

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. M DENGAN
POST APENDIKTOMI HARI KE-3 DIRUANG
ANAK ITH LANTAI III RSI SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Malikhatun Nisfah
NIM. 89.331.3996

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Kamis

Tanggal : 19 Mei 2011



Semarang, 19 Mei 2011

Pembimbing

(Ns Erna Melastuti, S. Kep)

NIK : 21090010



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertanggung jawabkan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Kamis, tanggal 09 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 09 Juni 2011

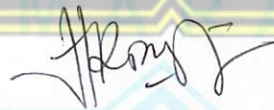
Tim Penguji,

Penguji I


(Ns. Kurnia Wijayanti, S.Kep)

NIK: 210909016

Penguji II


(Ns. Indra Triastuti, S.Kep)

NIK: 21090009

Penguji III


(Ns. Erna Melastuti, S.Kep)

NIK: 21090010

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya tulis ini saya persembahkan kepada :

Allah swt, orang tua tercinta, adik-adikku tersayang, para guru dan dosen
serta sahabat-sahabat terbaikku.



HALAMAN MOTO

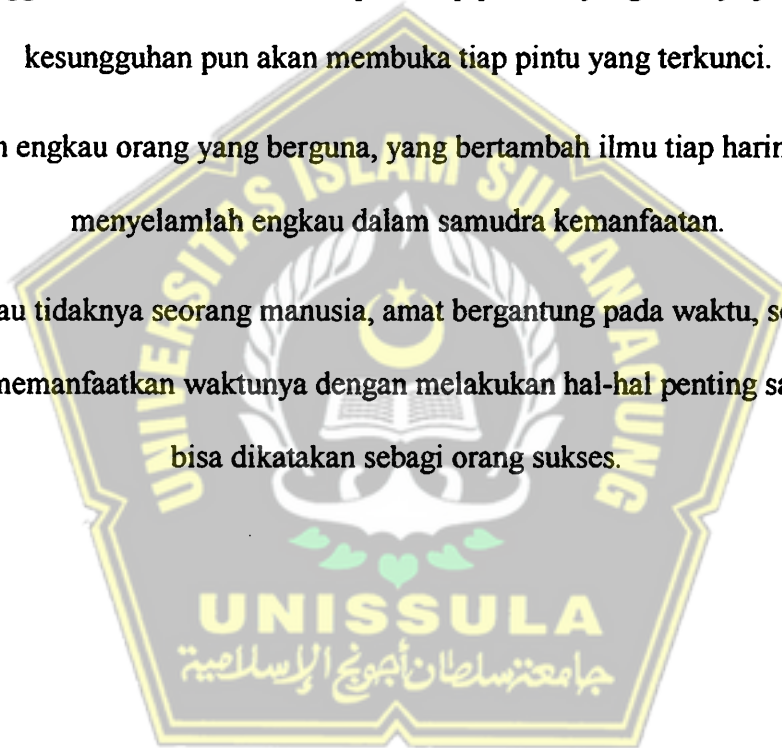
Barang siapa yang bersungguh-sungguh di jalan Allah maka Allah pasti akan menunjukkan jalan.

Sesungguhnya bersama kesulitan itu ada kemudahan.

Kesungguhan akan mendekatkan pada tiap perkara yang kiranya jauh, dan kesungguhan pun akan membuka tiap pintu yang terkunci.

Jadilah engkau orang yang berguna, yang bertambah ilmu tiap harinya, dan menyelamlah engkau dalam samudra kemanfaatan.

Sukses atau tidaknya seorang manusia, amat bergantung pada waktu, sebab orang yang bisa memanfaatkan waktunya dengan melakukan hal-hal penting sajalah yang bisa dikatakan sebagai orang sukses.



KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim...

Alhamdulillah penulis mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Post Apendiktomi Hari ke-3 di ruang Anak ITH Lantai III RS Islam Sultan Agung Semarang” sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang.

Karya Tulis Ilmiah ini bukanlah semata-mata merupakan jerih payah sendiri namun banyak pihak yang turut membantu dalam mengatasi kesulitan yang dihadapi serta membimbing penulis sejak dimulai hingga berakhirnya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Dengan penuh hormat, penulis mengucapkan terima kasih pada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, terutama kepada:

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M. Sc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, S.KM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Wahyu Endang Setyowati, S.KM, selaku ketua Program Studi di DIII Keperawatan, yang tidak pernah lelah memberikan nasehatnya kepada penulis.

