

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN
APPENDISITIS DI RUANG BAITUN NISSA 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah
diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

MELFIANA

NIM. 4090180005

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2020/20**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN
APPENDISITIS DI RUANG BAITUNNISA 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

MELFIANA

NIM. 4090180005

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2020/202**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 02 Juni 2021



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M DENGAN APPENDISITIS DI
RUANG BAITUN NISSA 1RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Disusun oleh :

Nama : Melfiana

NIM : 40901800054

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk di pertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah program studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada :

Hari : Rabu

Tanggal : 02 Juni 2021

Semarang, 02 Juni 2021

Pembimbing



(Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep)
NIDN. 06-2802-8603

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada hari Rabu tanggal 02 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 02 Juni
2021

Penguji I

Ns. Nopi Nur Khasanah, M. Kep, Sp. Kep. An
NIDN. 06-3011-8701

(.....)

Penguji II

Ns. Indra Tri Astusi, M. Kep, Sp. Kep. An
NIDN. 08-1809-7805

(.....)

Penguji III

Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep
NIDN. 06-2802-8603

(.....)

Mengetahui,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Ivan Ardian, SKM., M. Kep
NIDN. 0622087403

MOTTO

Man Jadda Wajada

(Siapa yang bersungguh-sungguh maka ia akan berhasil)

“Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan”

(Q.S Al-Insyirah : 5-6)

“Dan barang siapa yang bertaqwa kepada Allah, niscaya Allah menjadikan baginya kemudahan dalam urusannya”

(QS. At-Talaq : 4)



HALAMAN PERSEMBAHAN

Segala rasa syukur atas rahmat dan karunia Allah SWT, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis persembahkan kepada :

1. Pertama saya ucapkan syukur kepada Allah SWT tanpa kuasa-Nya saya tidak bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Kepada kedua orang tua saya Ibu Rumini dan Bapak Sutrisno yang tercinta beserta adik dan keluarga tersayang. Terimakasih atas doa dan dukungan yang luar biasa di setiap perjalanan hidup saya dengan penuh perhatian, kasih sayang yang besar terhadap saya yang tidak ada hentinya, dan selalu memberi dukungan saya dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
3. Keluarga besar dari bapak dan ibu, terimakasih atas dukungan yang kalian berikan kepada saya.
4. Terimakasih untuk semua teman sejawat yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan arahan untuk saya dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini selama masa kuliah saya.
5. Semua bapak ibu dosen yang saya cintai serta seluruh staf karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
6. Dosen pembimbing saya Ibu Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep, dosen penguji saya IbuNs. Nopi Nur Khasanah, M.Kep, Sp.Kep. An dan Ibu Ns. Indra Tri Astusi, M.Kep, Sp.Kep. An yang selalu sabar dalam mengarahkan dan senantiasa memberi ilmunya kepada saya.
7. Dosen wali saya Ibu Ns. Kurnia Wijayanti, M.Keptercinta yang selalu memotivasi saya untuk menjadi mahasiswa yang baik dan berakhlak mulia.
8. Teman-teman D-III angkatan 2018 yang selalu memberikan kenangan terindah disetiap waktu yang sudah kita lalui bersama selama tiga tahun ini. Terimakasih semuanya untuk doa, dukungan, kebahagiaan, dan kesedihan yang tidak akan terlupakan.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Alhamdulillahirobbil'alamin, segala puji syukur segala rahmat-Nya penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan hidayah-Nya, dengan ini penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.M DENGAN APPENDISITIS DI RUANG BAITUNNISA 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG".

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini menjadi salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Berbagai hambatan yang penulis telah hadapi dalam proses menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, namun selesai dengan tepat waktu berkat ilmu dan bimbingan dari berbagai pihak, sehubungan dengan ini maka penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D, Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM., M. Kep, Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Muh. Abdurrouf, M. Kep, Selaku Kaprodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ns. Kurnia Wijayanti, M. Kep, Selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah saya yang senantiasa bijaksana dan bersabar dalam memberikan bimbingan, semangat, nasehat, kepercayaan, dan waktunya selama penulisan Karya Tulis Ilmiah Ini.

6. Seluruh dosen pengajar dan staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan berbagai ilmu selama masa perkuliahan hingga dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Kepada orang tua saya Bapak Sutrisno dan Ibu Rumini yang tercinta atas limpahan doa, kerja keras, dan kesabaran yang ikhlas serta berjuang demi masa depan dan kesuksesan penulis dan tidak pernah berhenti memberikan semangat dan motivasi dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada Paman dan Bibi serta sahabat saya tercinta Lina, Mona, dan Aldi yang selalu memberikan semangat, nasehat, motivasi, dan keceriaan disaat mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Teman-teman D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang angkatan 2018 yang saling mendukung dan memberikan motivasi dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah senantiasa memberikan balasan yang berlipat ganda kepada semua pihak yang telah ikhlas membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Peneliti menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kesempurnaan, untuk itu peneliti mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak guna menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya peneliti berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi siapa saja yang memerlukan dan membutuhkannya.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Semarang, 02 Juni 2021

Penulis



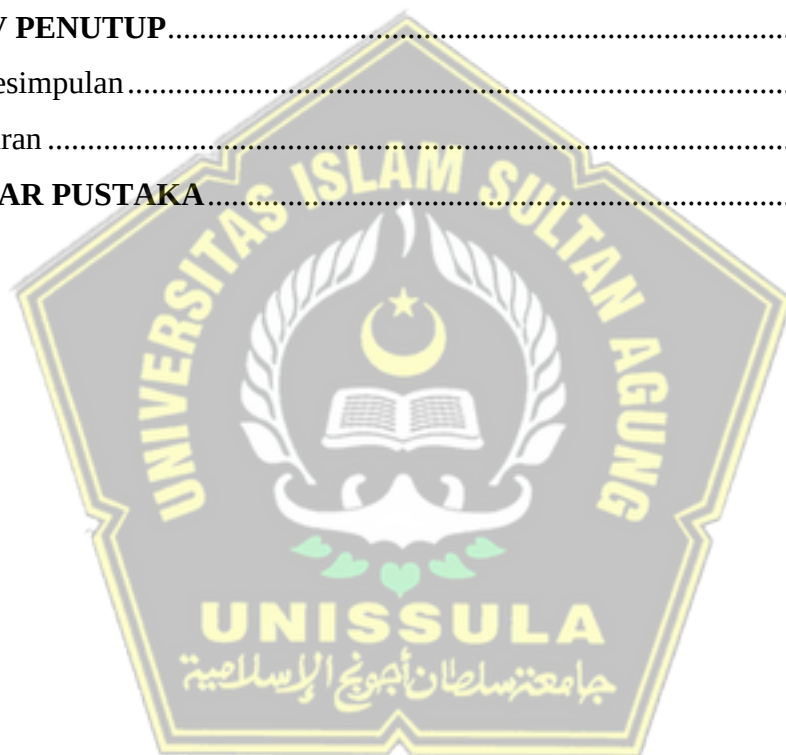
(Melfiana)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Studi Kasus.....	2
C. Manfaat Studi Kasus.....	2
BAB II TINJAUAN TEORI.....	4
A. Konsep Anak	4
1. Pengertian Anak.....	4
2. Kebutuhan Dasar Anak.....	4
3. Tingkat dan Tugas Perkembangan Anak	4
4. Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak	5
B. Konsep Dasar Penyakit.....	7
1. Pengertian	7
2. Etiologi.....	7
3. Patofisiologi	9
4. Manifestasi klinis.....	11
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	12
6. Komplikasi.....	12
7. Penatalaksanaan	13
C. Konsep Dasar Keperawatan.....	14

1. Pengkajian.....	14
D. Pathways.....	18
BAB III LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	19
A. Pengkajian.....	19
1. Identitas.....	19
2. Keluhan Utama	19
3. Riwayat Penyakit Sekarang	19
4. Riwayat Masa Lampau	20
5. Riwayat Keluarga.....	21
6. Riwayat Sosial	21
7. Keadaan Kesehatan Ketika ini	22
B. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon.....	22
1. Persepsi Kesehatan / Penanganan Kesehatan	22
2. Nutrisi	22
3. Eliminasi	22
4. Aktivitas.....	22
5. Tidur dan istirahat	23
6. Kognitif / Perseptual	23
7. Persepsi Diri.....	23
8. Peran dan Hubungan	23
9. Seksualitas dan Reproduksi	24
10. Koping dan toleransi stress	24
11. Nilai dan kepercayaan	24
C. Pemeriksaan Fisik.....	24
1. Keadaan Klien.....	24
2. Pemeriksaan Jantung, Paru, dan Abdomen	25
3. Genetalia	25
4. Ekstremitas.....	25
5. Kulit	25
6. Pemeriksaan Perkembangan	25
D. Therapy.....	25

E. Pemeriksaan Penunjang	26
F. Analisa Data.....	29
G. Planning atau Intervensi Keperawatan	30
H. Implementasi Keperawatan	31
I. Evaluasi Keperawatan	34
BAB IV PEMBAHASAN	36
A. Pengkajian.....	36
B. Diagnosa Keperawatan	38
BAB V PENUTUP	44
A. Kesimpulan.....	44
B. Saran	45
DAFTAR PUSTAKA.....	46



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Pathways Appendisitis	18
Gambar 2 Genogram.....	21
Gambar 3 Skala Nyeri Wong Baker	37



DAFTAR TABEL

Tabel 1. Pemeriksaan Darah Rutin	26
Tabel 2. Pemeriksaan Kimia Darah	27



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Kesediaan Membimbing
Lampiran 2	Surat Keterangan Konsultasi
Lampiran 3	Tabel Bimbingan Konsultasi
Lampiran 4	Tabel Berita Acara
Lampiran 5	Lembar Asuhan Keperawatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Appendisitis akut merupakan penyakit yang sering dijumpai pada anak-anak, penyakit ini membutuhkan penanganan pembedahan dan penanganan yang tepat. (Wibowo et al., 2020).

Berdasarkan *World Health Organization* (WHO) 2014, di beberapa negara berkembang seperti di negara Singapura memiliki prevalensi appendisitis yang tinggi yaitu berjumlah 15% terjadi pada anak-anak, 16% pada dewasa, Thailand berjumlah 7% terjadi pada anak-anak 10% pada dewasa, dan dibagian negara maju seperti Amerika Serikat berjumlah 11% sedangkan di Indonesia berjumlah 7% (Lolo & Novianty, 2018). Data Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2008) hasil survei di 12 provinsi menunjukkan kasus appendisitis yang dirawat di rumah sakit sebanyak 3.251 kasus. Jumlah kasus appendisitis mengalami peningkatan yang signifikan dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yaitu 1.236 orang. Appendisitis merupakan salah satu isu prioritas kesehatan di tingkat lokal dan nasional dikarenakan mempunyai dampak besar bagi kesehatan masyarakat (Sukmahayati, 2016). Diagnosis appendisitis sulit pada anak, dan sekitar 30-60% merupakan faktor yang memungkinkan terjadi perforasi. Resiko untuk perforasi terbesar terjadi pada rentang usia 1-4 tahun (70-75%) dan terendah pada usia remaja (30-40%), yang tingkat pravelensinya tinggi menurut usia adalah pada masa anak (Neslon, 2000). Menurut Dinas Kesehatan Jawa Tengah (Dinkes Jateng, 2009), jumlah kasus appendisitis yang dilaporkan sebanyak 5.980 penderita, dan 177 diantaranya dapat menyebabkan kematian. Jumlah appendisitis tertinggi berada di kota Semarang, yaitu 970 orang (Astutik, 2012).

Penyakit appendisitis jika tidak segera ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi yang parah seperti sepsis atau perforasi dan bisa

menyebabkan kematian. Oleh sebab itu, penyakit appendisitis dapat di tangani dengan melakukan tindakan pembedahan atau sering disebut dengan appendiktomi, dan jika terjadi perforasi dapat dilakukan laparotomi (Sumarni, 2019).

Dari studi kasus yang telah dilakukan oleh penulis, penulis memutuskan untuk membuat karya tulis ilmiah yaitu “Asuhan Keperawatan pada An. M dengan appendisitis di Ruang Nisa 1 RSI Sultan Agung Semarang” dengan masalah keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis.

B. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Untuk memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan appendisitis secara komprehensif.

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan tentang mengevaluasi anak-anak yang menerima perawatan appendisitis untuk memenuhi kebutuhan rasa sakit mereka akan keamanan dan kenyamanan.
- b. Merumuskan diagnosis apendisitis sebagai respons terhadap kebutuhan akan penghilang rasa sakit yang aman dan nyaman.
- c. Rencana asuhan anak apendisitis untuk memenuhi kebutuhan nyeri akan rasa aman dan nyaman.
- d. Menerapkan rencana perawatan untuk anak-anak dengan radang usus buntu untuk memenuhi kebutuhan rasa sakit mereka untuk keamanan dan kenyamanan.
- e. Evaluasi perilaku keperawatan pada anak apendisitis untuk memenuhi kebutuhan nyeri akan rasa aman dan nyaman.

C. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Dengan berkembangnya ilmu keperawatan khususnya pada anak dengan apendisitis untuk memenuhi kebutuhannya akan pereda nyeri yang aman dan nyaman.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi institusi pendidikan

Bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang dalam bidang keperawatan anak.

b. Bagi profesi keperawatan

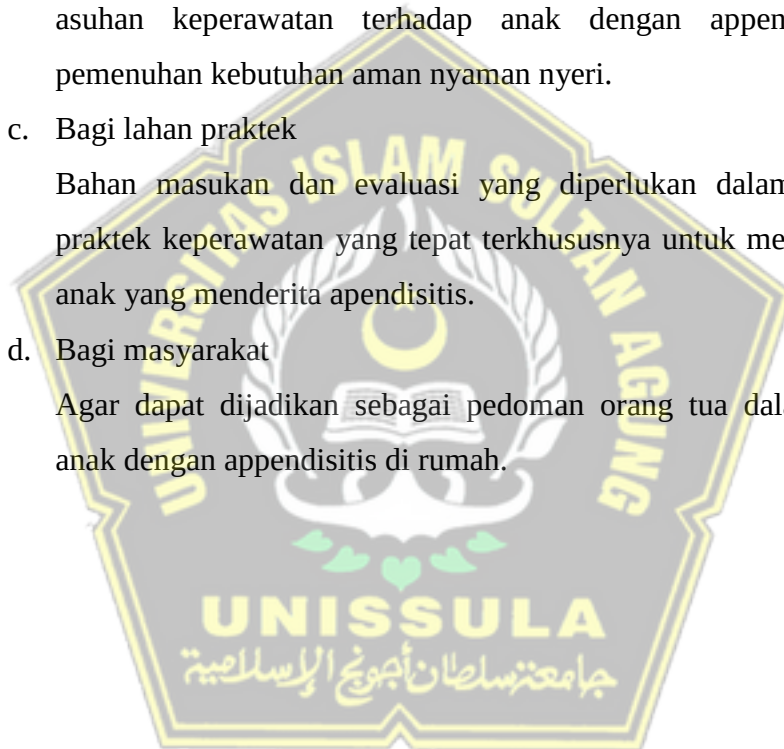
Menambah wawasan dan sebagai bahan acuan dalam mengembangkan asuhan keperawatan terhadap anak dengan appendisitis dalam pemenuhan kebutuhan aman nyaman nyeri.

c. Bagi lahan praktek

Bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat terkhususnya untuk mengatasi pasien anak yang menderita apendisitis.

d. Bagi masyarakat

Agar dapat dijadikan sebagai pedoman orang tua dalam perawatan anak dengan appendisitis di rumah.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Anak

1. Pengertian Anak

Anak berusia di bawah 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan, sesuai dengan ketentuan Undang-Undang Perlindungan Anak Nomor 23 Tahun 2002. Dalam pasal ini, anak-anak termasuk dalam kelompok anak di bawah usia 18 tahun. Di dalam rahim Ibu, artinya, minat untuk melindungi anak dimulai sejak dalam kandungan sampai anak berusia 18 tahun (Damayanti, 2008).

2. Kebutuhan Dasar Anak

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang pada umumnya yaitu kebutuhan biomedis (pendidikan), termasuk nutrisi, pemeliharaan kesehatan, tempat tinggal, sandang yang layak dan lengkap, kebugaran atau rekreasi yang digolongkan sebagai. Hubungan yang erat dan serasi antara kebutuhan emosional, kasih sayang (Asih), ibu, ibu pengganti, dan anak usia 1 tahun merupakan pertumbuhan fisik dan mental yang harmonis secara intelektual dan sosial, merupakan syarat mutlak untuk menjamin perkembangan.

