luka operasi dan pasien tampak gelisah.

Faktor yang mendukung dalam menegakkan diagnosa yaitu pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi, data-data pasien mendukung dalam menegakkan diagnosa.

Penulis tidak menemukan hambatan dalam menentukan diagnosa dikarenakan data yang tersedia cukup lengkap.

C. Rencana Keperawatan

Menurut teori penyusunan waktu dalam mencapai tujuan dari setiap intervensi tidak ada batasan waktu, sedangkan pada kasus penulis menetapkan 3x24 jam untuk pencapaian setiap intervensi pada diagnosa keperawatan yang sudah ditegakkan oleh penulis.

Berikut adalah kesenjangan pada rencana keperawatan yang ada di dalam teori (Doenges et al., 2012) tetapi tidak ada dalam kasus yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: prosedur operasi apendektomi

- a. Berikan aktivitas hiburan. Penulis tidak merencanakan hal ini karena pasien mengatakan sudah melakukan aktivitas hiburan seperti menonton televisi.
 - b. Pertahankan puasa atau penghisapan NGT pada awal. Penulis tidak merencanakan hal ini karena pasien sudah tidak puasa dan tidak menggunakan NGT.
 - c. Berikan kantong es pada abdomen. Penulis tidak merencanakan hal ini karena pasien sudah merasa cukup dengan pemberian obat analgetik.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit abdomen
- a. Lihat insisi dan balutan. Catat karakteristik drainase luka atau drain (bila dipasang), dan adanya eritema. Penulis tidak merencanakan hal ini karena penulis tidak melakukan perawatan luka post operasi apendiktomi sehingga tidak dapat melihat insisi luka.
 - b. Ambil contoh drainase bila diindikasikan. Penulis tidak merencanakan hal ini karena pasien tidak diindikasikan untuk pengambilan contoh drainase.
 - c. Bantu irigasi dan drainase bila diindikasikan. Penulis tidak merencanakan hal ini karena pasien tidak diindikasikan untuk irigasi dan drainage sudah dipasang di ruang operasi.

Faktor yang mendukung pada saat membuat perencanaan keperawatan yaitu pasien dan keluarga kooperatif dalam memberikan informasi terkait pasien, data-data mendukung dalam membuat perencanaan dan terdapat buku sumber yang dapat membantu penulis.

Tidak ditemukan hambatan dalam membuat perencanaan keperawatan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Penulis melakukan pelaksanaan keperawatan berdasarkan perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan keperawatan kepada pasien dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 3 sampai 5 Mei 2021. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik karena adanya faktor pendukung yaitu adanya sikap kooperatif dari pasien dan keluarga yang membantu untuk melakukan

perencanaan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat agar berjalan dengan baik terutama tentang penyakit yang dialami pasien, hal ini dibuktikan dengan pasien mengalami perkembangan dalam kondisi kesehatannya. Pada hari kedua obat ketorolac 30 mg di stop dan diganti dengan dengan obat dextofen 25 mg karena keluhan nyeri pasien sudah berkurang.

Faktor penghambat dalam melaksanakan perencanaan yaitu keterbatasan waktu sehingga tidak dapat dilaksanakan dalam 24 jam, karena penulis bekerja secara shift. Solusi penulis yaitu mendelegasikan kepada perawat ruangan untuk melaksanakan perencanaan keperawatan yang sudah disusun dan mendokumentasikannya, lalu penulis melihat dan mencatat semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat ruangan pada saat shift siang dan shift malam di keesokan harinya dicatat keperawatan.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan pada kasus penulis mengarah pada tujuan dan kriteria hasil yang telah dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan pada kasus yang dilakukan setiap hari dengan komponen utama dalam catatan keperawatan SOAP.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: prosedur operasi apendiktomi.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang sampai dengan hilang, masalah teratasi, tujuan tercapai pada tanggal 6 Mei 2021, hal tersebut ditandai dengan pasien mengatakan nyeri berkurang, TD 128/80 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 20 x/menit.

2. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit abdomen.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi, masalah teratasi tujuan tercapai pada tanggal 6 Mei 2021 ditandai dengan pasien mengatakan tidak ada demam hanya luka operasi terasa nyeri, pasien mengatakan nyeri dengan skala 1, suhu 36,4 oC dan tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi (rubor, calor, dolor, tumor dan fungtio laesa).

3. Ansietas berhubungan dengan penyakit akut

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x30 menit jam diharapkan ansietas berkurang, masalah teratasi tujuan tercapai pada tanggal 4 Mei 2021 ditandai dengan pasien mengatakan sudah tidak takut untuk bergerak tetapi masih nyeri pada area luka postoperasi, pasien tampak lebih tenang, TD 128/80 mmHg, nadi 90 x/menit, pernapasan 20x/menit.

Faktor pendukung dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah sikap pasien dan keluarga yang kooperatif kepada penulis, serta perawat ruangan yang selalu bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien.