4. Rumah Sakit Islam Sultan Agung, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis praktek disana, serta dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh dari kampus sehingga penulis mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns. Erna Melastuti, S.Kep selaku pembimbing yang tidak pernah lelah memberikan bimbingan kepada penulis.
6. Orang tua yang selalu mendukung penulis, serta tak henti-hentinya mendoakan penulis agar dapat meraih masa depan yang terbaik.
7. Adik-adik penulis yang selalu memberikan motivasi dan dukungan yang tak terhingga sehingga penulis bersemangat dalam menyelesaikan tugas akhir.
8. Sahabat-sahabat terbaik penulis: titin, atik, vita, manoph, dan bunda yang selalu menemani penulis selama menuntut ilmu di kampus tercinta.
9. Teman-teman mahasiswa angkatan 2008 Prodi DIII Keperawatan yang senantiasa berjuang bersama baik dalam keadaan suka maupun duka.
10. Teman-teman yang sudah berbaik hati untuk merelakan komputernya demi kelancaran dalam menyelesaikan karya tulis ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu dengan penuh harapan dan senang hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari pembaca untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas kebaikan yang diberikan dan menetapkan kebaikan ini sebagai amal sholeh.

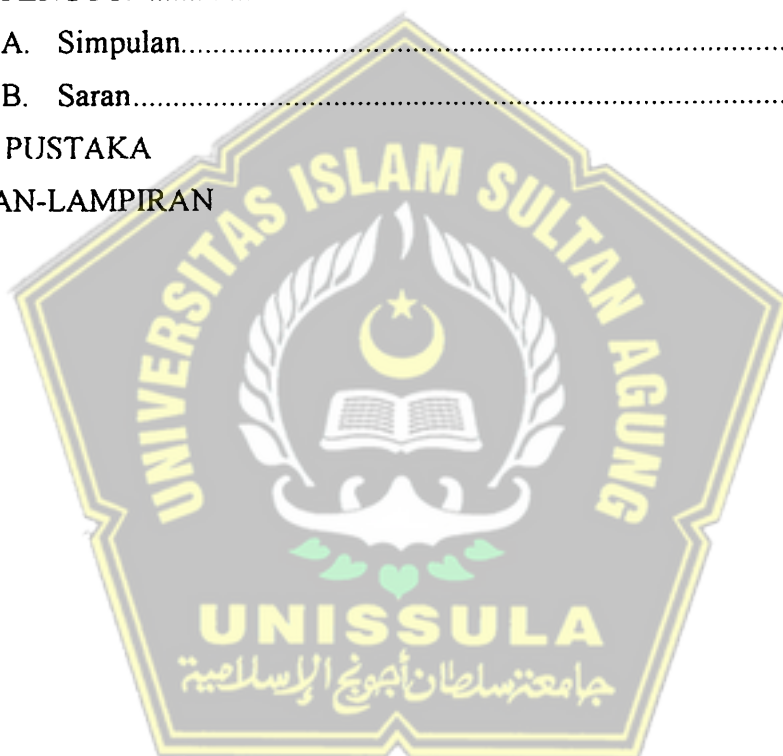
Semarang, 19 Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Pengertian.....	5
2. Anatomi dan Fisiologi.....	5
3. Etiologi.....	7
4. Patofisiologi.....	8
5. Manifestasi Klinis	9
6. Pemeriksaan Diagnostik.....	10
7. Komplikasi	11
8. Penatalaksanaan	11
B. Konsep Dasar Anak.....	14
1. Pengertian Anak.....	14
2. Konsep Tumbuh Kembang Anak.....	15
3. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak	18
C. Konsep Dasar Keperawatan	21
1. Pengkajian Keperawatan.....	21

2. Diagnosa Keperawatan	24
3. Fokus Intervensi	25
Pathways.....	33
BAB III LAPORAN HASIL ASUHAN KEPERAWATAN	35
A. Pengkajian	35
B. Analisa Data, Diagnosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	47
BAB IV PEMBAHASAN	59
BAB V PENUTUP.....	76
A. Simpulan.....	76
B. Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Letak Apendiks	6
Gambar 2.2 Apendiks Yang Terinflamasi	6



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Rentang kebutuhan air harian pada BB yang berbeda dalam kondisi normal.....	68
Tabel 4.2 Rentang kebutuhan air harian pada usia yang berbeda pada kondisi normal	69



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Usia sekolah dan remaja (5-18 tahun) merupakan usia yang paling rentan ditemukan menderita suatu infeksi, karena pada usia tersebut sudah mengerti akan perkembangan zaman sehingga juga mempengaruhi gaya hidup atau pada kebiasaan sehari-hari. Misalnya kurangnya mengkonsumsi makanan berserat dalam menu sehari-hari, atau makan-makanan yang tidak sehat yang merupakan kemungkinan pencetus terjadinya apendisitis. Apendisitis adalah inflamasi pada apendiks vermikularis (umbai cacing; kantung buntu pada ujung sekum) (Wong, 2009). Apendisitis terjadi karena adanya sumbatan lumen apendiks, *hyperplasia* jaringan limfa, fekalit, tumor apendiks dan cacing askaris, erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.Histolytka*, kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis.

Sekitar 1 dari 15 orang (7%) mengalami apendisitis. Insidensi puncak adalah usia 12 tahun. Dan penyakit ini jarang sebelum usia 2 tahun (Rudolph, 2007). Insiden apendisitis akut di negara maju lebih tinggi daripada di negara berkembang. Namun dalam tiga-empat dasawarsa terakhir kejadiannya menurun secara bermakna, yaitu 100 kasus tiap 100.000 populasi menjadi 52 tiap 100.000 populasi.