Perlunya stimulasi mental (Asah), stimulasi mental yaitu metode perintisan dalam proses belajar anak (Pendidikan dan Pelatihan). Stimulus psikologis ini mengembangkan perkembangan psikososial mental seperti kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, dan kepribadian (Damayanti, 2008).

3. Tingkat dan Tugas Perkembangan Anak

Menurut Damayanti (2008), tingkat perkembangan pada usia sekolah (6-12 tahun) sesuai dengan karakteristik anak, anak sangat sensitif terhadap rangsangan yang mengancam dirinya. Oleh karena itu, ketika berbicara dan berinteraksi dengan anak usia ini, anda perlu

menggunakan bahasa yang dapat dipahami anak dan memberikan pemahaman yang jelas berdasarkan kemampuan kognitifnya. Anak usia sekolah dapat berkomunikasi dengan baik dengan orang dewasa. Kosakata mencakup berbagai kata yang umum digunakan, sekitar 3000 kata, anak-anak memiliki keterampilan berpikir tertentu.

Tugas perkembangan 6-12 tahun meliputi: bagaimana memperoleh kemampuan motorik dan fisik, membentuk sikap yang sehat tentang diri sendiri, bergaul dengan teman sebaya, memainkan peran gender, mengembangkan konsep-konsep penting untuk kehidupan sehari-hari, dan dasar keterampilan. Memperoleh sikap yang sehat terhadap kelompok sosial / organisasi dengan akademik, etika, dan nilai-nilai (Damayanti, 2008).

4. Faktor yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak

Menurut (Putri, 2021) faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu :

a. Heredity

Heredity atau keturunan merupakan faktor internal yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Karakteristik orang tua diturunkan keanak melalui gen. Keturunan ini mempengaruhi postur tubuh, penampilan fisik, kecerdasan dan bakat.

b. Lingkungan

Lingkungan memiliki peran dalam perkembangan anak. Stimulasi yang diberikan oleh lingkungan berperan dalam capaian tumbuh kembang anak. Faktor lingkungan yang mempengaruhi antara lain : lingkungan fisik, kondisi geografis, lingkungan sosial, dan hubungan dengan keluarga / teman sebaya.

c. Jenis kelamin

Anak laki-laki dan perempuan memiliki pertumbuhan yang berbeda terutama menjelang masa pubertas, perbedaan struktur fisik dan temperamen.

d. Aktivitas dan kesehatan

Aktivitas fisik yang baik membantu meningkatkan kekuatan otot, menambah massa tulang, menjaga kesehatan dan melawan penyakit dengan memperkuat system kekebalan tubuh. Bermain diluar rumah membuat anak terpapar mikroba yang membantu membangun resistensi dan mencegah alergi.

e. Hormon

Hormon memiliki sistem endokrin yang mempengaruhi berbagai fungsi tubuh. Ketidakseimbangan fungsi kelenjar yang mensekresi hormon dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan, obesitas, masalah perilaku dan penyakit lainnya.

f. Nutrisi

Ini merupakan faktor penting dalam pertumbuhan dan perkembangan, tubuh membutuhkan nutrisi yang baik dan seimbang untuk membangun dan memperbaiki diri.

g. Keluarga

Keluarga memiliki pengaruh terbesar dalam menentukan bagaimana membesarkan anak dan bagaimana berkembang secara psikologis dan sosial.

h. Pengaruh geografis.

Lingkungan sekolah, tempat tinggal dan masyarakat sekitar mempengaruhi perkembangan sosial anak. Faktor budaya mempengaruhi sikap dan perilaku anak. Faktor cuaca mempengaruhi bentuk rithme tubuh, alergi, dan kondisi anak.

i. Status sosial ekonomi

Status ekonomi keluarga mempengaruhi kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan dasar anak.

j. Learning and reinforcement

Pembelajaran tidak hanya di sekolah. Lingkungan sekitar dapat dijadikan pembelajaran bagi anak untuk perkembangan mental, intelektual, emosi dan sosial. Reinforcement merupakan komponen

pembelajaran dimana kegiatan atau latihan dilakukan secara berulang dan disempurnakan. Contoh : dalam memainkan alat musik, perlu dilakukan secara berulang.

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Appendisitis yaitu peradangan pada usus buntu yang merupakan penyebab paling umum dari sakit perut akut. Penyakit ini sering terjadi pada pria antara usia 10 sampai 30 tahun, meskipun dapat menyerang semua usia, baik pada pria maupun wanita (Wedjo, 2019). Appendisitis yaitu suatu kondisi di mana usus buntu terinfeksi. Kasus ringan dapat disembuhkan tanpa pengobatan, tetapi seringkali memerlukan pengangkatan usus buntu yang terinfeksi dan laparotomi (Hidayat, 2020).

2. Etiologi

Etiologi dari appendisitis menurut (S. Bakhri, 2015) meliputi :

a. Hiperplasi jaringan limfoid.

Istilah medis hipertrofi jaringan limfoid dan hiperplasia limfatik umumnya menyebabkan radang usus buntu pada anak-anak. Kondisi ini biasanya diidentifikasi dengan pemeriksaan lebih lanjut di laboratorium patologi. Pembesaran jaringan limfoid akibat perubahan struktur dinding apendiks dapat menyebabkan inflamasi. Perubahan ini umumnya terkait dengan penyakit radang usus (IBD), infeksi saluran cerna maupun Chorn's disease.

b. Fekalit.

Fekalit / timbunan tinja yang keras dan menjadi penyebab utama seseorang dapat mengalami radang usus buntu. Keadaan statis / diam secara terus-menerus menyebabkan banyak kuman berkembang biak. Ini menginduksi peradangan di sekitar struktur dan sekum, menyebabkan gejala pada pasien. Secara umum,

apendisitis akibat penutupan tinja sering terjadi pada anak-anak dan orang tua. Hal ini dipengaruhi oleh gaya hidup yang sangat sedikit mengkonsumsi makanan yang mengandung serat atau membatasi aktivitas fisik.

c. Tumor apendiks

Tumor langka ini terbentuk dibagian bawah saluran pencernaan yang dapat menyebabkan peradangan pada usus buntu. Tumor lebih cenderung menyebabkan peradangan yang mengganggu struktur sekum yang sedang tumbuh.

d. Infeksi parasit.

Infeksi parasit seperti cacing gelang (*Ascaris lumbricoides*), amuba (*Entamoeba histolica*), cacing benang (*Strongiloides stercoralis*), cacing kremi (*enterobiasis*), dan *Blastocystis hominis* merupakan penyebab peradangan pada usus buntu. Biasanya infeksi parasit ditularkan dari hewan maupun cara hidup yang tidak sehat, seperti kurang menjaga kebersihan diri. Adanya infeksi parasit menyebabkan perlukaan atau erosi di lapisan usus buntu, sehingga peradangan dapat terjadi dengan mudah.

e. Makanan rendah serat

Seseorang yang mengkonsumsi sedikit makanan berserat akan mengalami feses yang kering, keras dan kecil yang memerlukan kontraksi otot yang lebih besar untuk mengeluarkannya sehingga menyebabkan konstipasi. Konstipasi menyebabkan terjadinya obstruksi fekalit dalam usus sehingga meningkatkan produksi mukus di saluran pencernaan. Peningkatan tekanan dinding apendiks meningkatkan tekanan kapiler dan menyebabkan iskemia mukosa dan translokasi bakteri menembus dinding apendiks menyebabkan terjadinya inflamasi di apendiks yaitu appendisitis.

f. Konstipasi

Pengerasan tinja (konstipasi) dalam waktu lama, sangat mungkin ada bagiannya yang terselip masuk ke saluran appendiks yang pada akhirnya akan menjadi tempat bakteri bersarang dan berkembang biak, sebagai infeksi. Hal ini akan meningkatkan tekanan intra sekal, sehingga timbul sumbatan fungsional appendiks dan meningkatkan pertumbuhan kuman flora pada kolon. Penyumbatan yang terjadi pada lapisan usus buntu yang menyebabkan infeksi diduga menjadi penyebab usus buntu. Bakteri yang berkembang biak dengan cepat akhirnya menyebabkan appendiks menjadi meradang, bengkak, dan penuh nanah. Bila tidak segera diobati usus buntu bisa pecah (Wedjo, 2019).

3. Patofisiologi

Apendisitis, dari peradangan hingga tusukan, terjadi dalam 24-36 jam setelah timbulnya gejala, dan abses terbentuk 2-3 hari kemudian. Apendisitis dapat memiliki beberapa penyebab, termasuk obstruksi tinja, batu empedu, tumor, atau cacing kremi (*Oxyurus vermicularis*), tetapi biasanya karena obstruksi tinja dan peradangan berikutnya. Pengamatan epidemiologis menunjukkan penyebab utama adanya obstruksi tinja. Sekitar 30-40% anak dengan perforasi appendiks sedangkan 20% anak dengan apendisitis akut. Kejadian apendisitis berhubungan dengan jumlah jaringan limfoid hiperplastik. Disebabkan oleh reaksi limfatik lokal atau umum seperti infeksi *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella* atau *Entamoeba*, *Strongyloides*, *Enterobius vermicularis*, cairan tubuh dalam darah atau invasi sistemik parasit seperti *shigella*, cacar air, cytomegalovirus, dll. Pasien dengan cystic fibrosis memiliki peningkatan insiden apendisitis karena perubahan kelenjar mukosa. Tumor karsinoid memblokir sekum, terutama jika tumor berada di sepertiga proksimal. Lebih dari 200 tahun, benda asing seperti biji buah, biji sayuran, dan biji ceri telah dikaitkan dengan radang usus buntu. Trauma, stres psikologis, genetika juga

mempengaruhi perkembangan radang usus buntu. Gejala awal yang dialami pasien biasanya gastrointestinal ringan seperti nafsu makan berkurang, masalah pencernaan, dan konstipasi. Anoreksia berperan penting dalam diagnosis apendisitis pada anak. Massa pelengkap dianggap nyeri di daerah periartikular yang menyebabkan iritasi serabut saraf visceral. Rasa sakit awalnya terlokalisasi di kesepuluh dalam, kulit kusam. Ketegangan menumpuk dapat menyebabkan mual hingga muntah setelah rasa sakit. Jika terjadi mual atau muntah sebelum rasa sakit, diagnosis lain dapat dipertimbangkan. Usus buntu yang tersumbat merupakan tempat yang mudah bagi bakteri untuk berkembang biak. Dengan peningkatan tekanan di saluran, aliran getah bening terganggu dan edema parah. Akhirnya, peningkatan tekanan menyebabkan penutupan vena, iskemia jaringan, infark, dan gangren. Bakteri kemudian menembus penghalang brute force dan melepaskan mediator inflamasi ke dalam jaringan iskemik, diikuti oleh demam, takikardia, dan leukositosis. Ketika eksudat inflamasi dari dinding apendiks berkontak dengan dinding peritoneum, serabut saraf somatik teraktivasi, dan nyeri lokal dirasakan di sekum, terutama pada titik McBurney. Nyeri hanya terjadi pada bagian tanpa nyeri visceral sebelumnya. Apendiks panggul posterior panggul sering tertunda pada nyeri tubuh karena eksudat inflamasi tidak mempengaruhi dinding peritoneum sampai pecah dan infeksi menyebar. Nyeri di bagian belakang usus buntu dapat terjadi di punggung bawah. Apendiks panggul di dekat ureter atau pembuluh darah testis dapat menyebabkan sering buang air kecil, nyeri testis atau keduanya. Pada radang usus buntu, peradangan pada ureter dan kandung kemih dapat menyebabkan rasa sakit ketika buang air kecil yang menyebabkan rasa sakit seperti retensi urin. Perforasi apendiks menyebabkan abses lokal atau peritonitis sistemik. Proses ini tergantung pada tingkat perkembangan perforasi dan kemampuan pasien untuk merespon perforasi. Tanda-tanda perforasi apendisitis meliputi meningkatnya suhu tubuh di atas

38,6°C, leukositosis di atas 14.000, dan gejala peritonitis pada pemeriksaan fisik.

Pasien tidak memperlihatkan perforasi dan gejala dapat bertahan lebih dari 48 jam tanpa perforasi. Secara umum, semakin lama gejala berlangsung, semakin besar risiko perforasi. Peritonitis difus sering terjadi pada bayi karena kurangnya jaringan lemak. Anak-anak yang lebih besar dan remaja lebih mungkin mengembangkan abses, yang dapat disebabkan oleh munculnya benjolan pada pemeriksaan fisik. Sembelit jarang terjadi, tetapi ketegangan sering terjadi. Pada anak-anak, diare jangka pendek sering diamati karena iritasi ileum terminal atau sekum. Adanya diare bisa menjadi tanda abses panggul (Warsingih, 2016).

4. Manifestasi klinis

Apendisitis dapat mempengaruhi semua kelompok umur, tetapi sangat jarang pada bayi dan anak kecil, apendisitis akut dapat berkembang dari waktu ke waktu, membuat diagnosis apendisitis jauh lebih sulit dan terkadang tertunda. Nyeri yaitu gejala pertama yang muncul. Seiring waktu, rasa sakit terlokalisasi di perut kanan bawah. Rasa sakit meningkat seiring perkembangan penyakit. Perubahan letak anatomis apendisitis dapat mengubah gejala nyeri yang terjadi. Pada anak-anak retro-apendiks atau intra-panggul, nyeri di sekitar saluran empedu tidak muncul terlebih dahulu dan nyeri dapat terjadi pada hipokondrium kanan. Unilateral, nyeri punggung, dan nyeri testis terkait juga merupakan gejala umum pada anak-anak dengan apendisitis panggul posterior. Jika radang usus buntu terjadi di dekat ureter atau kandung kemih, gejalanya mungkin termasuk rasa sakit ketika buang air kecil atau ketidaknyamanan dengan urin dan kandung kemih penuh. Anoreksia, mual dan muntah ringan, dan diare dapat terjadi akibat infeksi sekunder dan inflamasi ileum terminal atau apendiks. Gejala gastrointestinal yang parah sebelum timbulnya nyeri sering merupakan tanda diagnostik apendisitis. Meskipun demikian,

keluhan GIT (gastrointestinal trake) ringan seperti indigesti atau perubahan feses dapat terjadi pada anak dengan appendisitis. Pada appendisitis tanpa komplikasi biasanya ringan, jika suhu tubuh sudah diatas 38,6°C menandakan terjadi perovasi. Anak dengan appendisitis, biasanya cenderung untuk berbaring di tempat tidur dengan lutut diflexikan dan menghindari diri untuk bergerak. Anak yang mengeliat dan berteriak jarang menderita appendisitis, kecuali pada anak dengan appendisitis, retrocekal, nyeri seperti kolik renal akibat perangsangan ureter (Warsinggih, 2016).

5. Pemeriksaan Diagnostik

a. Laboratorium

Ini termasuk hitung kelengkapan darah dan protein penghasil (CRP). Tes darah menunjukkan jumlah sel darah putih 10.000-18.000/mm³ leukositosis dan lebih dari 75% neutrofil, tetapi CRP menunjukkan peningkatan jumlah serum..

b. Radiologi

Termasuk ultrasound (USG) dan komputer tomography scanning (CTscan). Ultrasound menemukan bagian longitudinal dari apendiks yang meradang, tetapi CT menunjukkan apendiks yang meradang dan bagian apendiks yang melebar.

c. Pemeriksaan abdomen singkat

Pemeriksaan ini tidak menunjukkan tanda-tanda apendisitis yang jelas. Namun, penting untuk membedakan penyakit apendisitis dari batu ureter kanan atau obstruksi usus halus (Sulekale, 2016).

6. Komplikasi

Anak mempunyai dinding apendiks yang belum tebal, sekum pendek yang belum berkembang dengan sempurna, sehingga terjadi perforasi, dan orang yang lebih tua mengalami pengurangan pembuluh darah. Komplikasinya antara lain :

a. Abses

Abses yaitu peradangan pada usus buntu yang mengandung nanah. Massa jaringan lunak dapat teraba di kuadran kanan bawah atau di panggul. Benjolan ini awalnya selulit dan berkembang menjadi rongga berisi nanah. Ini terjadi ketika apendisitis memiliki mikrofosil yang ditutupi dengan kelenjar getah bening atau perikardium.

b. Perforasi

Usus buntu pecah berisi nanah yang memungkinkan bakteri menyebar dalam perut. Perforasi akan jarang dalam rentang waktu 12 jam setelah timbulnya nyeri, tetapi meningkat dengan cepat setelah 24jam.

c. Peritonitis

Peradangan peritoneum atau komplikasi berbahaya yang dapat terjadi. Peritonitis sistemik ditimbulkan oleh infeksi luas pada permukaan peritoneum. Peristaltik mengembangkan ileus paralitik dan berkurang sampai usus meregang dan kehilangan elektrolit, menyebabkan dehidrasi, syok, gangguan peredaran darah, dan pollakiuria (Sulekale, 2016).