Tidak ditemukan faktor penghambat dalam membuat evaluasi keperawatan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Umumnya apendisitis terjadi karena infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya, diantaranya adalah penyumbatan yang terjadi pada lumen apendiks. Penyumbatan ini biasanya disebabkan karena adanya penumpukan tinja yang keras atau disebut fekalit, hiperplasia jaringan limfoid, tumor apendiks, benda asing di dalam tubuh, dan cacing askaris. Berdasarkan penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa kebiasaan mengonsumsi makanan rendah serat dapat mempengaruhi terjadinya konstipasi, sehingga terjadinya apendisitis.

Pada Tn. A penyebab apendisitis karena kebiasaan mengonsumsi makanan rendah serat. Tanda dan gejala yang ditemukan diantaranya nyeri dibagian perut kuadran kanan bawah, mual, perasaan tidak enak pada perut kanan bawah dan penurunan nafsu makan. Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan pada pasien adalah pemeriksaan USG abdomen.

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan apendisitis yaitu terdapat tiga diagnosa keperawatan. Diagnosa utama yang diangkat adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: prosedur operasi. Hal ini dikarenakan pada pasien apendisitis terjadi nyeri dibagian perut kuadran kanan bawah yang disebabkan oleh peradangan apendisitis dan nyeri pada area luka operasi.

Perencanaan keperawatan pada pasien dengan apendisitis terdapat perencanaan mandiri dan kolaborasi yaitu mengkaji lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, dan memberikan obat ketorolac, tramadol, dexketopren sesuai indikasi.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan apendisitis adalah mengkaji lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, mengkaji tanda-tanda infeksi dan memberikan obat analgetik dan antibiotik untuk mencegah komplikasi dari tindakan pembedahan.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien apendisitis yang harus diperhatikan adalah tanda-tanda infeksi dan keluhan nyeri.

B. Saran

1. Untuk penulis

Diharapkan mampu memahami kasus berdasarkan teori yang ada, lebih memahami konsep proses keperawatan sehingga dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis lebih maksimal, serta harus memiliki sikap *caring* seperti memberikan edukasi kesehatan mengenai penyakit pasien agar tidak terjadi penyakit berulang atau komplikasi lainnya.

2. Untuk perawat

Diharapkan dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan secara baik dan benar.

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, M. F. (2018). Evaluasi Penggunaan Antibiotik Profilaksis Operasi Apendisitis pada Pasien Dewasa di RSUD Dr. Moewardi Tahun 2017. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*.
- Arifuddin, A., Salmawati, L., & Prasetyo, A. (2017). Faktor Resiko Kejadian Apendisitis di Bagian Rawat Inap RSUD Anutapura Palu 2017. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 26–33. <http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/Preventif/article/view/8344>
- Berman, A., & Koziar, B. (2012). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. EGC.
- Black, J., & Hawks, J. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan Edisi 8 Buku 2* (8th ed.). Salemba Medika.
- Depkes RI. (2012). *PROFIL KESEHATAN PROVINSI JAWA BARAT TAHUN 2012*.
- Depkes RI. (2017). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia Tahun 2017*.
- Dinarti, Aryani, R., Nurhaeni, H., Chairani, R., & Tutiany. (2013). *Dokumentasi Keperawatan*. CV. Trans Info Media.
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 167.
- Doenges, M., Moorhouse, M., & Geisserler, A. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien* (3rd ed.). EGC.
- Dortland, & Newman. (2010). *Kamus Kedokteran Dorland, Edisi 31* (31st ed.). EGC.
- Haryono, R. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan*. Gosyen Publishing.
- Khairiyah, S. F., & Limas, P. I. (2020). Analisis jumlah leukosit , lama gejala dan suhu tubuh sebagai prediktor lamanya operasi pada kasus apendisitis akut. *Tarumanagara Medical Journal*, 2(2), 359–363.
- Mardalena, I. (2018). *Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan sistem Pencernaan*. Pustaka Baru Press.
- Mitchell, Kumar, Abbas, & Fautso. (2010). *Dasar Patologis Penyakit Robbins & Cotran edisi ke-7*. EGC.
- Nurarif, A., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc* (Jilid 1). MediAction Publishing.

- Sjamsuhidajat, R., & Jong, D. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah Sjamsuhidajat-De Jong Edisi 3* (3rd ed.). EGC.
- Suddarth, B. &. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah* (12th ed.). Buku Kedokteran EGC.
- Taufik, M., & Hasibuan, D. (2018). Hubungan status nutrisi dengan waktu penyembuhan luka pada pasien. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 4(1), 1–4.
- Tumiwa, I. (2018). *Eathing Cleanh*. Kawan Pustaka.
- Wijaya, A., & Putri, Y. (2013). *KMB 1: Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Nuha Medika.
- World Health Organization. (2014). *Methos And Data Sources Level Causes Of Death*.
- Yanti, Y., Purnamasari, E., Sugiyat, Y., & Patmawati, L. (2018). *Ilmu Penyakit dan Penunjang Diagnostik*. IN MEDIA.

LAMPIRAN

A. Patoflowdiagram (Nurarif & Kusuma, 2015)