Berdasarkan data dunia di negara-negara berkembang menurut WHO (*World Health Organization*) di beberapa negara berkembang memiliki

prevelensi yang tinggi seperti di negara Singapura berjumlah 15% pada anak-anak 16.5% pada dewasa, Thailand 7% pada anak-anak dan dewasa, dan di negara maju seperti Amerika Serikat berjumlah 11%, sedangkan di Indonesia yang mengalami apendisitis sebanyak 7% pada tahun 2008. Data dari Medical Record Badan Rumah Sakit Umum Daerah (BRSUD) Cut Meutia Kabupaten Aceh Utara didapatkan hasil jumlah kunjungan pasien kasus apendisitis dari bulan Januari sampai Desember tahun 2009 terdapat 900 orang, yaitu laki-laki sebanyak 56,5% orang dan perempuan sebanyak 43,4% orang, sedangkan yang mengalami post operasi apendisitis sebanyak 8,6% orang, yaitu laki-laki sebanyak 5,1% orang dan perempuan sebanyak 3,5% orang.

Apendisitis merupakan penyakit tersering yang menyebabkan pembedahan pada anak. Sekitar 1 dari 15 orang (7%) mengalami apendisitis. Insidensi puncak adalah usia 12 tahun, dan penyakit ini jarang sebelum usia 2 tahun (Rudolph, 2007). Komplikasi utama apendisitis adalah perforasi apendiks, yang dapat berkembang menjadi peritonitis atau abses. Insiden perforasi adalah 10% sampai 32%. Insiden lebih tinggi pada anak kecil dan lansia (Smeltzer, 2001).

Peranan perawat dalam asuhan keperawatan pada pasien post apendiktomi sangatlah penting dan dibutuhkan ketrampilan terutama yang mencakup empat aspek diantaranya : promotif yaitu memberikan penyuluhan tentang menjaga kesehatan dirinya dan menjaga kebersihan diri serta lingkungannya. Upaya kuratif yaitu memberikan perawatan luka operasi secara aseptik untuk mencegah terjadinya infeksi dan mengadakan kalaborasi

dengan profesi lain secara mandiri. Upaya rehabilitatif yaitu memberikan pengetahuan atau penyuluhan kepada penderita dan keluarganya mengenai pentingnya mengkonsumsi makanan yang bernilai gizi tinggi kalori dan tinggi protein guna mempercepat proses penyembuhan penyakitnya serta perawatan di rumah setelah penderita pulang.

Sehubungan dengan latar belakang tersebut maka Penulis tertarik untuk mengambil topik dalam karya tulis ilmiah dengan judul: Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Post Apendiktomi Hari ke-3 Di ruang Anak ITH lantai III RSI Sultan Agung Semarang.

B. Tujuan Penulisan

Didalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis mempunyai tujuan sebagai berikut :

1. Tujuan umum

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post apendiktomi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang utuh dan komprehensif.

2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan konsep dasar mengenai apendisitis dan apendiktomi, konsep dasar anak dan konsep dasar keperawatan.
- b. Menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien post apendiktomi.
- c. Menganalisa asuhan keperawatan kepada pasien post apendiktomi yang disesuaikan dengan teori dan aplikatif.

C. Manfaat Penulisan

Asuhan keperawatan ini diharapkan bermanfaat bagi :

1. Penulis
 - a. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan post apendiktomi.
 - b. Mengaplikasikan teori yang sudah diperoleh di perguruan tinggi untuk dimanfaatkan dan diterapkan di masyarakat luas.
 - c. Memberikan pengalaman yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan post apendiktomi pada anak dengan memperhatikan tumbuh kembang anak.
2. Institusi

Dapat dijadikan sebagai bahan evaluasi untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan post apendiktomi sesuai dengan teori yang diperoleh selama kuliah.
3. Lahan praktek

Dapat dijadikan masukan dalam peningkatan mutu kualitas pemberian pelayanan asuhan keperawatan terutama pada anak dengan apendiktomi.
4. Masyarakat

Dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan masyarakat tentang penatalaksanaan apendiktomi.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Apendisitis adalah inflamasi pada apendiks vermikularis (umbai cacing; kantung buntu pada ujung sekum), merupakan keadaan yang sering memerlukan tindakan bedah pada usia kanak-kanak (Wong, 2009).

Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks (kantung buntu pada *caecum*) yang dapat menjadi keadaan darurat, khususnya dalam pembedahan pada anak (Hidayat, 2006).