7. Penatalaksanaan

Adapun pengobatan/penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk radang usus buntu yaitu :

a. Terapi Konservatif

Terapi ini diterapkan untuk pasien yang tidak dapat menerima layanan bedah berupa antibiotik. Mengonsumsi antibiotik dapat membantu mencegah infeksi.

b. Operasi

Sudah jelas telah terdeteksi apendisitis maka tindakan yang dilakukan yaitu operasi pengangkatan apendiks. Operasi pengangkatan usus buntu disebut appendikomi (Wedjo, 2019).

C. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dalam proses keperawatan. Di sini, semua data dikumpulkan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan klien. Pengkajian dilakukan secara holistik dengan memperhatikan aspek psikologis, biologis, spiritual klien dan sosial. Tujuan pengkajian yaitu untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar dari klien. Metode utama yang tersedia untuk pengumpulan data adalah observasi, wawancara, diagnosis dan pemeriksaan fisik (Wedjo, 2019).

a. Identitas klien.

Identitas meliputi nama, jenis kelamin, umur, agama, alamat, pendidikan dan suku/bangsa

b. Keluhan yang utama pada anak-anak dengan appendisitis, biasanya disertai oleh mual, demam ringan hilangnya nafsu makan serta muntah dan memiliki keluhan nyeri terasa pada abdomen kuadran bawah.

1) Pemeriksaan fisik

a) Kepala dan rambut

Kaji bentuk kepala, distribusi rambut dan integritas kulit kepala, kaji tentang adanya fototerapi, terdapat lesi atau tidak, kaji adanya pusing, sakit kepala, kehilangan kesadaran.

b) Telinga

Inspeksi telinga bentuk dan warna, palpasi telinga untuk mengetahui adanya nyeri, bengkak, lesi.

c) Hidung

Inspeksi keadaan eksternal hidung, kaji tingkat kepatenan jalan napas, apakah terpasang oksigen, terdapat lesi atau tidak.

d) Rongga mulut dan faring

Inspeksi rongga mulut, adakah lesi, stomatitis, gusi da gigi, observasi lidah dan langit-langit, lakukan tes reflek batuk.

e) Leher

Inspeksi leher, adakah pembesaran kelenjar tiroid, palpasi nodus limfatik (lokasi, bentuk, ukuran, pergerakan, kesimetrisan, karakteristik permukaan), arteri karotis dan vena jugularis, palpasi trakea.

f) Dada

Jantung (Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi), paru-paru (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

g) Abdomen

Inspeksi (bentuk, warna), auskultasi (bising usu), perkusi, palpasi (adakah nyeri tekan).

h) Genetalia

Kaji kebersihan daerah genital, adanya luka, tanda infeksi, bila terpasang kateter kaji kebersihan kateter dan adanya tanda infeksi pada area pemasangan kateter, adanya hemoroid.

i) Kulit

Bila terdapat luka maka kaji keadaan luka (kebersihan luka, adanya jahitan, ukuran luka, adanya tanda infeksi pada luka, keadaan balutan luka pucat), turgor kulit, adakah edema..

j) Kuku

Inspeksi ketebalan kuku, tekstur, warna, serta kondisi bagian lateral dan proksimal, palpasi kuku.

2) Diagnosa

- a) Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi appendisitis) d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis dsn gelisah.

- b) Nyeri akut b.d pencedera fisik (prosedur operasi) d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis.
- c) Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan d.d pasien tampak tegang dan gelisah.
- d) Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (adanya luka operasi).

3) Perencanaan

1. Dx 1 Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi appendicitis) d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, dan gelisah.

Tujuan dan kriteria hasil :Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri yang dirasakan pasien dapat menurun, dengan kriteria : nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun

Intervensi :

- a) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu ruangan, kebisingan)
- b) Ajarkan teknik distraksi relaksasi
- c) Monitor TTV
- d) Kolaborasi pemberian analgetik

2. Dx 2 Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan d.d pasien tampak tegang dan gelisah.

Tujuan dan kriteria hasil : setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas pasien menurun, dengan kriteria: verbalisasi kebingungan menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun

Intervensi :

- a) Monitor tanda-tanda ansietas
- b) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

- c) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
 - d) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
 - e) Latih teknik relaksasi
3. Dx 3 Nyeri akut b.d pencedera fisik (prosedur operasi) d.d pasien tampak meringis , pasien mengeluh nyeri

Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan selama 2x24 jam diharapkan klien mampu mengatakan nyeri berkurang dengan kriteria hasil : keluhan pada nyeri mulai menurun, meringis mulai menurun, gelisah mulai menurun.

Intervensi :

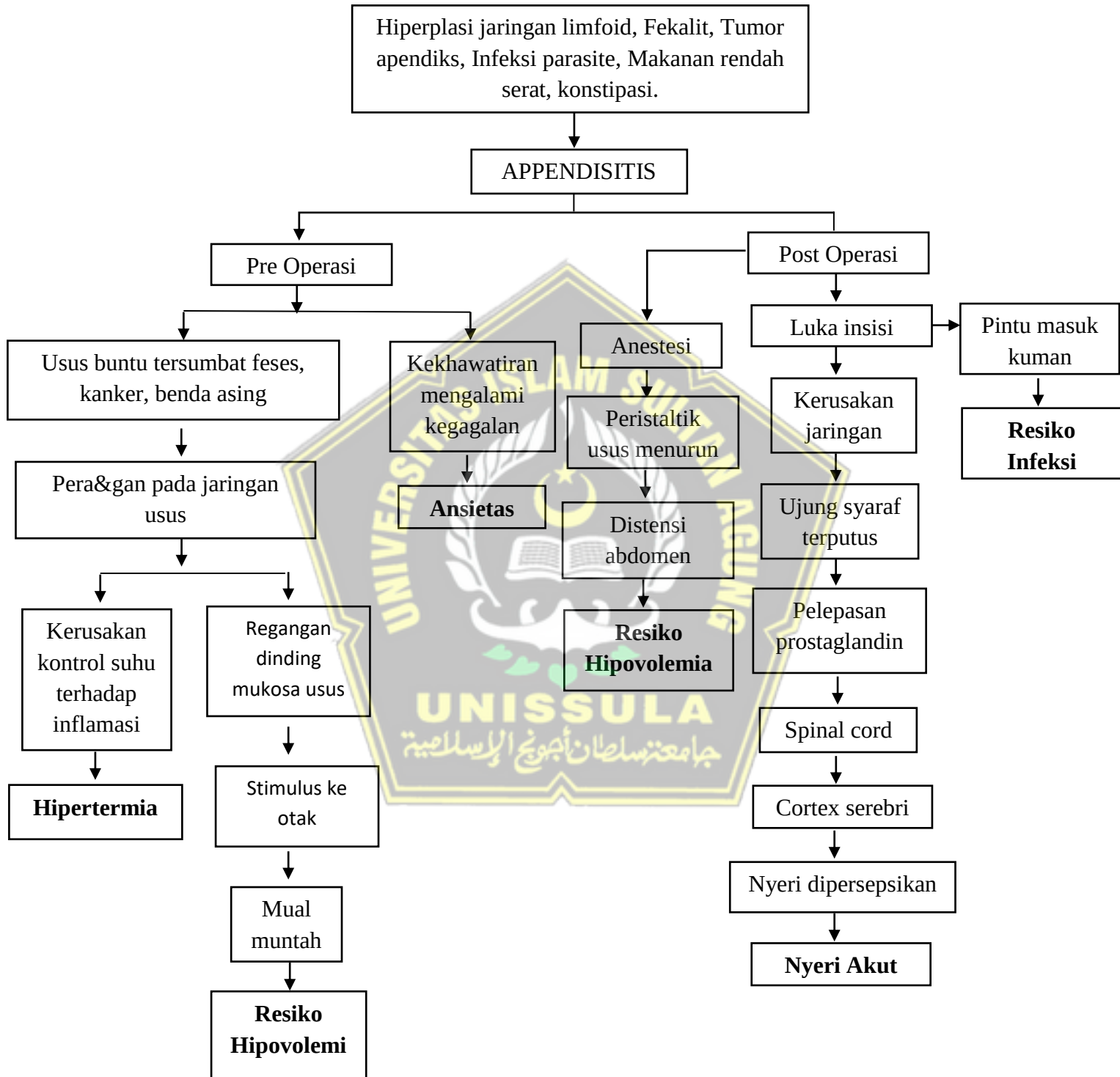
- a) Karakteristik, identifikasi lokasi, frekuensi, durasi, intensitas nyeri dan kualitas,.
 - b) Identifikasi respon nyeri non verbal
 - c) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
 - d) Jelaskan penyebab, pemicu nyeri dan periode,
 - e) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
 - f) Ajarkan teknik non farmakologis untuk menghilangkan rasa nyeri.
 - g) Kolaborasi dalam memberikan analgetik
4. Dx 4 Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (adanya luka operasi).

Setelah tindakan keperawatan selama 2x24 jam dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu :meningkatnya kebersihan tangan dan badan , nyeri, demam, kemerahan, bengkak menurun

Intervensi :

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal
- b) Memberikan batasan jumlah pengunjung
- c) Memberikan perawatan kulit pada area edema

D. Pathways



Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016)
Gambar 1 Pathways Appendisitis

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan pada hari Selasa 16 Februari 2021 pukul 18.05 WIB. Penulis mengelola kasus pada An.M dengan masalah penyakit appendisitis di ruang Baitunnisa 1 RSI Sultan Agung Semarang. Pasien masuk pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 18.00 WIB. Didapatkan gambaran kasus sebagai berikut :

1. Identitas

a. Identitas pasien

Pasien bernama An. M lahir pada tanggal 06 Desember 2014. Pasien berusia 6 tahun, pendidikan pasien ketika ini TK B. Pasien tinggal di Jalan Sawah Besar Timur Rt09/Rw02 Kaligawe Gayamsari, Semarang. Pasien beragama Islam. Pasien dirawat di rumah sakit pada tanggal 16 Februari 2021 dan didiagnosa medis Appendisitis, dengan nomor rekam medik 01240517.

b. Penanggung jawab

Selama pasien dirawat yang bertanggung jawab yaitu ayah kandung dari An. M yang bernama Tn. A beragama Islam dan pekerjaan Tn. A swasta. Pendidikan terakhir Tn. A yaitu SMA, tempat tinggal di Jalan Sawah Besar Timur Rt09/Rw02 Kaligawe Gayamsari, Semarang. Suku bangsa Tn. A yaitu suku Jawa dan Bangsa Indonesia.

2. Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan bahwa An. M merasakan nyeri pada perut sebelah kanan bawah disertai demam.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

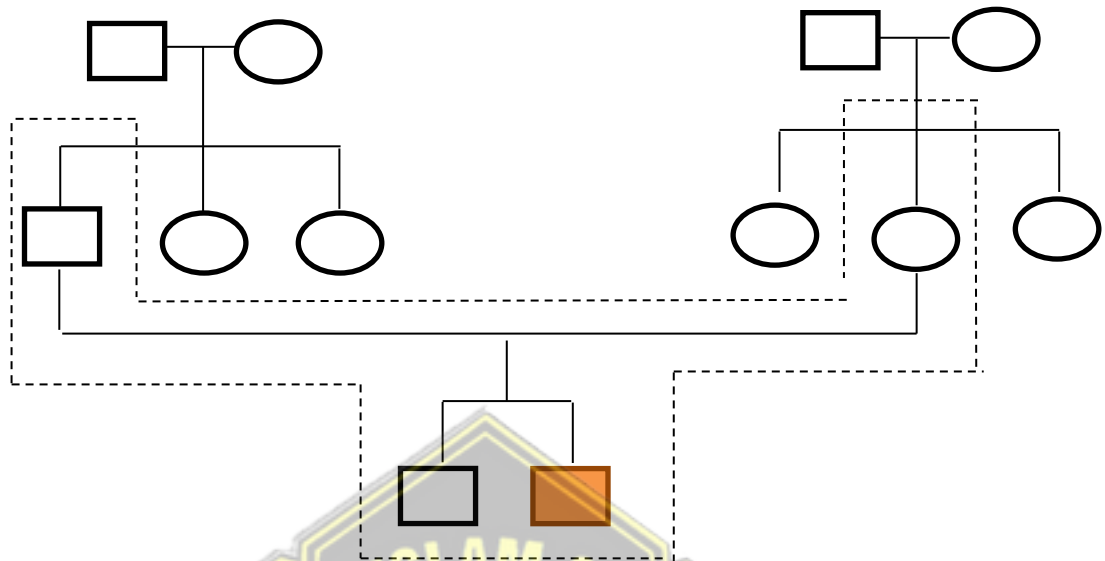
Ibu pasien mengatakan bahwa An. M mengeluh nyeri sudah 1 hari sebelum masuk Rumah Sakit (RS) disertai mual muntah serta demam dengan suhu 39°C. Ibu pasien mengatakan keluhan muncul secara terus

menerus. Ketika dikaji An. M mengatakan bahwa nyeri dirasakan pada perut kanan bawah, nyeri dirasakan ketika beraktivitas dan istirahat, nyeri semakin meningkat ketika digunakan aktivitas. P : Nyeri ketika aktivitas, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Kuadran kanan bawah, S : Sangat nyeri skala 7, T : Terus menerus.

4. Riwayat Masa Lampau

Ibu pasien mengatakan ketika mengandung tidak memiliki keluhan, untuk kebutuhan nutrisi selalu terpenuhi. Status kehamilan ketika ini G2P2A0 proses persalinan yang pertama secara spontan, sedangkan persalinan An. M dilakukan di Rumah Sakit secara section caesaria (SC). Ibu pasien mengatakan An. M lahir dengan kondisi normal dengan nilai *,appearance, pulse, grimace, activity, respiration*(APGAR) skor sebanyak 8 dengan berat badan (BB) 3100 gram. Ibu pasien mengatakan An. M pernah dirawat di Rumah Sakit karena diare waktu masih kecil. Status imunisasi An. M terpenuhi dengan jenis imunisasi Hepatitis B pada usia 0 bulan, *bacillus calmette-guerin* (BCG) pada usia 1 bulan, Polio pada usia 2 bulan, *difteri, pertusis, & tetanus* (DPT) pada usia 3 bulan, DPT II pada usia 4 bulan, dan Campak pada usia 9 bulan. Ibu pasien mengatakan bahwa ketika anaknya sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan dan diberi obat sesuai dengan anjuran pelayanan kesehatan.

5. Riwayat Keluarga



(Gambar 2 Genogram)

Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Pasien Laki-laki



: Garis Keturunan

----- : Tinggal serumah

Ibu pasien mengatakan bahwa dikeluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes melitus maupun appendisitis

6. Riwayat Sosial

Ibu pasien mengatakan bahwa An. M diasuh oleh ibu dan ayah kandungnya sendiri. Ibu pasien mengatakan An. M memiliki sifat yang

periang dan aktif. Keadaan lingkungan rumah bersih, keselamatan anak terjamin jauh dari jalan raya, didalam rumah terdapat ventilasi udara berupa jendela.

7. Keadaan Kesehatan Ketika ini

An. M telah didiagnosa medis penyakit Appendisitis. Tindakan medis yang dilakukan untuk An. M yaitu Appendectomy.

B. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon

1. Persepsi Kesehatan / Penanganan Kesehatan

Ibu pasien mengatakan status kesehatan An. M sejak lahir baik, dari kecil sampai sekarang ibu pasien rutin untuk memeriksakan kesehatan anaknya baik di pos pelayanan keluarga berencana kesehatan terpadu(Posyandu) maupun pelayanan kesehatan. Ibu pasien mengatakan selalu mengganti pakaian pasien bila kotor. Ibu pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang merokok. Ibu pasien mengatakan selalu memperhatikan mengenai kesehatan dan kesejahteraan anaknya.

2. Nutrisi

Ibu pasien mengatakan sebelum An. M sakit kebiasaan makannya baik, makan 3x dalam sehari biasanya ditambah minum susu serta makan wafer. Ibu pasien mengatakan selama An. M sakit selera makan berkurang, makan 3x sehari dengan porsi setengah piring.

3. Eliminasi

Ibu pasien mengatakan pola BAB An. M sebelum sakit & selama sakit 1x dalam sehari dan pola BAK sebelum dan selama sakit bisa 6-7x dalam sehari.

4. Aktivitas

Ibu pasien mengatakan kebiasaan mandi An. M dalam sehari sebanyak 2x secara mandiri dan terkadang dibantu oleh orang tuanya. Sebelum sakit pasien melakukan aktivitas sehari-hari dengan bermain bersama teman

sebayanya. Selama sakit ibu pasien mengatakan untuk melakukan aktivitas pasien dibantu oleh orang tuanya seperti mandi, makan, berpakaian. Selama sakit pasien tidak mengalami sesak napas, tidak batuk, pasien tidak terpasang alat bantu pernapasan atau selang oksigen. Pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri ketika melakukan aktivitas.

5. Tidur dan istirahat

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien diberikan jadwal tidur siang biasanya jam 1 serta tidur malam jam 8-9 malam. Selama dirawat ibu pasien mengatakan bahwa pola tidur An. M teratur, pasien tidak tidur siang, tidur malam jam 8-9 malam.

6. Kognitif / Perseptual

Pasien belum bisa memahami penjelasan sakit yang dialaminya. Pasien ketika dipanggil menoleh, ketika diajak bicara dapat memberikan respon. Pasien juga bisa menyebutkan namanya. Pasien akan menangis ketika dirinya merasa tidak nyaman dan mengeluh sakit. Orang tua pasien tidak mengalami masalah dengan penglihatan, pendengaran, sentuhan, tidak mengalami kesulitan dalam membuat keputusan karena orang tua mampu memutuskan untuk dilakukan tindakan operasi kepada An. M.

7. Persepsi Diri

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit An.M seorang yang aktif tetapi selama dirawat pasien cenderung diam. Pasien belum sepenuhnya memahami dirinya. Ibu pasien mengatakan selalu menemani pasien agar pasien tidak merasa takut.

8. Peran dan Hubungan

Ibu pasien mengatakann bahwa An. M seorang yang aktif dan ramah, ibu pasien juga mengatakan bahwa An. M sering bermain diluar rumah bersama teman-temannya.

9. Seksualitas dan Reproduksi

Ibu pasien mengatakan bahwa selalu diperhatikan An. M, kebutuhan kasih sayang sudah terpenuhi, pasien mengatakan bahwa dirinya seorang anak laki-laki.

10. Koping dan toleransi stress

Pasien belum bisa memahami tentang penyakitnya, pasien hanya bisa menangis dan merintih ketika merasa sakit atau nyeri.

11. Nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan bahwa dirinya seorang muslim, sudah mengerti keyakinan yang dimilikinya, pasien masih senang bermain. Ibu pasien mengatakan bahwa An. M diberikan jadwal untuk mengaji setiap setiap sore. Ibu pasien mengatakan selalu berdoa dan yakin kepada Allah SWT bahwa An. M akan sembuh dari penyakitnya.

C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Klien

Kesadaran pasien composmentis, keadaan umum pasien dalam kondisi kesakitan. Tanda-tanda vital dari pasien sebagai berikut : Suhu : 36,9 °C, Nadi : 112 x/menit, Respiratory Rate (RR) : 38 x/menit. Antropometri : Berat Badan (BB) : 19 kg, Tinggi Badan (TB) : 110 cm, Lingkar Kepala (LK) : 43 cm, Lingkar Dada (LD) : 60 cm. bentuk kepala pasien mesocephal, rambut berwarna hitam, bersih, tidak ada lesi. Mata kanan dan kiri simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, tidak ada pembesaran pupil, tidak ada secret. Lubang hidung simetris, tidak ada benjolan, tidak ada secret. Bentuk mulut simetris, mukosa lembab, tidak ada lesi, tidak ada stomatitis, pertumbuhan gigi lengkap. Telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik. Pada leher tidak ada lesi, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Bentuk dada simetris, tidak ada lesi, pernapasan pengembangan simetris kanan dan kiri, tidak terdapat nyeri tekan.

2. Pemeriksaan Jantung, Paru, dan Abdomen

Pemeriksaan jantung inspeksi ictus cordis, palpasi ictus cordis teraba, perkusi resonan, auskultasi terdengar peka. Paru-paru inspeksi dada kanan dan kiri simetris, palpasi tidak terdapat nyeri tekan, perkusi sonor, auskultasi terdengar suara vesikuler. Abdomen inspeksi simetris, auskultasi terdengar suara bising usus 15x/menit, perkusi bunyi redup, palpasi terdapat nyeri tekan kuadran kanan bawah.

3. Genetalia

Genetalia bersih, tidak ada sekret, tidak terpasang kateter, pada anus tidak ada benjolan (hemoroid).

4. Ekstremitas

Kuku bersih berwarna merah muda, ekstremitas atas panjang simetris, ekstremitas bawah panjang simetris, tidak ada edema, pada ekstremitas kiri atas terpasang infus ringer laktat (RL).

5. Kulit

Turgor kulit lembab, kulit tampak bersih, warna sawo matang, tidak ada lesi, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, *Capillary Refill Time* (CRT) <3 detik.

6. Pemeriksaan Perkembangan

Ibu pasien mengatakan An. M anak yang mudah bergaul dengan orang baru, ketika bermain pasien main sendiri dengan teman-temannya. Berat badan pasien ketika lahir 3100 gram, dan Berat Badan ketika ini 19 kg. Pertumbuhan gigi lengkap, pasien tengkurep usia 4 bulan, duduk usia 5 bulan, merangkak usia 8 bulan, berdiri usia 10 bulan, dan berjalan usia 1 tahun.

D. Therapy

1. Metronidazole 3x250 mg obat antibiotik untuk mencegah infeksi.
2. Cefotaxim 2x500 mg, obat antibiotik untuk mencegah infeksi.

3. Paracetamol 3x200 mg, obat anti nyeri dan penurun demam.
4. Dexamethasone 2,5 mg ekstra, obat anti inflamasi nonsteroid untuk mencegah peradangan dan inflamasi.
5. Dexamethason 3x5 mg, obat anti inflamasi nonsteroid untuk mencegah peradangan dan inflamasi.

E. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

a. Pemeriksaan Darah Rutin

No RM : 01240517

Nama : An. M

Tgl Periksa : 16-02-2021

Tabel 1. Pemeriksaan Darah Rutin

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Darah Rutin 3				
Hemoglobin	12.8	10.7-14.7	g/dL	
Hematokrit	38.6	33.0-45.0	%	
Leukosit	H 21.23	5.00-1450	ribu/ μ L	Sesuai SADT
Eritrosit	5.0	4.4-5.9	juta/ μ L	
Trombosit	305	181-521	ribu/ μ L	
Hitung Jenis Leukosit				
Eosinofil %	L 0.0	1.0-5.0	%	
Basofil %	0.1	0-1	%	
Neutrofil %	H 91.6	50-70	%	
Limfosit %	L 5.0	25-50	%	Duplo
Monosit %	5.0	1-6	%	
IG %	0.4		%	
Netrofil Limfosit Ratio	31.6			
Absolut Limfosit Count	610		/ μ L	
Index Eritrosit				
MCV	77.7	69.0-93.0	fL	
MCH	25.8	22.0-34.0	Pg	
MCHC	33.2	32.0-36.0	g/dL	
Golongan Darah/Rh	O/Positif			
PPT				
PT	10.6	9.3-11.4	detik	

b. Pemeriksaan Kimia Darah

No RM : 01240517
 Nama : An. M
 Tgl Periksa : 16-02-2021

Tabel 2. Pemeriksaan Kimia Darah

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
PT kontrol	11.5	9.1-12.3	detik	
APTT				
APTT	H 29.9	21.8-28.4	detik	Duplo
APTT (Kontrol)	26.9	21.0-28.4	detik	
KIMIA KLINIK				
Glukosa Darah	66	60-100	mg/dL	
Sewaktu				
Ureum	26	10-50	mg/dL	
Creatinin	0.55	0.50-1.20	mg/dL	
CRP kuantitatif	H 126.06	<=3	mg/dL	
Elektrolit (Na, K, Cl)				
Natrium (Na)	L 129.0	132-145	mmol/L	Duplo
Kalium (K)	4.20	3.1-5.1	mmol/L	
Klorida (Cl)	102.0	96-111	mmol/L	
IMOUNOLOGI				
HbsAg (kualitatif)	Non Reaktif	Non Reaktif		

c. Pemeriksaan Thorax

No RM : 01240517
 Nama : An. M
 Tgl Periksa : 16-02-2021

Hasil pemeriksaan Thorax Kecil (Non Kontras) tanggal 16 Februari 2021

RADIODRAFI THORAKS

Cor : bentuk dan letak normal
 Pulmo : Corakan vasculer tak meningkat
 Tak tampak gambaan infiltrate

Diafragma dan sinus kostofrenikus tak tampak kelainan

KESAN :

COR TAK MEMBESAR PULMO TAK TAMPAK KELAINAN

d. Pemeriksaan USG

No RM : 01240517

Nama : An. M

Tgl Periksa : 16-02-2021

Hasil pemeriksaan USG Digestive System (USG Abdomen) tanggal 16 Februari 2021

USG Abdomen

HEPAR ukuran normal, tepi reguler, ekogenisitas parenkim normal, tak tampak nodul, V. Hepatika tak lebar.

Duktus biliaris intra dan ekstrahepatal tak lebar

VESIKA FELLEA dinding tak tebal, tak tampak batu/sludge

PANCREAS ukuran normal, parenkim normal, ductus pancreaticus tak lebar

LIEN ukuran normal, parenkim normal, V. Lienalis tak lebar

Paraaorta tak tampak kelainan

GINJAL KANAN ukuran normal, batas kartikomeduler baik, ekogenisitas normal, PCS tak lebar, tak tampak batu/massa.

GINJAL KIRI ukuran normal, batas kartikomeduler baik, ekogenisitas normal, PCS tak lebar, tak tampak batu/massa.

VESIKA URINARIA dinding tak tebal, tak tampak batu/massa

Pada regio Mc Burney : Tampak blind end tube non compressible disertai fluid collection disekitarnya, yang pada potongan longitudinal membentuk gambaran target sign.

KESAN :

Gambaran appendisitis akut disertai periappendicular fluid collection

Tak tampak kelainan lain pada organ organ intraabdomen.

F. Analisa Data

Pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 18.05 WIB, didapatkan data subyektif yang pertama yaitu pasien mengatakan nyeri pada perut. Sedangkan data obyektif yaitu pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, TD : 106/62 mmHg, N : 112 x/menit, RR : 24 x/menit, S : 36,9 °C, P : Nyeri ketika aktivitas, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Kuadran kanan bawah, S : Sangat nyeri skala 7, T : Terus menerus. Berdasarkan data yang didapat penulis menegakkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan pasien tampak meringis dan gelisah.

Data fokus yang kedua pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 18.10 WIB, didapatkan data subyektif yaitu Pasien mengatakan takut dengan penyakitnya, Ibu pasien mengatakan khawatir dengan kondisi anaknya ketika ini, Ibu pasien mengatakann sulit berkonsentrasi, Ibu pasien mengatakan merasa bingung. Sedangkan data obyektif yaitu Pasien terlihat gelisah, tegang, & selalu ingin ditemani ibunya. . Berdasarkan data yang didapat penulis menegakkan diagnosa keperawatan yaitu ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan pasien tampak tegang dan gelisah.

Data fokus yang ke tiga pada tanggal 17 Februari 2021 pukul 14.05 WIB, didapatkan data subyektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada perutnya, P: pasien mengatakan nyeri ketika bergerak, Q: pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat, R: pasien mengatakan nyeri dibagian perut , S: skala nyeri 4 dilihat dari raut muka klien, T:nyeri hilang timbul. Sedangkan data obyektif yaitu Pasien post operasi appendectomy hari ke 1, Pasien tampak meringis , KU : Sedang, kesadaran compos mentis, TD : 120/80 mmHg Nadi :80x/menit, Suhu : 36,6°C, RR:20x/menit. Berdasarkan data yang didapat penulis menegakkan diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, dan meringis.

Data fokus yang ke empat pada tanggal 17 Februari 2021 pukul 14.05 WIB, didapatkan data subyektif yaitu Ibu pasien mengatakan bahwa pasien habis di operasi usus buntu. Sedangkan data obyektif yaitu terdapat luka post

operasi appendectomy di perut bagian kanan bawah, luka terbalut kassa dengan ukuran panjang sekitar 5 cm. Berdasarkan data yang didapat penulis menegaskan diagnosa keperawatan yaitu resiko infeksi berhubungan ditandai dengan efek prosedur invasif (adanya luka operasi).

G. Planning atau Intervensi Keperawatan

Pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 18.10 WIB, disusun intervensi keperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa yang muncul.

Diagnosa keperawatan pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan pasien tampak meringis dan gelisah. Tujuan & kriteria hasil yang ditetapkan yaitu, Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri yang dirasakan pasien dapat menurun, dengan kriteria hasil sebagai berikut : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun. Adapun intervensi yang dapat dilakukan yaitu sebagai berikut : kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu ruangan, kebisingan), ajarkan teknik distraksi relaksasi, monitor TTV, kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa keperawatan kedua yaitu ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan pasien tampak tegang dan gelisah. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan tingkat ansietas pasien menurun, dengan kriteria : verbalisasi kebingungan menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun. Adapun intervensi yang dilakukan yaitu sebagai berikut : monitor tanda-tanda ansietas, ciptakan suasana terapiutik untuk menumbuhkan kepercayaan, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, latih teknik relaksasi.

Pada tanggal 17 Februari 2021 pukul 14.05 WIB, disusun intervensi keperawatan berdasarkan masing-masing diagnosa yang muncul.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, dan

meringis. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien mampu mengatakan nyeri berkurang kriteria hasil :keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun. Adapun intervensi yang dilakukan yaitu sebagai berikut : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik.

Diagnosa keperawatan yang keempat yaitu resiko infeksi berhubungan ditandai dengan efek prosedur invasif (adanya luka operasi). Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi dengan Kriteria Hasil : kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun. Adapun intervensi yang dilakukan yaitu sebagai berikut : Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.

H. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 18.05 melakukan implementasi diagnosa ke-1 yaitu mengkaji skala nyeri pasien. Respon subyektif pasien yaitu pasien mengatakan nyeri pada perut, P : Nyeri ketika aktivitas, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Kuadran kanan bawah, S : Sangat nyeri skala 7, T : Terus-menerus. Respon obyektif yaitu pasien tampak meringis, Pasien tampak gelisah. Pukul 18.10 melakukan implementasi diagnosa ke-1 yaitu mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu ruangan, kebisingan). Respon subyektif pasien yaitu Ibu pasien mengatakan nyeri berkurang jika kondisi lingkungan tenang. Respon obyektif yaitu pasien tampak rileks. Pukul 18.15 melakukan implementasi diagnosa ke-1 yaitu mengajarkan teknik relaksasi

nafas dalam dan melihat video kartun. Responsubjektif pasien yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang setelah tarik nafas dalam dan melihat video kartun. Responobyektif yaitu skala nyeri berkurang dari nyeri berat 7 menjadi nyeri sedang 5. Pukul 18.25 melakukan implemntasi diagnosa ke-1 yaitu mengukur tanda-tanda vital (TTV). Respon obyektif pasien yaitu pasien mengatakan badanya tidak panas. Respon obyektif yaitu TD: 106/62 mmhg N: 112x/mnt RR: 24x/mnt Suhu: 36,9 °C Skala nyeri: nyeri berat. Pukul 18.32 melakukan implementasi diagnosa ke-2 yaitu mengkaji tingkat kecemasan pasien dan keluarga. Respon subyektif pasien yaitu Ibu pasien mengatakan khawatir dengan kondisi anaknya ketika ini, sulit berkonsentrasi, & dan mengatakan merasa bingung. Respon obyektif yaitu Ibu pasien & pasien tampak gelisah dan tegang. Pukul 18.34 melakukan implementasi diagnosa ke-2 yaitu melakukan pendekatan yang tenang dan meyakinkan kepada pasien dan keluarga dengan cara berdoa. Respon subyektif pasien yaitu Ibu pasien mengatakan agak tenang setelah diberi penjelasan oleh perawat dan berdoa. Respon obyektif yaitu Ibu pasien dan pasien tampak sedikit tenang. Pukul 18.55 melakukan implementasi diagnosa ke-2 yaitu kolaborasi pemberian analgetik paracetamol infus 200mg intravena. Respon subyektif pasien yaitu pasien mengatakan tangan yang terpasang infus terasa senut-senut. Respon obyektif pasien yaitu paracetamol infus 200 mg masuk via infus intra vena.