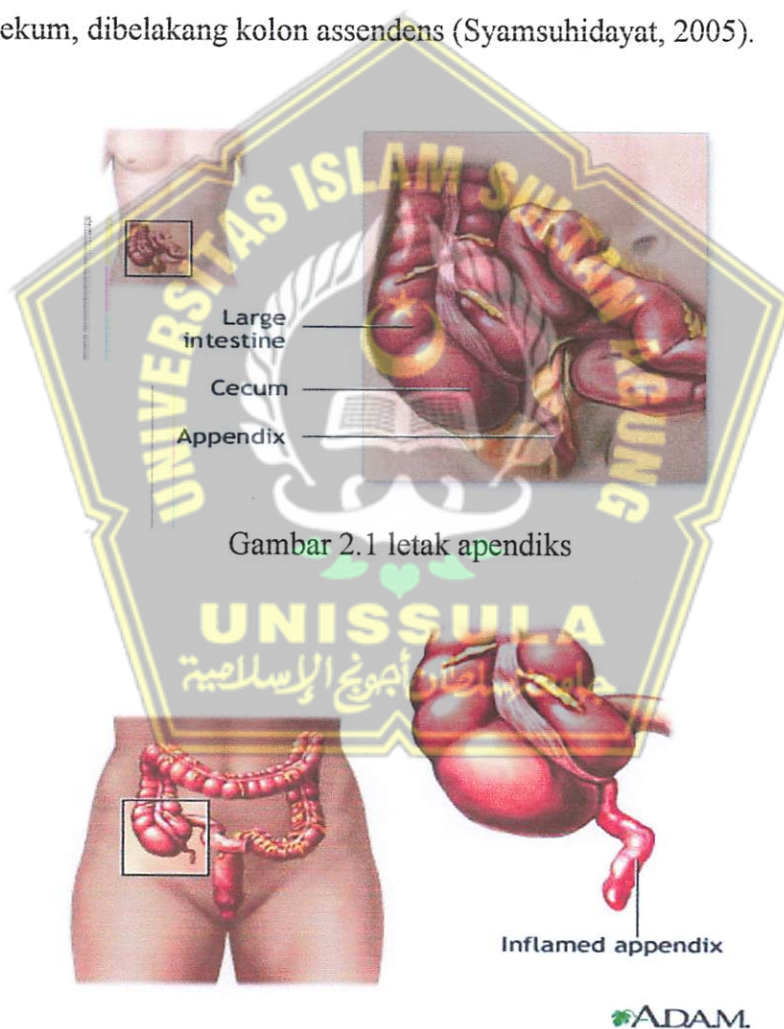
Apendiktomi merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan ablatif atau melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau penyakit (Muttaqin dan Sari, 2009).

Apendiktomi adalah pengangkatan apendiks terinflamasi, dapat dilakukan pada pasien rawat jalan dengan menggunakan *endoskopi*. Namun, adanya perlengketan multipel, posisi retroperitoneal dari apendiks, atau robek perlu dilakukan prosedur pembukaan (tradisional) (Doenges, 2000).

2. Anatomi

Apendiks adalah organ yang berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm, dan berpangkal di sekum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar ke bagian distal. Namun demikian, pada bayi

apendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit kearah ujungnya. Keadaan ini mungkin menjadi sebab rendahnya insiden apendisitis pada usia itu. Pada 65% kasus, apendiks terletak intraperitonial. Keadaan itu memungkinkan apendiks bergerak dan ruang geraknya bergantung pada panjang mesoapendiks penggantungnya. Pada kasus selebihnya, apendiks terletak retroperitoneal, yaitu di belakang sekum, dibelakang kolon assendens (Syamsuhidayat, 2005).



Gambar 2.1 letak apendiks

Gambar 2.1 apendiks yang terinflamasi.

3. Etiologi

a. Apendisitis

Apendisitis biasa disebabkan oleh adanya penyumbatan lumen apendiks oleh hyperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma (Mansjoer, 2000).

Sumbatan lumen apendiks, *hyperplasia* jaringan limfa, fekalit, tumor apendiks dan cacing askaris, erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.Histolytka*, kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa (Syamsuhidayat, 2005).

b. Apendiktomi.

Pada anak kecil, wanita hamil dan penderita usia lanjut, jika secara konservatif keadaan tidak membaik atau berkembang menjadi abses, dianjurkan operasi secepatnya. Kalau sudah terjadi abses, dianjurkan drainase saja dan apendiktomi dikerjakan setelah 6-8 minggu kemudian. Jika ternyata tidak ada keluhan atau gejala apapun, dan pemeriksaan jasmani dan laboratorium tidak menunjukkan tanda radang atau abses, dapat dipertimbangkan membatalkan tindakan bedah (Syamsuhidayat, 2005).

4. Patofisiologi

Menurut Mansjoer (2000), apendisitis biasa disebabkan oleh adanya penyumbatan lumen apendiks oleh *hyperplasia* folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi yang terjadi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Semakin lama mukus semakin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukus. Pada saat ini terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di area kanan bawah. Keadaan ini yang kemudian disebut dengan apendisitis supuratif akut.

Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh pecah, akan menyebabkan apendisitis perforasi. Bila proses tersebut berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut *infiltrate* apendikularis. Peradangan apendiks tersebut akan menyebabkan abses atau bahkan menghilang.