Pada tanggal 17 Februari 2021 pukul 14.10 melakukan implementasi diagnosa ke-3 yaitu mengkaji skala nyeri pasien. Respon obyektif pasien yaitu pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, P : nyeri ketika bergerak, Q : seperti disayat-sayat, R : kuadran kanan bawah, pada luka operasi S : nyeri ringan skala 2, T : ketika bergerak. Respon obyektif pasien yaitu pasien tampak masih menahan nyeri ketika bergerak. Pukul 14.15 melakukan implementasi diagnosa ke-3 yaitu mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu ruangan, ketenangan). Respon subyektif pasien yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang jika kondisi tenang. Respon obyektif pasien yaitu lingkungan tenang, pasien tampak rileks. Pukul 14.34 melakukan implementasi diagnosa ke-3 yaitu mengajarkan teknik distraksi relaksasi (tarik

napas dalam dan melihat video kartun). Respon subyektif pasien yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang ketika menarik nafas dalam dan menonton video kartun. Respon obyektif pasien yaitu pasien kooperatif dan rileks. Pukul 16.05 melakukan implementasi diagnosa ke-3 yaitu mengukur TTV. Respon subyektif pasien yaitu pasien mengatakan masih nyeri. Respon obyektif pasien yaitu TD: 102/65 mmHg, N: 98x/mnt,, RR: 24x/mnt, Suhu: 36,2° C, Skala nyeri : nyeri ringan. Pukul 18.25 melakukan implementasi diagnosa ke-4 memasukkan obat cefotaxime 500mg IV. Respon subyektif pasien yaitu pasien mengatakan bersedia diberikan obat cefotaxime 500mg melalui IV. Respon obyektif pasien yaitu pasien kooperatif. Pukul 18.30 melakukan implementasi diagnosa ke-4 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, didapatkan data nyeri berkurang, pasien tidak mual dan muntah. Respon subyektif pasien yaitu Ibu pasien paham dengan penjelasan perawat. Respon obyektif pasien yaitu Ibu pasien tampak paham dengan penjelasan perawat. Pukul 18.35 melakukan implementasi diagnosa ke-4 yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Respon subyektif pasien Ibu pasien paham dengan penjelasan perawat. Respon obyektif pasien Ibu pasien tampak paham dengan penjelasan perawat. Pukul 18.40 melakukan implementasi diagnosa ke-4 yaitu mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar. Respon subyektif pasien Ibu pasien paham dengan penjelasan perawat. Respon obyektif pasien Ibu pasien tampak paham dengan penjelasan perawat.

Pada tanggal 18 Februari 2021 pukul 14.23 melakukan implementasi diagnosa ke-3 yaitu mengidentifikasi lokasi: daerah operasi , karakteristik: teriris, durasi: intermiten, frekuensi: tidak tentu, kualitas nyeri: tajam, intensitas nyeri: tidak tentu, skala nyeri: 2. Respon subyektif pasien yaitu pasien mengatakan nyeri berkurang. Respon obyektif pasien yaitu pasien tampak rileks, TD : 102/72 mmHg, Nadi : 88x/menit, Suhu : 36,2°C, RR : 20x/menit. Pukul 14.30 melakukan implementasi diagnosa ke-4 yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi local/sistemik. Respon subyektif pasien yaitu pasien mengatakan tidak ada tanda infeksi seperti yang dijelaskan

perawat. Respon obyektif pasien yaitu tidak tampak tanda-tanda infeksi pada lukap pasien, luka tampak bersih, tidak kemerahan, dan tidak bau. Pukul 14.32 melakukan implementasi diagnosa ke-4 yaitu menganjurkan meningkatkan asupan makan dan minum. Respon subyektif pasien yaitu pasien mengatakan akan makan sesuai anjuran perawat yaitu makan habis satu porsi dengan menu empat sehat lima sempurna. Respon obyektif pasien yaitu pasien tampak memahami anjuran perawat.

I. Evaluasi Keperawatan

Pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 18.56 hasil evaluasi diagnosa ke-1 yaitu S : pasien mengatakan nyeri pada perutnya, P : Pasien mengatakan nyeri ketika bergerak, Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri dibagian perut menjalar ke belakang, S : skala nyeri 6 dilihat dari raut muka pasien menggunakan skala nyeri Wong Baker, T : nyeri di rasa terus menerus, klien mengatakan nyeri sedikit berkurang, O : pasien tampak meringis, KU : Sedang, kesadaran composmentis, TD : 106/62 mmHg, Nadi : 112x/menit, Suhu : 36,9 °C, RR : 24x/menit, skala nyeri : nyeri berat, A : Masalah teratasi sebagian, P : Intervensi dihentikan pasien (operasi). Pukul 18.57 hasil evaluasi diagnosa ke-2 yaitu S : pasien merasa khawatir karena akan di operasi, pasien mengatakan paham atas penjelasan mahasiswa, keluarga pasien mengatakan selalu menjaga pasien setiap ketika, pasien mengatakan khawatirnya berkurang, O : pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang, pasien tampak mempraktikkan teknik nafas dalam, A : Masalah teratasi sebagian, P : intervensi dihentikan (klien operasi).

Pada tanggal 17 Februari 2021 pukul 18.45 hasil evaluasi diagnosa ke-3 yaitu S : Pasien mengatakan nyeri ketika bergerak, nyeri seperti disayat sayat, di bagian perut, Pasien mengatakan faham diajarkan teknik nafas dalam, O : Pasien tampak gelisah, Pasien tampak meringis, Pasien mencoba mempraktekkan teknik nafas dalam, TD : 120/80 mmHg, Nadi : 85x/menit, Suhu : 36,6°C, RR : 20x/menit, A : Masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas

nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non verbal, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Pukul 18.50 hasil evaluasi diagnosa ke-4 yaitu S :Pasien mengatakan mengerti atas apa yang dijelaskan, Pasien mengatakan tidak ada tanda infeksi seperti yang dijelaskan, O :Pasien tampak paham atas apa yang dijelaskan, A : Masalah teratasi sebagian, P : Lanjutkan intervensi, Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan pasien, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, Ajarkan etika batuk, Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Pada tanggal 18 Februari 2021 pukul 14.35 hasil evaluasi diagnosa ke-3 yaitu S: Pasien mengatakan nyeri berkurang, O :Pasien tampak rileks , Pasien tampak rileks, TD : 120/80 mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,6 °C, RR : 20x/menit, A : Masalah teratasi sebagian, P : Hentikan intervensi (pasien Pulang). Pukul 14.40 hasil evaluasi diagnosa ke-4 yaitu S : Pasien mengatakan tidak ada tanda infeksi seperti yang dijelaskan, O : Tidak tampak tanda-tanda infeksi pada luka, A : Masalah teratasi sebagian, P : Hentikan intervensi (pasien pulang).

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien dengan kasus Appendisitis yang telah dilakukan sejak tanggal 16 sampai 18 Februari 2021 di ruang anak RSI Sultan Agung Semarang. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

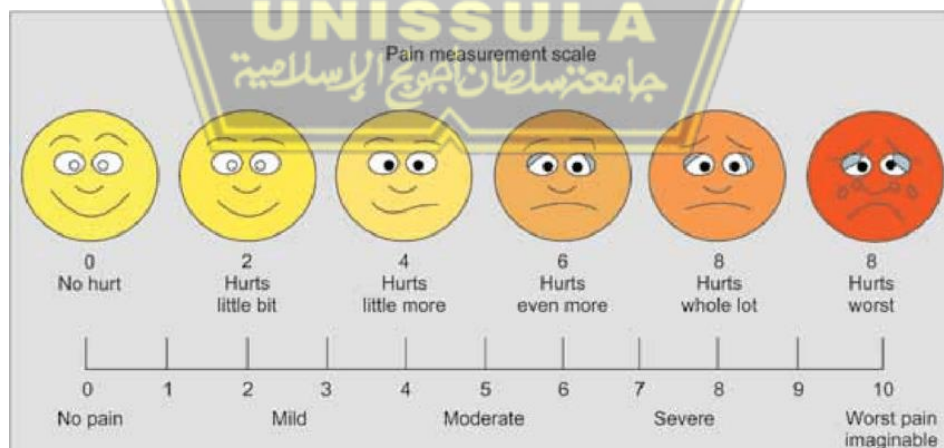
Berdasarkan data yang dimiliki perawat pada kasus appendisitis ini membahas pre dan post appendisitis pada klien. Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada klien dengan pre dan post operatif appendisitis di ruang Nisa 1 RSI Sultan Agung Semarang sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yaitu meliputi : pengkajian, menegakkan diagnose keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

A. Pengkajian

Pengkajian yaitu pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi klien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan (Wedjo, 2019). Berdasarkan dari hasil pengkajian pada klien dengan diagnosa appendisitis pada pemeriksaan abdomen klien terdapat gejala yaitu adanya nyeri lepas pada titik Mc. Burney hal ini sesuai dengan manifestasi klinis pada bab II bahwa terdapat nyeri lepas lokal pada titik Mc. Burney. Titik Mc Burney yaitu titik imajiner yang dipergunakan untuk memperkirakan letak appendiks, yaitu titik di 1/3 lateral dari garis yang dibentuk dari umbilikus & SIAS dekstra. Nyeri tekan di titik Mc Burney disebut Mc Burney sign, salah satu tanda dari appendisitis akut. Nyeri di titik ini disebabkan oleh inflamasi dari appendiks dan persentuhannya dengan peritoneum. Nyeri akan bertambah seiring dengan berlanjutnya proses inflamasi. Appendisitis tidak selalu

menimbulkan nyeri tekan di titik Mc Burney, hal ini disebabkan letak appendiks yang sangat bervariasi, misalnya appendiks yang terletak retrocoecal (di belakang coecum) tidak menyebabkan nyeri tekan di titik Mc Burney. Nyeri ini berasal dari infeksi bakteri pada umbai cacing yang menyebabkan sekresi mucus berlebih pada lumen appendiks yang menyebabkan appendiks meregang dan mengakibatkan nyeri (Warsinggih, 2016). Menurut penulis berdasarkan hasil dari pengkajian terdapat kesamaan antara hasil pengkajian pada klien dengan teori yang ada, dimana klien mengatakan ada nyeri sesuai manifestasi klinis terdapat nyeri, hal ini dikarenakan adanya peradangan pada appendiks yang ditandai dengan nyeri di perut bagian kanan bawah yang biasa disebut dengan titik Mc. Burney. Pada pasien dewasa & anak >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka, digunakan Wong Baker FACES Pain Scale. Penilaian nyeri yang digunakan meliputi *P: Palliative*, *Q: Quality*, *R: Regio*, *S: Scale*, *T: Time* (PQRST).

Wong Baker digunakan sebagai instrumen untuk mengkaji nyeri pada pasien anak-anak kurang dari 12 tahun. skala nyeri Wong Baker mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien ketika bertatap muka tanpa kita menanyakan keluhannya (Tjahya, 2017).



Gambar 3 Skala Nyeri Wong Baker

B. Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan pasien tampak meringis dan gelisah

Nyeri akut yaitu nyeri yang timbul mendadak dan berlangsung sementara. Nyeri ini ditandai dengan adanya aktivitas saraf otonom seperti : takikardi, hipertensi, hiperhidrosis, pucat dan midriasis, perubahan wajah : menyeringai atau menangis (Tjahya, 2017). Kasus nyeri yang diambil penulis adahubungannya dengan kondisi pasien dengan appendisitis. Nyeri ini berasal dari infeksi bakteri pada umbai cacing yang menyebabkan sekresi mucus berlebih pada lumen appendiks yang menyebabkan appendiks meregang dan mengakibatkan nyeri (Warsinggih, 2016). Dalam hal ini penulis mengangkat nyeri akut sebagai diagnosa utama dikarenakan apabila nyeri tidak segera ditangani maka akan berakibat fatal. Selain itu penulis mengangkat diagnosa nyeri akut menjadi diagnosa utama karena diagnosa ini bersifat aktual dari diagnosa kedua, dibuktikan dari hasil data pengkajian pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 18.10 membuktikan bahwa pasien merasakan nyeri, hasil analisa data yang diperoleh dari pengkajian yaitu pasien mengatakan nyeri pada perut, pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, hasil pemeriksaan nyeri (PQRST) P : Nyeri ketika aktivitas, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Kuadran kanan bawah, S : Sangat nyeri skala 7, T : Terus menerus, hasil pemeriksaan (TTV) yang meliputi TD : 106/62 mmHg, N : 112 x/menit, RR : 24 x/menit, S : 36,9 °C, data tersebut sesuai dengan teori (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah , bersikap protektif (posisi menghindari nyeri). Apabila dalam penanganan

kasus nyeri tidak segera ditangani maka appendiks akan ruptur, nyeri dapat lebih menyebar, mengakibatkan distensi abdomen akibat ileus paralitik dan kondisi pasien akan semakin memburuk (Warsinggih, 2016).

Intervensi untuk masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan pasien tampak meringis dan gelisah yaitu mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu ruangan, kebisingan), mengajarkan teknik distraksi relaksasi tarik nafas dalam, monitor TTV, kolaborasi pemberian analgetik. Hal ini sesuai dengan teori (Mustofa et al., 2021) teknik distraksi merupakan metode non-farmakologi untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pada hal lain sehingga anak akan lupa terhadap nyeri yang dihadapi. Teknik relaksasi tarik nafas dalam merupakan teknik yang dilakukan kepada pasien dengan cara mengatur pernafasan dan menarik nafas panjang selama beberapa kali secara teratur dengan harapan tingkat nyeri pasien akan berkurang. Teknik distraksi audio visual merupakan salah satu teknik yang paling efektif untuk mengurangi masalah nyeri pada anak. Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) intervensi yang dilakukan dalam penanganan nyeri akut yaitu pertama mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu ruangan, kebisingan) bertujuan untuk mengetahui faktor yang memperberat nyeri, kedua mengajarkan teknik distraksi relaksasi bertujuan untuk meringankan keluhan nyeri, ketiga mengukur TTV bertujuan untuk mengetahui tingkat nyeri, keempat berkolaborasi pemberian analgetik bertujuan untuk mengurangi nyeri dengan memberi analgetik.

Implementasi dilakukan selama 1 hari dimulai tanggal 16 Februari 2021, dalam melakukan implementasi penulis sepenuhnya melakukan tindakan yaitu mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, mengajarkan teknik distraksi relaksasi, mengukur TTV, dan berkolaborasi pemberian analgetik.

Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam nyeri yang dirasakan An. M menurun dari skala 7 menjadi skala 6. Pasien

pre operasi secara mental akan menghadapi pembedahan sehingga perlu dipersiapkan untuk menghadapi anesthesia, nyeri waktu pembedahan. Tindakan pembedahan ini sebagai ancaman yang potensial bagi seseorang sehingga memerlukan adanya persiapan psikologis ketika akan menghadapi operasi (Pratama, 2020). Penulis mengajarkan teknik relaksasi napas dalam kepada An. M dimana teknik ini bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri, pasien merasa rileks sebelum melakukan operasi, selain dengan teknik relaksasi napas dalam penulis berkolaborasi dengan pemberian obat metronidazole atau obat antibiotik untuk mengurangi nyeri akibat infeksi bakteri. Asuhan keperawatan pada pasien pre operasi bertujuan untuk mempersiapkan pasien secara maksimal dalam kesiapan mental maupun kesiapan fisik (Pratama, 2020).

2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan pasien tampak tegang dan gelisah.

Menurut standar diagnosa keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) ansietas yaitu kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Pada tanggal 16 Februari 2021 pukul 18.10 penulis mengangkat diagnosa ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dalam menjalankan operasi, ditandai dengan pasien terlihat tegang dan gelisah. Kecemasan yang tinggi dapat memberikan efek dalam mempengaruhi fisiologis tubuh yang ditandai dengan adanya peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi nadi, peningkatan frekuensi napas. Dengan adanya tanda-tanda tersebut maka biasanya tindakan operasi akan tertunda oleh dokter sehingga akan menghambat penyembuhan penyakit pada klien (Rokawie et al., 2017). Berdasarkan teori tersebut penulis melakukan rencana keperawatan yaitu dengan memberikan terapi relaksasi napas dalam. Terapi relaksasi napas dalam merupakan teknik yang didasarkan pada keyakinan bahwa tubuh berespon pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi

penyakitnya. Dalam penerapannya terapi relaksasi napas dalam lebih mudah dipelajari, dan diterapkan oleh pasien, serta keuntungan terapi ini dapat menghemat waktu (Rokawie et al., 2017). Selanjutnya penulis menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan kepada klien dan keluarga klien, hal ini bertujuan untuk membina rasa saling percaya terhadap klien dan perawat, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama dengan klien hal ini bertujuan untuk melibatkan keluarga untuk mengurangi ansietas yang dialami klien. Dengan adanya keluarga disamping klien maka klien akan merasa tenang.

Implementasi dilakukan selama 1x8 jam pada tanggal 16 Februari 2021. Pada implementasi ini penulis melakukan pendekatan kepada keluarga dengan mengajak keluarga dan klien berdoa kepada Allah SWT semoga diberi kelancaran dalam menjalankan operasi. Seseorang yang memiliki spiritualitas yang baik yang dimiliki oleh klien pre operasi akan menurunkan tingkat kecemasan dan stress. Kebutuhan spiritual merupakan sesuatu yang dibutuhkan, ketika individu dalam syarat sakit, maka interaksi dengan orang lain akan semakin dekat (Lestianti et al., 2017). Selanjutnya penulis meyakinkan keluarga bahwa keluarga harus percaya dengan apa yang dilakukan Dokter maupun perawat dan tenaga medis lainnya dalam menangani klien.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 16 Februari 2021 dengan hasil masalah teratasi sebagian, ditandai dengan pasien dan keluarga pasien merasa sedikit tenang. Planning dihentikan karena pasien menjalankan operasi.

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien tampak meringis

Nyeri paska operasi didefinisikan sebagai nyeri yang dialami setelah intervensi bedah. Kedua faktor pra operasi, perioperatif, paska operasi mempengaruhi pengalaman nyeri (Hidayatulloh et al., 2020). Penulis mengangkat diagnosa ini karena pasien telah menjalankan tindakan operasi appendiktomi, dimana pada tindakan ini dilakukan pembedahan

untuk membuang apendiks. Menurut (Wedjo, 2019) Bila diagnosa sudah tepat dan jelas ditemukan apendisitis maka tindakan yang dilakukan yaitu operasi membuang apendiks. Pembedahan untuk mengangkat apendiks disebut operasi appendectomy.

Implementasi yang dilakukan 2x24 jam pada tanggal 17-18 Februari 2021, dalam melakukan implementasi penulis sepenuhnya melakukan tindakan, diantaranya mengidentifikasi karakteristik nyeri yang dirasakan pasien setelah menjalankan operasi, mengidentifikasi nyeri non verbal, mengontrol lingkungan pasien dengan menutup korden agar pasien merasa nyaman, menjelaskan kepada keluarga pasien bahwasannya nyeri yang dirasakan An. M yaitu nyeri post operasi appendektomy, menganjurkan keluarga untuk memonitor nyeri secara mandiri dengan memantau keadaan An. M dengan melihat raut wajah, apakah An. M sering merintih kesakitan, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam yang dilakukan ketika nyeri ketika bergerak selama 3 siklus dimana An. M tarik napas dan menghembuskan napas selama 3x, selanjutnya mengajarkan teknik distraksi dengan mengalihkan perasaan nyeri yang dirasakan An. M dengan menonton video kartun yang disukai. Selanjutnya berkolaborasi pemberian analgetik parasetamol 250 cc melalui IV.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 17-18 Februari 2021 selama 2x24 jam nyeri yang dirasakan A. M menurun ditandai dengan skala nyeri menurun dari skala nyeri 4 menjadi skala 2, An. M tampak lebih rileks dari keadaan sebelumnya. Masalah teratasi, intervensi dihentikan karena pasien pulang.

4. Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (luka post operasi)

Resiko infeksi yaitu beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Factor resiko dari resiko infeksi yaitu penyakit kronis, efek prosedur infasif, mal nutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer, ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Penulis mengangkat diagnosa ini karena An. M telah menjalankan

tindakan invasif dimana terdapat luka post operasi pada abdomen kuadran kanan bawah, alasan penulis mengangkat diagnosa ini untuk mengurangi terjadinya komplikasi. Dimana komplikasi yang ditimbulkan oleh infeksi luka operasi (ILO) yaitu nyeri akan semakin meningkat, sehingga waktu tinggal dirumah sakit akan semakin lama (Mooy et al., 2020).

Implementasi yang dilakukan 2x24 jam pada tanggal 17-18 Februari 2021, dalam melakukan implementasi penulis sepenuhnya melakukan implementasi diantaranya memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, pada An. M tidak ada tanda-tanda infeksi lokal dan sistemik. Menurut (Gatot, 2016) Infeksi jamur sistemik dimulai dari infeksi lokal atau dari koloni jamur dalam saluran cerna atau selaput lendir lain yang kemudian menyebar ke berbagai alat tubuh lain. Tanda dan gejalanya yaitu tanda-tanda infeksi mempengaruhi seluruh tubuh secara umum, seperti kelelahan, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, demam, keringat malam, menggigil, sakit dan nyeri. Pentingnya dimonitor untuk mengetahui lebih lanjut adakah tanda-tanda infeksi lokal dan sistemik pada An. M, selanjutnya penulis mengedukasi keluarga untuk mengurai batas pengujung, memberikan perawatan kulit pada area insisi yaitu dengan mengganti balutan, mengedukasi keluarga pasien 6 langkah cara mencuci tangan yang baik dan benar sebelum dan sesudah kontak dengan An. M.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 17-18 Februari 2021, didapatkan hasil tidak ada tanda-tanda infeksi lokal maupun sistemik pada An. M, luka tertutup balutan, masalah teratasi, intervensi dihentikan dikarenakan pasien pulang.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penerapan asuhan keperawatan pada klien pre dan post appendisitis di Nisa 1 RSI Sultan Agung Semarang peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada klien sesuai dengan teori. Salah satu focus utama pengkajian pada klien dengan pre dan post appendisitis yaitu pengkajian nyeri dengan menggunakan metode PQRST.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang telah ditetapkan dan dikelompokkan penulis untuk mendukung penegakan keempat diagnosa. Diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan pasien tampak meringis dan gelisah, diagnosa kedua ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan pasien tampak tegang dan gelisah, diagnosa ketiga nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dan meringis, diagnosa keempat yaitu resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (luka post operative).

3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada klien dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, Intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan klien dan memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam krejasama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

4. Pelaksanaan tindakan

Pelaksanaan tindakan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah di buat sesuai dengan kebutuhan klien dengan pre & post appendisitis.

5. Evaluasi Keperawatan

Akhir dari proses keperawatan yaitu evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien selama 3 hari oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Respon klien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan baik, klien cukup kooperatif dalam pelaksanaan setiap tindakan keperawatan. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien menunjukkan bahwa masalah yang dialami pada klien banyak yang teratasi.

B. Saran

1. Bagi peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien pre dan post appendisitis yang tepat, peneliti selanjutnya harus memahami konsep tentang appendisitis dan dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat sesuai dengan standar buku panduan SDKI (Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia), SLKI (Standart Luaran Keperawatan Indonesia), dan SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia).

2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan.

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah dan memperdalam ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan menggunakan literatur-literatur terbaru.

DAFTAR PUSTAKA

- Astutik, C. (2012). *GANGGUAN SISTIM PENCERNAAN POST APPENDIKTOMI HARI KE- 1 PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN*. 1–13.
- Damayanti, E. (2008). *Tumbuh Kembang dan Terapi Bermain pada Anak*.
- Gatot, D. (2016). Infeksi Jamur Sistemik pada Pasien Immunocompromised. *Sari Pediatri*, 3(4), 242. <https://doi.org/10.14238/sp3.4.2002.242-6>
- Hidayat, E. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Appendicitis Yang Di Rawat Di Rumah Sakit. In *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/1066>
- Hidayatulloh, A. I., Limbong, E. O., & Ibrahim, K. I. (2020). PENGALAMAN DAN MANAJEMEN NYERI PASIEN PASCA OPERASI DI RUANG KEMUNING V RSUP Dr. HASAN SADIKIN BANDUNG: STUDI KASUS. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 11(2), 187. <https://doi.org/10.26751/jikk.v11i2.795>
- Lestianti, I., Utami, G. T., & Utami, S. (2017). *PENGARUH TERAPI SPIRITUAL TERHADAP TINGKAT KECEMASAN PASIEN PRE-OPERASI: LITERATURE REVIEW*. 7, 623–633.
- Lolo, L. L., & Novianty, N. (2018). Pengaruh Pemberian Guided Imagery Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Appendisitis Hari Pertama Di Rsud Sawerigading Kota Palopo Tahun 2017. *Fenomena Kesehatan*, 01(01), 20–25.
- Mooy, D. Z., Suwedagatha, I. G., & Golden, N. (2020). Faktor-faktor risiko yang berperan terhadap terjadinya infeksi luka operasi pada pasien post appendectomy di RSUP Sanglah Denpasar. *Intisari Sains Medis*, 11(2), 439. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i2.714>

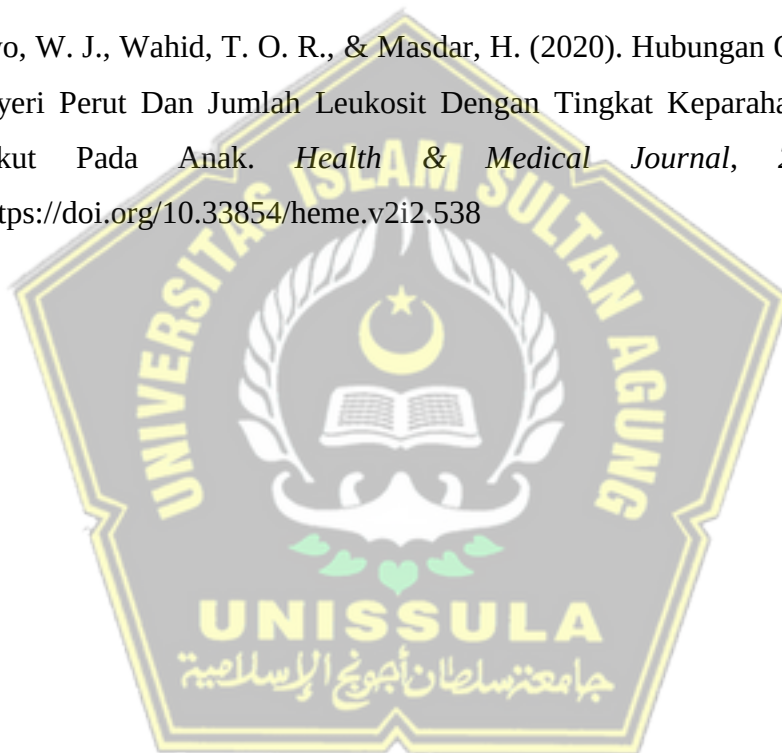
- Mustofa, I. H., Verawati, M., & Sari, R. M. (2021). Studi Komparatif Skala Nyeri Saat Pemasangan Infus Pada Anak Yang Diberikan Teknik Distraksi Audio Visual Menonton Animasi Kartun Dan Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam Di Rsi Siti Aisyah Kota Madiun. *Health Sciences Journal*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.24269/hsj.v5i1.664>
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* (1st ed.).
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.).
- Pratama, Ferina Nadya. (2020). Hubungan Nyeri dengan Care Dependency pada Pasien Post Operasi di Rumah sakit Tingkat III Baladhika Husada Jember. *Skripsi*.
- Putri, L. (2021). *Buku Asuhan Keperawatan Anak* (M. Ardila (ed.)).
- Rokawie, A. O. N., Sulastri, S., & Anita, A. (2017). Relaksasi Nafas Dalam Menurunkan Kecemasan Pasien Pre Operasi Bedah Abdomen. *Jurnal Kesehatan*, 8(2), 257. <https://doi.org/10.26630/jk.v8i2.500>
- S. Bakhri. (2015). *ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN APENDISITIS DENGAN NYERI AKUT DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA*. 151(1), 10–17.
- Sukmahayati, S. (2016). *Angka Kejadian Apendisitis di RSUD dr. Adjidarmo Kabupaten Lebak pada Tahun 2016*. 26–33.
- Sulekale, A. (2016). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kasus Apendisitis Di Rumah Sakit Santa Anna Kendari Tahun 2015 Karya*.
- Sumarni, T. A. (2019). Viva Medika. *Jurnal Kesehatan*, 12, 50–63.
- Tjahya, A. (2017). Penilaian nyeri. *Academia*, 133–163.

<http://www.academia.edu/download/49499859/pemeriksaan-dan-penilaian-nyeri.pdf>

Warsinggih. (2016). *Bahan Ajar Appendisitis Akut*.

Wedjo, M. A. M. (2019). Asuhan Keperawatan Pada An. R. L dengan Apendisitis Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aman Nyaman di Wilayah RSUD Prof. dr. W. Z. Johannes Kupang. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).

Wibowo, W. J., Wahid, T. O. R., & Masdar, H. (2020). Hubungan Onset Keluhan Nyeri Perut Dan Jumlah Leukosit Dengan Tingkat Keparahan Apendisitis Akut Pada Anak. *Health & Medical Journal*, 2(2), 26–36. <https://doi.org/10.33854/heme.v2i2.538>



Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

NIDN : 06-2802-8603

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi D – III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA, sebagai berikut :

Nama : Melfiana

NIM : 40901800054

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Anak Pada An. M Dengan Appendisit Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 25 Januari 2021

Pembimbing



(Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep)

NIDN :06-2802-8603

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

NIDN : 06-2802-8603

Pekerjaan : Dosen

Adalah pembimbing Karya Tulis Ilmiah dari mahasiswa Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA, sebagai berikut :

Nama : Melfiana

NIM : 40901800054

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Anak Pada An. D Dengan Demam Berdarah Dengue Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing Karya Tulis Ilmiah pada tanggal 25 Januari – 13 Agustus 2021 bertempat di Prodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang. Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Pembimbing



(Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep)

NIDN : 06-2802-8603

Lampiran 3

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN
FIK UNISSULA
2021**

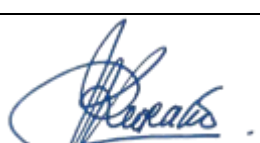
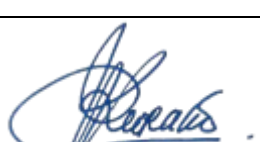
NAMA MAHASISWA : Melfiana

NIM : 40901800054

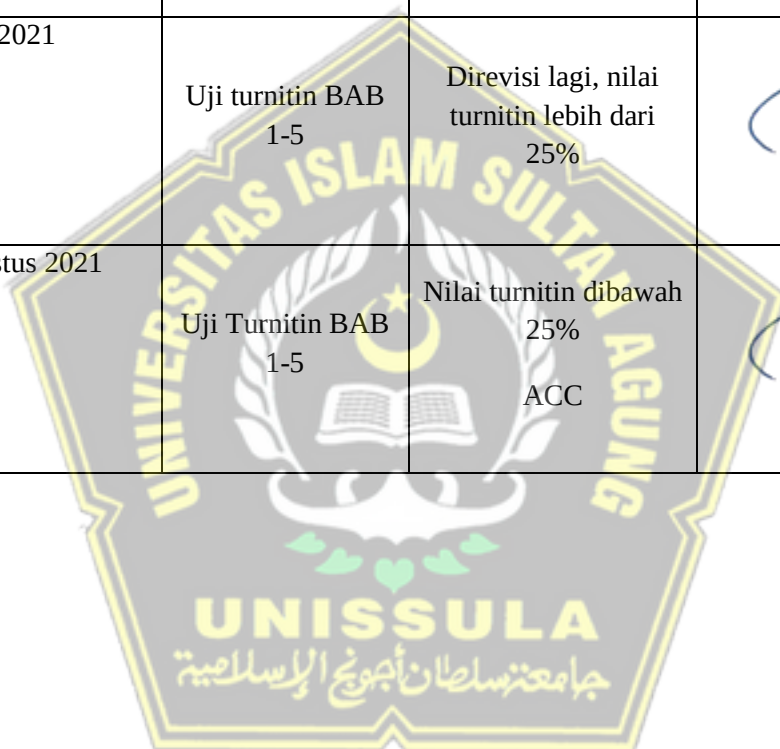
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Anak Pada An. M Dengan
Appendisitis Di Ruang Baitunnisa 1 Rumah Sakit
Islam Sultan Agung Semarang