Pada anak-anak karena omentum lebih pendek dan apendiks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis. Keadaan demikian ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadinya perforasi. Sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah.

5. Manifestasi klinis

Sedangkan menurut Boughman (2000), manifestasi klinis dari apendisitis :

- a. Nyeri kuadran bawah biasanya disertai dengan demam derajat rendah, mual, dan seringkali muntah.
- b. Pada titik *Mc Burney* (terletak dipertengahan antara umbilikus dan spina anterior dan ilium) nyeri tekan setempat karena tekanan dan sedikit kaku dari bagian bawah otot rektus kanan.
- c. Nyeri alih mungkin saja ada; letak apendiks mengakibatkan sejumlah nyeri tekan, spasme otot, konstipasi atau diare kambuhan.
- d. Tanda *Rovsing* (dapat diketahui dengan mempalapasi kuadran kanan bawah, yang menyebabkan nyeri pada kuadran kiri bawah).
- e. Jika terjadi ruptur apendiks, maka nyeri akan menjadi lebar menyebar; terjadi distensi abdomen akibat ileus paralitik dan kondisi memburuk.

Sedangkan menurut Inayah (2004), manifestasi klinis dari apendisitis adalah :

- a. Lekosit polimorfonuklear (PMN) meningkat.
- b. Obstruksi fekalit atau massa fekal padat dapat terjadi.

- c. Sakit perut yang sering kambuh.
- d. Mual dan muntah.
- e. Rasa ngilu dan nyeri tekan.
- f. Suhu kurang lebih $37,8^{\circ}\text{C}$.
- g. Konstipasi.

Gejala apendisitis pada anak tidak spesifik. Gejala awalnya sering hanya rewel dan tidak mau makan. Anak sering tidak bisa melukiskan rasa nyerinya. Dalam beberapa jam kemudian akan timbul muntah-muntah dan anak akan menjadi lemah dan letargik. Karena gejala yang tidak khas tadi, sering apendisitis diketahui setelah perforasi (Syamsuhidayat, 2005).

6. Pemeriksaan diagnostik

- a. Diagnosa berdasarkan klinis, namun sel darah putih (hampir selalu leukositosis) dan *C-reactive* protein (CRP) (biasanya meningkat) sangat membantu.
- b. Ultasonografi untuk massa apendiks dan jika masih ada keraguan untuk menyingkirkan kelainan pelvis lainnya (misalnya kista ovarium).
- c. Laparoscopi biasanya digunakan untuk menyingkirkan kelainan ovarium sebelum dilakukan apendiktomi pada wanita muda.
- d. CT scan (heliks) pada usia lanjut atau dimana penyebab lain masih mungkin (Grace, 2006).

7. Komplikasi

a. Apendisitis

Komplikasi utama apendisitis adalah perforasi apendiks, yang dapat berkembang menjadi peritonitis atau abses. Insiden perforasi adalah 10% sampai 32%. Insiden lebih tinggi pada anak kecil dan lansia. Perforasi secara umum terjadi 24 jam setelah awitan nyeri. Gejala mencakup demam dengan suhu $37,7^{\circ}\text{C}$ atau lebih tinggi, penampilan toksik, dan nyeri atau nyeri tekan abdomen yang kontinyu (Smeltzer, 2001).

b. Apendiktomi

Yang tersering adalah infeksi luka, diikuti oleh abses intra abdomen yang biasanya berkaitan dengan apendiks gangrenosa atau perforasi, obstruksi usus, empiema pleura atau tromboflebitis *system* vena mesenterium dan porta disertai abses hati piogenik (Rudolph, 2007).

8. Penatalaksanaan

Apendiktomi harus dilakukan segera sesudah si anak dipersiapkan dengan pemberian cairan dan elektrolit yang adekuat. Jika terdapat keraguan dalam diagnosis, laparatomi eksplorasi dengan pengangkatan apendiks dan kultur cairan peritoneal, harus dilakukan. Terapi antibiotika intravena dapat diindikasikan untuk abses yang terlokalisir (Merenstein, 2001).

Penatalaksanaan pada pasien dengan apendisitis adalah sebagai berikut :

a. Sebelum operasi

1) Observasi.

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis seringkali masih belum jelas. Dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan. Pasien diminta perlu melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh dilakukan bila dicurigai adanya apendisitis ataupun bentuk peritonitis lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik. Foto abdomen dan thoraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

2) Intubasi bila perlu.

3) Antibiotik.

b. Operasi apendiktomi.

c. Pasca operasi.

Perlu dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia, atau gangguan pernapasan. Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah. Baringkan pasien dalam posisi fowler. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi

gangguan. Selama itu pasien dipuasakan. Bila tindakan operasi lebih besar misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal.

Kemudian berikan minum mulai 15 ml/jam selama 4-5 jam lalu naikan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya diberikan makanan saring, dan hari berikutnya makanan lunak.