PEMBIMBING : Ns. Kurnia Wijayanti, M.Kep

HARI / TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
26 Januari 2021	Persiapan pengambilan kasus	Jika sudah mendapat kasus, catat semua data yang berhubungan dengan pasien, kaji pasien dan keluarga dengan lengkap	
15 Februari 2021	Ganti kasus kelolaan	Lanjutkan pengelolaan, data yang diambil harus lengkap	

8 April 2021	Konsul BAB 1,2,3	Lanjutkan ke BAB 4	
12 April 2021	Konsultasi BAB 1, 2, dan Askep	Perbaiki data prevalensi, konsep dasar penyakit, sertakan sumber di setiap paragraph	
21 Mei 2021	Konsultasi BAB 1-5	Perbaiki data prevalensi, sumber dari buku kep.anak, teliti kaidah penulisan	
25 Mei 2021	Konsultasi BAB 1-5	Susun ulang lagi pendahuluan, prevalensi, sertakan komplikasi, berikan sumber	
29 Mei 2021	Konsultasi BAB 1-5	Perbaiki pengertian pada pendahuluan masih terdapat pengulangan kalimat	
03 Juni 2021	Konsultasi BAB 1-5	Perbaiki penulisan, tambahkan masukan saran dari penguji dipembahasan	
07 Juni 2021	Konsultasi BAB 1-5	Perhatikan masukan dari dosen penguji	

09 Juni 2021	Konsultasi BAB 1-5	Dirapikan dari penulisan, dan masukan saran dari penguji	
18 Juni 2021	Uji turnitin BAB 1-5	Dirapikan cara penulisan, teliti huruf yang kurang, turnitin lebih dari 25%	
25 Juni 2021	Uji turnitin BAB 1-5	Direvisi lagi, nilai turnitin lebih dari 25%	
13 Agustus 2021	Uji Turnitin BAB 1-5	Nilai turnitin dibawah 25% ACC	



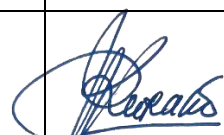
Lampiran 4

BERITA ACARA

ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M
DENGAN APPENDISITIS DI RUANG BAITUN
NISSA 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG

Nama : Melfiana

NIM : 40901800054

No	Nama penguji	Direvisi pada bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda tangan
1.	Ns. Nopi Nur Khasanah, M. Kep, Sp. Kep. An	1. Penulisan judul diteliti lagi huruf yang kurang 2. Penulisan kata pengantar pada bagian pengucapan terimakasih 3. Penambahan pada etiologi 4. Penulisan kesimpulan dan saran tidak perlu banyak 5. Penambahan referensi jurnal	1. i 2. vii-viii 3. 7 4. 45-46 5. 46-48	Ya Ya Ya Ya Ya	-	
2.	Ns. Indra Tri Astusi, M. Kep, Sp. Kep. An	1. Penulisan pathways sesuai dengan patofisiologi, tambahkan pre operasi dan post operasi 2. Penambahan pada penjelasan dari etiologi 3. Untuk pembahasan pada diagnosa ansietas intervensi keperawatan dilakukan dalam waktu 1x24 jam saja	1. 18 2. 7 3. 40-41	Ya Ya Ya	-	
3.	Ns. Kurnia Wijayanti, M. Kep	1. Perhatikan penulisan pada kalimat 2. Rata kanan kiri 3. Penulisan pathways sesuai dengan patofisiologi dan dijabarkan, diberikan mana yang pre operasi dan post operasi	1. i-selesai 2. i-selesai 3. 7	Ya Ya	-	

Lampiran 5

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. M
DENGAN APPENDICITIS DI RUANG BAITUN NISSA 1
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**



MELFIANA

40901800054

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAN ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2020/2021**

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

Nama Mahasiswa : Melfiana

Tempat Praktek : B. Nissa 1 RSI Sultan Agung Semarang

Tanggal Pengkajian : 16 Februari 2021

I. IDENTITAS DATA

A. Klien

Nama : An. M

Tempat/tanggal Lahir : 06 Desember 2014

Usia : 6 Tahun

Pendidikan : TK B

Alamat : Sawah Besar Timur RT 09/02 Kaligawe
Gayamsari Semarang

Agama : Islam

Tanggal Masuk : 16 Februari 2021 (18.00)

No. CM : 01240517

B. Penanggung jawab

Nama Ayah : Tn. A

Pekerjaan Ayah : Swasta

Pendidikan Ayah : SMA

Agama : Islam

Alamat : Sawah Besar Timur RT 09/02 Kaligawe

Gayamsari Semarang

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

Nama Ibu : Ny. D

Pekerjaan Ibu : Swasta

Pendidikan Ibu : SMA

Agama : Islam

Alamat : Sawah Besar Timur RT 09/02 Kaligawe

Gayamsari Semarang

Suku/Bangsa : Jawa/Indonesia

II. KELUHAN UTAMA

Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya merasakan nyeri pada perut selama 1 hari sebelum dibawa ke rumah sakit, nyeri dirasakan saat beraktivitas, nyeri seperti tertusuk, skala nyeri sangat nyeri, waktunya terus menerus serta demam dan mual muntah.

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Untuk mengetahui lebih detail hal yang berhubungan dengan keluhan utama

1. Munculnya keluhan

- Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya mengeluh nyeri pada tanggal 15 februari 2021.
- Ibu pasien mengatakan bahwa keluhan yang dirasakan anaknya muncul secara bertahap semakin hari semakin bertambah sakit.
- Presipitasi nyeri karena infeksi pada appendic.

2. Karakteristik

- Ibu pasien mengatakan nyeri yang dirasakan anaknya seperti tertusuk jarum terjadi secara terus menerus sebelum dibawa ke rumah sakit
- An. M mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan terletak pada perut kanan bawah (abdomen kuadran kanan bawah)
- An. M mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan terjadi secara terus menerus.
- An. M mengatakan bahwa nyeri dirasakan pada saat aktifitas dan istirahat, nyeri meningkat saat beraktivitas.
- Gejala yang menyertai kondisi pasien adalah mual dan muntah serta demam 39,1°C.

3. Masalah sejak muncul keluhan

- Ibu pasien mengatakan bahwa nyeri yang dirasakan pasien terjadi secara berulang sebelum masuk rumah sakit
- Ibu pasien mengatakan bahwa perkembangan pasien sebelum dibawa ke rumah sakit memburuk dan setelah dibawa ke rumah sakit keadaan anaknya membaik.

IV. RIWAYAT MASA LAMPAU

1. Prenatal

Ibu pasien mengatakan pada saat hamil anak yang kedua ini tidak ada masalah/keluhan, Ibu pasien juga mengatakan kebutuhan nutrisi saat mengandung selalu terpenuhi seperti buah-buahan dan susu.

2. Natal

Ibu pasien mengatakan persalinan anaknya dilakukan dirumah sakit dan persalinan secara Sectio Caesarea (SC) dengan BB 3100 Gram.

3. Penyakit waktu kecil

Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya memiliki riwayat penyakit diare.

4. Pernah dirawat di RS

Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya pernah dirawat di RS karena diare.

5. Obat-obatan yang digunakan

Ibu pasien mengatakan bahwa ketika anaknya sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan dan diberi obat sesuai dengan anjuran pelayanan kesehatan.

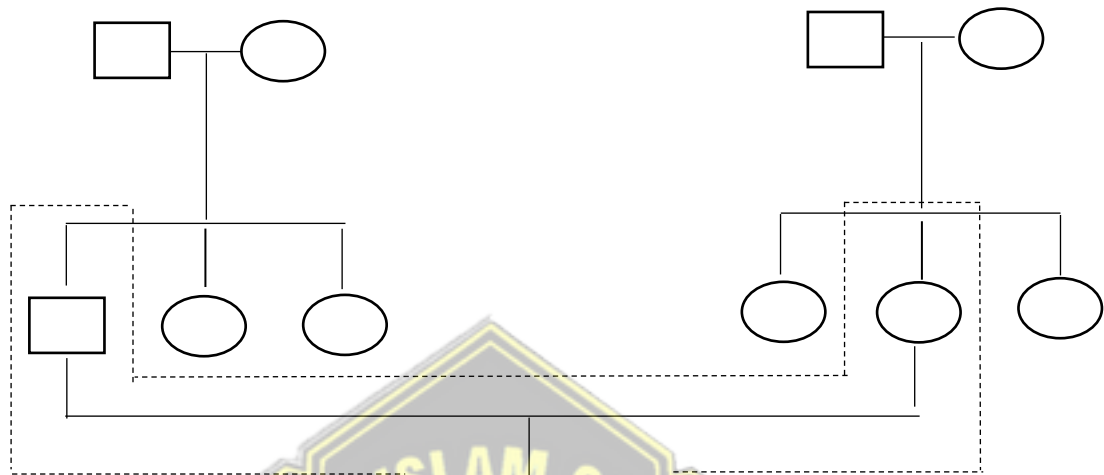
6. Alergi

Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat, makanan , ataupun binatang.

7. Imunisasi

Jenis	Usia	Imunisasi
Hepatitis B	0 Bulan	✓
BCG	1 Bulan	✓
Polio	2 Bulan	✓
DPT	3 Bulan	✓
DPT II	4 Bulan	✓
Campak	9 Bulan	✓

V. RIWAYAT KELUARGA (Disertai genogram)



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Pasien Laki-laki



: Garis Keturunan



: Tinggal serumah

- Ibu pasien mengatakan bahwa dikeluarga pasien tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, DM, maupun apendicisitis

VI. RIWAYAT SOSIAL

1. Yang mengasuh dan alasannya

Ibu pasien mengatakan yang mengasuh anaknya adalah orang tua dari pasien sendiri.

2. Pembawaan secara umum

Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya memiliki sifat yang periang dan aktif.

3. Lingkungan rumah

Ibu pasien mengatakan lingkungan rumah bersih, keselamatan anak terjamin, jauh dari jalan raya, dan didalam rumah terdapat ventilasi udara berupa jendela.

VII. KEADAAN KESEHATAN SAAT INI

1. Diagnosa medis : Appendicitis
2. Tindakan medis/ operasi : Appendectomy

VIII. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL MENURUT GORDON

1. Persepsi Kesehatan/Penanganan Kesehatan

Ibu pasien mengatakan status kesehatan sejak lahir baik, dari kecil sampai sekarang ibu pasien rutin untuk memeriksakan kesehatan anaknya baik di posyandu maupun pelayanan kesehatan. Ibu pasien mengatakan selalu mengganti pakaian pasien bila kotor. Ibu pasien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang merokok. Dan ibu pasien mengatakan memberikan mainan dan makanan anak yang sesuai dan aman bagi anaknya.

Orang tua :

Ibu pasien selalu memperhatikan mengenai kesehatan dan kesejahteraan anaknya

2. Nutrisi/Metabolik

Ibu pasien mengatakan sebelum anaknya sakit kebiasaan makannya baik, makan 3x dalam sehari biasanya ditambah minum susu serta makan wafer. Ibu pasien mengatakan selama anaknya sakit selera makan anaknya berkurang karena mengalami mual dan muntah, makan 3x sehari dengan porsi setengah piring.

3. Eliminasi

Ibu pasien mengatakn pola BAB anak sebelum sakit dan selama sakit 1x dalam sehari dan pola BAK anak sebelum dan selama sakitt bisa 6-7x dalam sehari.

4. Aktivitas/Latihan

Ibu pasien mengatakan kebiasaan anaknya mandi dalam sehari sebanyak 2x secara mandiri dan terkadang dibantu oleh orang tuanya. Sebelum sakit pasien melakukan aktivitas sehari-hari dengan bermain bersama teman sebayanya. Selama sakit ibu pasien mengatakan untuk melakukan aktivitas pasien dibantu oleh orang tuanya seperti mandi, makan, berpakaian.

Bernapas

Selama sakit pasien tidak mengalami sesak napas, pasien tidak batuk dan pasien tidak terpasang alat bantu pernapasan/selang oksigen. Dan selama sakit pasien mengatakan bahwa merasakan nyeri saat melakukan aktivitas.

5. Tidur/Istirahat

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien diberikan jadwal tidur siang biasanya jam 1 serta tidur malam jam 8-9 malam. Selama dirawat ibu

pasien mengatakan bahwa pola tidur anaknya teratur, pasien tidak tidur siang dan tidur malam pasien jam 8-9 malam.

6. Kognitif/Perseptual

Anak belum bisa memahami penjelasan sakit yang dialaminya. Anak ketika dipanggil menoleh, dan ketika diajak bicara dapat memberikan respon. Anak juga bisa menyebutkan namanya. Anak akan menangis ketika dirinya merasa tidak nyaman dan mengeluh sakit.

Orang tua :

- a. Orang tua tidak mengalami masalah dengan penglihatan, pendengaran, sentuhan.
- b. Orang tua tidak mengalami kesulitan dalam membuat keputusan karena orang tua mampu memutuskan untuk dilakukan tindakan operasi kepada anaknya.

7. Persepsi Diri/Konsep Diri

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit anaknya seorang yang aktif tetapi selama dirawat pasien cenderung diam. Pasien belum sepenuhnya memahami dirinya. Ibu pasien mengatakan selalu ada waktu untuk anaknya agar anak tidak merasa kesepian dan takut.

8. Peran/Hubungan

Ibu pasien mengatakann anaknya seorang yang aktif dan ramah, ibu pasien juga mengatakan bahwa anaknya sering bermain diluar rumah bersama teman-temannya.

9. Seksualitas/Reproduksi

Ibu pasien mengatakan anaknya selalu diperhatikan, kebutuhan kasih sayang sudah terpenuhi, pasien mengatakan bahwa dirinya seorang anak laki-laki.

10. Koping/Toleransi Stres

Anak belum bisa memahami tentang penyakitnya, anak hanya bisa menangis dan merintih ketika merasa sakit/nyeri.

11. Nilai/Kepercayaan

Anak mengatakan bahwa dirinya seorang muslim, sudah mengerti keyakinan yang dimilikinya, anak masih senang bermain. Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya diberikan jadwal untuk mengaji setiap sore. Ibu pasien mengatakan selalu berdoa dan yakin yakin kepada Allah SWT bahwa anaknya akan sembuh dari penyakitnya.

IX. PEMERIKSAAN FISIK

1. Kesadaran : Composmentis

Keadaan umum : Pasien dalam kondisi kesakitan.

2. Tanda-tanda vital

TD : 106/62 mmHg

N : 112 x/menit

RR : 24 x/menit

S : 36,9 °C

3. Antropometri

BB : 19 kg

TB : 110 cm

LK : 43 cm

LD : 60 cm

4. Kepala

Bentuk mesocephal, rambut berwarna hitam bersih, tidak ada lesi.

5. Mata

Bentuk simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pembesaran pupil, tidak ada sekret.

6. Hidung

Lubang hidung simetris, tidak ada benjolan, tidak ada sekret

7. Mulut

Bibir simetris, mukosa lembab, tidak ada lesi , tidak ada stomatitis, pertumbuhan gigi lengkap

8. Telinga

Daun telinga simetris, tidak ada lesi, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik

9. Leher

Tidak ada lesi, tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid

10. Dada

Bentuk simetris, tidak ada lesi, pernapasan mengembang simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan

11. Jantung

Inspeksi : Tampak ictus cordis

Palpasi : Ictus cordis teraba

Perkusi : Resonan

Auskultasi : Terdengar peka

12. Paru-paru

Inspeksi : Dada kanan dan kiri simetris

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Terdengar suara vesikuler

13. Abdomen

Inspeksi : Bentuk simetris, tidak terdapat luka post operasi

Auskultasi : Terdengar suara bising usus

Perkusi : Bunyi redup

Palpasi : Terdapat nyeri tekan kuadran kanan bawah

14. Genetalia

Genetalia bersih, tidak terpasang kateter.

15. Ekstremitas

Kuku pasien bersih dan berwarna merah muda, capillary refill kurang dari 3 detik, tidak terdapat edema, pada ekstremitas kiri atas terpasang infus RL.

16. Kulit

Turgor kulit lembab, kulit nampak bersih, berwarna sawo matang, tidak terdapat lesi, tidak terdapat tanda-tanda infeksi.