Satu hari pasca operasi dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit. Pada hari kedua pasien dapat tirah baring dan duduk di luar kamar. Hari ketujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang (Mansjoer, 2000).

d. Penatalaksanaan keperawatan.

Tujuan keperawatan mencakup menghilangkan nyeri, mencegah kekurangan volume cairan, mengurangi ansietas, menghilangkan infeksi karena potensial atau gangguan aktual saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit, dan mendapatkan nutrisi yang optimum.

1) Pada praoperatif.

Perawat yang menyiapkan pasien untuk pembedahan.

Infus intravena digunakan untuk meningkatkan fungsi ginjal adekuat dan menggantikan cairan yang hilang.

2) Pada pasca operatif.

Pasien ditempatkan pada posisi semi fowler. Posisi ini mengurangi tegangan pada insisi dan organ abdomen, yang membantu mengurangi nyeri (Smeltzer, 2001).

B. Konsep Anak

Anak adalah makhluk sosial seperti juga orang dewasa. Anak membutuhkan orang lain untuk dapat membantu mengembangkan kemampuannya, karena anak lahir dengan segala kelemahan sehingga tanpa orang lain anak tidak mungkin dapat mencapai taraf kemanusiaan yang normal.

1. Pengertian anak

Anak diartikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari delapan belas tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual (Hidayat, 2006).

Anak (jamak : anak-anak) adalah seorang lelaki atau perempuan yang belum dewasa atau belum mengalami masa pubertas (Wikipedia, definisi anak <http://id.wikipedia.org>, diunduh tanggal 26 April 2011).

Pengertian tentang anak secara khusus (legal formal) dapat kita temukan dalam pasal 1 angka (1) Undang-Undang nomor 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak, dan pasal 1 angka (5) Undang-Undang nomor 21 tahun 2007 tentang pemberantasan tindak pidana perdagangan orang, yaitu : anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang ada dalam kandungan. (Prabusetiawan, pengertian anak, <http://www.prabusetiawan.blogspot.com>, diunduh tanggal 20 Maret 2011).

2. Konsep tumbuh kembang anak

Istilah pertumbuhan dan perkembangan (tumbang) pada dasarnya dua peristiwa yang berlainan, akan tetapi keduanya saling keterkaitan.

Pertumbuhan (*growth*) merupakan masalah perubahan dalam ukuran besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram), ukuran panjang (cm, meter). Sedangkan perkembangan (*development*) merupakan bertambahnya kemampuan (*skill*/ketrampilan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan (Riyadi & Sukarmin, 2009).

Setiap orang tua akan mengharapkan anaknya tumbuh dan berkembang secara sempurna tanpa mengalami hambatan apapun. Namun, ada banyak faktor yang dapat berpengaruh terhadap proses pertumbuhan dan perkembangan anak tersebut dimana ada sebagian anak yang tidak selamanya tahapan tumbuh kembangnya sesuai dengan apa yang diharapkan orang tua.

Berikut adalah faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak menurut Riyadi & Sukarmin (2009) yaitu :

a. Faktor herediter

Herediter merupakan faktor yang tidak dapat untuk dirubah atau dimodifikasikan, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dari proses tumbuh kembang. Melalui instruksi genetik yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan kuantitas dan kualitas pertumbuhan. Termasuk dalam faktor genetik adalah jenis kelamin dan suku bangsa/ras. Misalnya, anak keturunan bangsa Eropa akan lebih

tinggi dan lebih besar jika dibandingkan dengan keturunan asia termasuk Indonesia, pertumbuhan postur tubuh wanita akan berbeda dengan laki-laki.

b. Faktor lingkungan.

1) Lingkungan internal

Hal yang berpengaruh diantaranya adalah hormon dan emosi. Ada tiga hormon yang mempengaruhi pertumbuhan anak, hormon somatotropin merupakan hormon yang mempengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak dalam masa pertumbuhan, berkurangnya hormon ini akan menyebabkan gigantisme. Hormon tiroid akan mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormon ini akan menyebabkan kretinisme dan hormon gonadotropin yang berfungsi untuk merangsang perkembangan seks laki-laki dan memproduksi spermatozoa, sedangkan estrogen merangsang perkembangan seks sekunder wanita dan produksi sel telur, jika kekurangan hormon gonadotropin ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks.

Terciptanya hubungan yang hangat dengan orang lain seperti ayah, ibu, saudara, teman sebaya, guru dan sebagainya akan berpengaruh besar terhadap perkembangan emosi, social dan intelektual anak. Cara seorang anak dalam berinteraksi dengan orang tua akan mempengaruhi interaksi anak diluar

rumah. Pada umumnya anak yang dalam perkembangannya baik akan mempunyai intelegensi yang tinggi jika dibandingkan dengan anak yang tahap perkembangannya lambat.