17. Neurologis

Tidak ada gangguan pada saraf anggota gerak

X. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya mudah bergaul dengan orang baru, ketika bermain anak bermain sendiri dengan teman-temannya.
2. Berat Badan saat lahir : 3100 gram, dan Berat Badan saat ini 19 kg
3. Pertumbuhan gigi lengkap
4. Tengkurap 4 bulan
5. Duduk 5 bulan
6. Merangkak 8 bulan
7. Berdiri 10 bulan
8. Berjalan 12 bulan

XI. THERAPY

1. Metronidazole 3x250 mg
2. Cefotaxim 2x500 mg
3. Paracetamol 3x200 mg
4. Dexamethasone 2,5 mg ekstra
5. Dexamethason 3x5 mg

XII. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Pemeriksaan laboratorium

No RM : 01240517

Nama : An. M

Tgl Periksa : 16-02-2021

Pemeriksaan		Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI					
Darah Rutin 3					
Hemoglobin		12.8	10.7-14.7	g/dL	
Hematokrit		38.6	33.0-45.0	%	
Leukosit	H	21.23	5.00-1450	ribu/ μ L	Sesuai SADT
Eritrosit		5.0	4.4-5.9	juta/ μ L	
Trombosit		305	181-521	ribu/ μ L	
Hitung Jenis Leukosit					
Eosinofil %	L	0.0	1.0-5.0	%	
Basofil %		0.1	0-1	%	
Neutrofil %	H	91.6	50-70	%	
Limfosit %	L	5.0	25-50	%	Duplo
Monosit %		5.0	1-6	%	

IG %		0.4		%	
Netrofil Limfosit Ratio		31.6			
Absolut Limfosit Count		610		/μL	
Index Eritrosit					
MCV		77.7	69.0-93.0	fL	
MCH		25.8	22.0-34.0	Pg	
MCHC		33.2	32.0-36.0	g/dL	
Golongan Darah/Rh		O/Positif			
PPT					
PT		10.6	9.3-11.4	detik	

Pemeriksaan		Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
PT kontrol		11.5	9.1-12.3	detik	
APTT					
APTT	H	29.9	21.8-28.4	detik	Duplo
APTT (Kontrol)		26.9	21.0-28.4	detik	

KIMIA KLINIK					
Glukosa Darah Sewaktu		66	60-100	mg/dL	
Ureum		26	10-50	mg/dL	
Creatinin		0.55	0.50-1.20	mg/dL	
CRP kuantitatif	H	126.06	<=3	mg/dL	
Elektrolit (Na, K, Cl)					
Natrium (Na)	L	129.0	132-145	mmol/L	Duplo
Kalium (K)		4.20	3.1-5.1	mmol/L	
Klorida (Cl)		102.0	96-111	mmol/L	
IMOUNOLOGI					
HbsAg (kualitatif)		Non Reaktif	Non Reaktif		

2. Pemeriksaan Thorax

No RM : 01240517

Nama : An. M

Tgl Periksa : 16-02-2021

Hasil pemeriksaan Thorax Kecil (Non Kontras) tanggal 1 februari 2021

RADIODRAFI THORAKS

Cor : bentuk dan letak normal

Pulmo : Corakan vasculer tak meningkat

Tak tampak gambaran infiltrate

Diafragma dan sinus kostofrenikus tak tampak kelainan

KESAN :

COR TAK MEMBESAR

PULMO TAK TAMPAK KLAINAN

3. Pemeriksaan USG

No RM : 01240517

Nama : An. M

Tgl Periksa : 16-02-2021

Hasil pemeriksaan USG Degestive System (USG Abdomen) tanggal 1 februari 2021

USG Abdomen

HEPAR ukuran normal, tepi reguler, ekogenisitas parenkim normal, tak tampak nodul, V. Hepatika tak lebar.

Duktus biliaris intra dan ekstrahepatal tak lebar

VESIKA FELLEA dinding tak tebal, tak tampak batu/sludge

PANCREAS ukuran normal, parenkim normal, ductus pancreaticus tak lebar

LIEN ukuran normal, parenkim normal, V. Lienalis tak lebar

Paraaorta tak tampak kelainan

GINJAL KANAN ukuran normal, batas kartikomeduler baik, ekogenisitas normal, PCS tak lebar, tak tampak batu/massa.

GINJAL KIRI ukuran normal, batas kartikomeduler baik, ekogenisitas normal, PCS tak lebar, tak tampak batu/massa.

VESIKA URINARIA dinding tak tebal, tak tampak batu/massa

Pada regio Mc Burney : Tampak blind end tube non compessible disertai fluid collection disekitarnya, yang pada potongan longitudinal membentuk gambaran target sign.

KESAN :

Gambaran appendicitis akut disertai periappendicular fluid collection

Tak tampak kelainan lain pada organ organ intraabdomen.

XIII. ANALISA DATA

Tgl / Jam	Data Fokus	Etiologi	Nursing Problem
16-02-2021 18.10	DS : Pasien mengatakan nyeri pada perut DO: Pasien tampak meringis, Pasien tampak gelisah, TD : 106/62 mmHg, N : 112 x/menit, RR : 24 x/menit, S : 36,9 °C, P : Nyeri saat aktivitas, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Kuadran kanan bawah, S : Skala 7, T : Terus menerus	Agen pencedera fisiologis (inflamasi appendicitis).	Nyeri Akut
16-02-2021 18.10	DS : Pasien mengatakan takut dengan penyakitnya, Ibu pasien mengatakan khawatir dengan kondisi anaknya saat	Kekhawatiran mengalami kegagalan	Ansietas

	ini, Ibu pasien mengatakann sulit berkonsentrasi, Ibu pasien mengatakan merasa bingung DO : Pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang, pasien selalu ingin ditemani Ibunya		
17-02-2021 14:05	DS: P: pasien mengatakan nyeri saat bergerak Q: pasien mengatakan nyeri seperti disayat-sayat R: pasien mengatakan nyeri dibagian perut S: skala nyeri 4 dilihat dari raut muka klien T:nyeri hilang timbul DO : Pasien post operasi appendictomy hari ke 1, Pasien tampak meringis , KU : Sedang, kesadaran compos mentis, TD : 120/80 mmHg Nadi :80x/menit, Suhu : 36,6°C, RR:20x/menit	Agen pencedera fisik (Prosedur operasi)	Nyeri akut

17-02-2021 14:05	(factor risiko) : Tindakan Invasif DS: Ibu pasien mengatakan bahwa pasien habis di operasi usus buntu. DO: Terdapat luka post operasi appendectomy di perut bagian kanan bawah, luka terbalut kassa dengan ukuran panjang sekitar 5 cm.	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi
---------------------	--	-----------------------	----------------

XIV. PRIORITAS MASALAH

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi appendicitis) d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, dan gelisah.
2. Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan d.d pasien tampak tegang dan gelisah.
3. Nyeri akut b.d pencedera fisik (prosedur operasi) d.d pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis.
4. Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (adanya luka operasi).

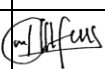
XV. PLANNING/ INTERVENSI

Tgl / jam	Diagnosa keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Planning	Rasional	TTD
16-02-2021	Dx 1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan nyeri yang dirasakan pasien dapat menurun, dengan kriteria : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun	1. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu ruangan, kebisingan) 2. Ajarkan teknik distraksi relaksasi 3. Monitor TTV 4. Kolaborasi pemberian analgetik	1. Mengetahui faktor pemberat nyeri. 2. Untuk meringankan keluhan nyeri 3. Mengetahui tingkatan nyeri pasien. 4. Menggunakan analgetik untuk menurunkan skalan nyeri pasien dengan berkolaborasi	
16-02-2021	DX 2	Setelah dilakukan tindakan keperawatan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan tingkat ansietas pasien menurun, dengan kriteria : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang	1. Monitor tanda-tanda ansietas 2. Ciptakan suasana terapi untuk menumbuhkan kepercayaan 3. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 4. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 5. Latih teknik relaksasi	1. Mengetahui tingkat ansietas pasien 2. Memberikan rasa nyaman pada klien 3. Membina rasa saling percaya terhadap pasien dan perawat 4. Melibatkan keluarga membantu mengurangi ansietas 5. Meningkatkan	

		menurun		pengetahuan pasien untuk melakukan intervensi mandiri jika ansietas terjadi	
17-02-2021	DX3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan klien mampu mengatakan nyeri berkurang Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun.	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 4. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 5. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 6. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 7. Kolaborasi pemberian analgetik	1. Menentukan lokasi dan karakteristik nyeri. 2. Mengeahui tanda nyeri pada pasien. 3. Meringankan nyeri pada pasien. 4. Membantu menentukan intervensi nyeri. 5. Membantu mengidentifikasi nyeri pasien. 6. Membantu mengurangi nyeri pasien tanpa bantuan obat. 7. Membantu mengurangi nyeri pasien dengan bantuan obat.	

17-02-2021	DX4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi infeksi dengan Kriteria Hasil : 1. Kebersihan tangan meningkat. 2. Kebersihan badan meningkat. 3. Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun. 4. Kadar sel darah putih meningkat.	1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema. 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	1. Mengetahui tanda infeksi secara cepat. 2. Meminimalisir factor penyebab infeksi. 3. Meminimalkan terjadinya infeksi. 4. Mencegah terjadinya infeksi. 5. Mencegah terjadinya infeksi.	
------------	-----	---	---	---	---

XVI. IMPLEMENTASI

Tgl / jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon klien	TTD
16-02-2021 18:05	DX 1	1. Mengkaji skala nyeri pasien.	S: Pasien mengatakan nyeri pada perut, P : Nyeri saat aktivitas, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Kuadran kanan bawah, S :	

			Skala 7, T : Terus menerus	
			O : Pasien tampak meringis, Pasien tampak gelisah	
16-02-2021 18:10	DX 1	2. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu ruangan, kebisingan)	S : Ibu pasien mengatakan nyeri berkurang jika kondisi lingkungan tenang. O : Pasien tampak rilek.	
16-02-2021 18:15	DX 1	3. Mengajarkan teknik distraksi relaksasi nafas dalam dan melihat video kartun.	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah tarik nafas dalam dan melihat video kartun. O : Skala nyeri berkurang dari nyeri berat (7) menjadi nyeri sedang (5)	
16-02-2021 18:25	DX 1	4. Monitor TTV	S: pasien mengatakan badanya tidak panas. O: TD: 106/62 mmhg N: 112x/mnt RR: 24x/mnt Suhu: 36,9 °C Skala nyeri: nyeri berat (7)	

16-02-2021 18:32	DX 2	5. Mengkaji tingkat kecemasan pasien dan keluarga.	S: Ibu pasien mengatakan khawatir dengan kondisi anaknya saat ini, sulit berkonsentrasi, dan mengatakan merasa bingung O: Ibu pasien dan pasien tampak gelisah dan tegang.
16-02-2021 18:34	DX 2	6. Melakukan pendekatan yang tenang dan meyakinkan kepada pasien dan keluarga terkait penyakit saat ini dan rencana tindakan operasi yang akan dilakukan.	S: Ibu pasien mengatakan agak tenang setelah diberi penjelasan oleh perawat. O: Ibu pasien dan pasien tampak sedikit tenang.
16-02-2021 18:55	DX 2	7. Kolaborasi pemberian analgetik paracetamol infus 200 mg intra vena.	S: Pasien mengatakan tangan yang terpasang infus terasa senut-senut. O: Paracetamol infus 200 mg masuk via infus intra vena.

17-02-2021				
14:10	DX 3	1. Mengkaji skala nyeri pasien	S: Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, P : nyeri saat bergerak, Q : seperti disayat-sayat, R : kuadran kanan bawah, pada luka operasi S : nyeri ringan skala 2, T : saat bergerak. O: Pasien tampak masih menahan nyeri saat bergerak.	
14:15	DX 3	2. Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri (suhu ruangan, kebisingan)	S: pasien mengatakan nyeri berkurang jika kondisi tenang. O: lingkungan tenang, pasien tampak rileks.	
14:34	DX 3	3. Mengajarkan teknik distraksi relaksasi (Tarik napas dalam dan melihat video kartun)	S: pasien mengatakan nyeri berkurang saat menarik nafas dalam dan menonton video kartun. O: pasien tampak relaks	

16:05	DX 3	4. Memonitor TTV	S: pasien mengatakan masih nyeri. O: TD: 102/65 mmHg N: 98x/mnt RR: 24x/mnt Suhu: 36,2' C Skala nyeri: 2 (nyeri ringan).	
18:25	DX 4	5. Memasukkan obat cefotaxime 500mg IV	S: Pasien mengatakan bersedia diberikan obat cefotaxime 500mg melalui IV O: Pasien kooperatif	
18:30	DX 4	6. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.	S: Ibu pasien paham dengan penjelasan perawat O: Ibu pasien pasien tampak paham dengan penjelasan perawat..	
18: 35	DX 4	7. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.	S: Ibu pasien paham dengan penjelasan perawat O: Ibu pasien pasien tampak paham dengan penjelasan perawat..	

18:40		8. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar	S: Ibu pasien paham dengan penjelasan perawat O: Ibu pasien pasien tampak paham dengan penjelasan perawat..	
18-02-2021 14:23	DX 3	1. Mengidentifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri.	DS: Pasien mengatakan nyeri berkurang DO: Pasien tampak rileks TD : 102/72 mmHg Nadi : 88x/menit Suhu : 36,2°C RR : 20x/menit	
14:30	DX4	2. Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.	DS: Pasien mengatakan tidak ada tanda infeksi seperti yang dijelaskan DO: Tidak tampak tanda-tanda infeksi pada luka.	
14:32	DX4	3. Mengajukan meningkatkan asupan nutrisi.	DS: Pasien mengatakan akan makan sesuai anjuran perawat, DO: Pasien tampak	

			memahami anjuran perawat.	
--	--	--	---------------------------	--

XVII. EVALUASI

Tgl / jam	Diagnosa Kep	Evaluasi	TTD
Hari Ke 1 16-02-2021 18.56	Dx 1 Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (inflamasi appendicitis)	S : P : Pasien mengatakan nyeri saat bergerak Q: Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk -tusuk R: Pasien mengatakan nyeri dibagian perut menjalar ke belakang S: skala nyeri 6 dilihat dari raut muka pasien T: nyeri di rasa terus menerus, klien mengatakan nyeri sedikit berkurang O : - pasien tampak meringis - KU : Sedang, kesadaran composmentis	

		-TD : 106/62 mmHg - Nadi : 112x/menit - Suhu : 36,9 C - RR : 24x/menit - skala nyeri : nyeri berat (7). A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan pasien operasi)	
18.57	DX 2. Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan d.d pasien tampak tegang dan gelisah	S : - pasien merasa khawatir karena akan di operasi - pasien mengatakan paham atas penjelasan mahasiswa - keluarga pasien mengatakan selalu menjaga pasien setiap saat - pasien mengatakan khawatirnya berkurang O : - pasien tampak gelisah - pasien tampak tegang - pasien tampak mempraktikkan teknik nafas dalam	

		A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dihentikan (klien operasi)	
Hari Ke 2 17-02-2021 18.45	DX 3 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (Prosedur oprasi).	S : - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak, nyeri seperti disayat sayat, di bagian perut - Pasien mengatakan faham diajarkan teknik nafas dalam O: - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak meringis - Pasien mencoba mempraktekkan teknik nafas dalam - TD : 120/80 mmHg - Nadi : 85x/menit - Suhu : 36,6°C - RR : 20x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - mengidentifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri.	

		- mengidentifikasi respon nyeri non verbal. - memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. - mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.	
18.50	DX 4 Risiko Infeksi d.d efek prosedur invasif	S : - Pasien mengatakan mengerti atas apa yang dijelaskan . - Pasien mengatakan tidak ada tanda infeksi seperti yang dijelaskan. O : - Pasien tampak paham atas apa yang dijelaskan A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. - Cuci tangan seblum dan sesudah kontak dengan kliendan lingkungan pasien	

		- Jelaskan tanda dan gejala infeksi. - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. - Ajarkan etika batuk. - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan	
Hari Ke 3 18-02-2021 14.35	Dx 3 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (Prosedur oprasi).	S: Pasien mengatakan nyeri berkurang O : - Pasien tampak rilex - Pasien tampak rilex - TD : 120/80 mmHg - Nadi : 80x/menit - Suhu : 36,6 oC - RR : 20x/menit A : Masalah teratasi sebagian P : Hentikan intervensi (pasien Pulang)	
14.40	DX 4 Risiko Infeksi d.d efek prosedur	S : Pasien mengatakan tidak ada tanda infeksi seperti yang dijelaskan O : Tidak tampak tanda tanda	

	invasif	infeksi pada luka. A : Masalah teratasi sebagian P :hentikan intervensi (pasien pulang)	
--	---------	---	--