2) Lingkungan eksternal

Dalam lingkungan eksternal ini banyak sekali yang mempengaruhi antara lain; kebudayaan. Kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan, adat istiadat dan tingkah laku dalam bagaimana orangtua mendidik anaknya. Status sosial ekonomi keluarganya juga berpengaruh, orang tua yang ekonominya menengah keatas dapat dengan mudah menyekolahkan anaknya di sekolah-sekolah yang berkualitas, sehingga mereka dapat menerima dan mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat anak dengan baik. Status nutrisi pengaruhnya juga sangat besar, orang tua dengan ekonomi lemah bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan buat bayinya, sehingga bayi akan kekurangan asupan nutrisi yang selanjutnya daya tahan tubuh akan menurun dan akhirnya bayi/ anak akan sakit.

Olah raga yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologi dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot, posisi anak dalam keluarga ditengarai juga berpengaruh, anak pertama akan menjadi pusat perhatian orang tua sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu kebutuhan fisik, emosi maupun sosial.

3) Faktor pelayanan kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada di sekitar lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbang anak dapat dipantau. Sehingga apabila terdapat sesuatu hal yang sekiranya meragukan atau terdapat keterlambatan dalam perkembangannya, anak dapat segera mendapatkan pelayanan kesehatan dan diberikan solusi pencegahannya.

3. Tahap pertumbuhan dan perkembangan anak

Sangat mudah bagi orang tua untuk selalu mengamati pertumbuhan dan perkembangan fisik anaknya, karena hal ini hampir setiap hari orang tua bisa melihatnya.

Tumbuh kembang usia sekolah menurut Riyadi & Sukarmin (2009) adalah :

Motorik : lebih mampu menggunakan otot-otot kasar daripada otot-otot halus. Misalnya loncat tali, badminton, dll.

Sosial emosional : mencari lingkungan yang lebih luas sehingga cenderung sering pergi dari rumah hanya untuk bermain dengan teman, saat ini sekolah sangat berperan dalam membentuk kepribadian anak. Disekolahan anak harus berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya, sehingga peranan guru sangatlah besar.

Pertumbuhan fisik : berat badan meningkat 2-3 kg/ tahun, tinggi badan meningkat 6-7 cm/ tahun.

Menurut Suriadi & Yuliani (2006), perkembangan anak sekolah terdiri dari :

a. Perkembangan kognisi

Perkembangan kognisi pada anak usia ini adalah operasional kongkrit dengan ciri-ciri :

- 1) *Spatial thinking*, yaitu kemampuan mengenal tempat, mengetahui jarak melalui peta.
- 2) Mengetahui sebab akibat.
- 3) Pengelompokan, misalnya mawar adalah kelompok dari bunga.
- 4) Membuat urutan dan menyisipkan di tengah-tengah urutan suatu objek/ benda secara tepat.
- 5) *Inductive* dan *deductive reasoning*, yaitu kemampuan untuk membuat kesimpulan berdasarkan hal-hal yang khusus dan hal-hal yang umum.
- 6) Konservasi, yaitu kemampuan untuk memahami ukuran walaupun bentuk objek diubah.
- 7) Memahami angka dan matematika, yaitu kemampuan berhitung dan mengoperasikan fungsi matematika.

b. Perkembangan sosioemosional

- 1) Harga diri.

Pada masa ini faktor yang paling menentukan harga diri anak adalah kemampuan anak untuk bekerja produktif. Jika anak dapat bekerja secara produktif, anak akan percaya diri, mandiri,

memandang diri secara positif, bangga terhadap dirinya, mudah menerima perubahan, dan dapat mengatasi kritik yang ditujukan terhadap dirinya.

2) Pertumbuhan emosi.

Pada masa ini anak telah menginternalisasikan rasa malu dan bangga. Anak dapat memverbalisasikan konflik emosi yang dialaminya. Semakin bertambah usia anak, anak semakin menyadari perasaan diri dan orang lain. Anak dapat mengatur ekspresi emosi dalam situasi sosial dan dapat berespon terhadap distress emosional yang terjadi pada orang lain. Selain itu anak dapat mengontrol emosi negatif seperti marah, takut, dan sedih. Anak belajar apa yang membuat dirinya sedih, marah atau takut sehingga belajar beradaptasi agar emosi tersebut dapat dikontrol.

3) Teman sebaya.

Pada masa ini anak lebih banyak bergaul dengan teman sebaya. Teman sebaya memberikan pandangan baru dan kebebasan dalam memberikan pendapat. Teman sebaya memberikan motivasi, belajar kepemimpinan, ketrampilan berkomunikasi, bekerja sama, dan belajar aturan-aturan yang ada. Selain memberikan pengaruh positif, teman sebaya juga memberikan pengaruh negatif. Agar diterima untuk menjadi anggota kelompok, anak harus mengikuti aturan atau nilai-nilai yang berlaku dalam kelompok tersebut. Hal ini dapat menjerumuskan anak kepada tingkah laku anti sosial.

C. Konsep Dasar Keperawatan

Dokumentasi secara umum merupakan suatu catatan otentik atau semua warkat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Hidayat, 2001).

Asuhan keperawatan adalah kegiatan profesional perawat yang dinamis yang membutuhkan kreatifitas yang berlaku tentang kehidupan dan keadaan (Hidayat, 2001).

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah langkah awal dari tahapan proses keperawatan. Dalam mengkaji, harus memperhatikan data dasar pasien. Informasi yang didapat dari klien (sumber data primer), data yang didapat dari orang lain (data sekunder), catatan kesehatan klien, informasi atau laporan laboratorium, tes diagnostik, keluarga dan orang yang terdekat, atau anggota tim kesehatan merupakan pengkajian data dasar (Hidayat, 2001).

Hal-hal yang perlu diperlu dikaji pada pasien post apendiktomi adalah :

a. Identitas pasien.

Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.

b. Keluhan utama.

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien apendisitis adalah nyeri kuadran bawah disertai dengan demam derajat rendah, mual dan seringkali muntah.

c. Riwayat penyakit sekarang.

Sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama keluhan terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, dimana keluhan timbul, keadaan apa yang memperberat dan memperingan keluhan.

d. Riwayat penyakit yang pernah diderita.

Penyakit apa saja yang pernah diderita.

e. Riwayat imunisasi.

Diisi hanya untuk klien 0-12 tahun. Terdiri dari imunisasi dasar (0-12 bulan) dan imunisasi ulang/*boster* (6-12 tahun) meliputi jenis, waktu, frekuensi, efek samping dan alasan bila tidak diimunisasi.

f. Riwayat keluarga.

Genogram umumnya dituliskan dalam tiga generasi ke bawah, bila klien anak-anak maka genogram bisa dibuat dua generasi keatas. Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.

g. Riwayat gizi.

status gizi anak yang menderita apendisitis dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat beresiko, apabila terdapat faktor predisposisinya.

h. Kondisi lingkungan.

Faktor lingkungan meliputi beberapa aspek : sebagai sumber penularan, adanya polusi udara, pencemaran lingkungan yang lain, perubahan iklim, situasi dan kondisi lingkungan yang meningkatkan resiko trauma.

i. Pemeriksaan fisik, meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki.

j. Pemeriksaan laboratorium.

Evaluasi laboratorium anak dengan kecurigaan apendisitis biasanya terdiri dari hitung darah lengkap dan analisis urin. Walaupun banyak anak dengan apendisitis menderita leukositosis atau ada pergeseran pada hitung jenis, tetapi banyak yang tidak. Peranan utama pemeriksaan laboratorium adalah untuk menyingkirkan diagnosis lain seperti infeksi saluran kemih, sindrom hemolitik uremik, purpura Henoch-Schonlein dan sebagainya (Behrman, 2000).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah sebuah label singkat, menggambarkan kondisi pasien yang diobservasi di lapangan. Kondisi ini dapat berupa masalah-masalah aktual atau potensial (Wilkinson, 2006).

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan post apendektomi menurut Dongoes (2000) adalah :

a. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur *invasive*, insisi bedah.

- b. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya insisi bedah.
- c. Risiko tinggi konstipasi berhubungan dengan efek anestesi dan manipulasi pembedahan pada peristalsis.
- d. Kurang perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan tubuh.
- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajannya informasi.

Sedangkan menurut Wong (2009), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan post apendektomi adalah :

- a. Risiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan keberadaan mikroorganisme patogen dalam rongga abdomen.
- b. Risiko cedera berhubungan dengan tidak adanya motilitas usus.
- c. Perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan keadaan sakit dan perawatan anak di rumah sakit.

3. Fokus intervensi.

Menurut Doengoes (2000), perawatan atau intervensi untuk post operasi apendektomi adalah :

- a. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur *invasive*, insisi bedah.

Tujuan : pasien mengalami penurunan resiko penyebaran infeksi.

Kriteria hasil : meningkatkan penyembuhan luka dengan benar, bebas tanda inflamasi dan infeksi, drainase, purulen, eritema dan demam.

Intervensi :

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

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

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

Rasional : menurunkan resiko penyebaran bakteri.

3) Lihat insisi dan balutan, catat karakteristik drainase luka atau drain, adanya eritema.

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

4) Berikan informasi yang jujur pada pasien atau orang terdekat klien.

Rasional : pengetahuan tentang kemajuan situasi memberikan dukungan emosi, membantu menurunkan ansietas.

5) Berikan antibiotik sesuai indikasi.

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

6) Bantu irigasi dan drainase bila diindikasikan.

Rasional : dapat diperlukan untuk mengalirkan isi abses terlokalisir.

b. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya insisi bedah.

Tujuan : pasien tidak mengalami nyeri atau nyeri menurun sampai tingkat yang dapat diterima anak.

Kriteria hasil : melaporkan nyeri hilang atau terkontrol, tampak rileks, mampu tidur atau istirahat dengan tepat.

Intervensi :

1) Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, skala nyeri, laporkan perubahan nyeri dengan tepat.

Rasional : berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan terjadinya abses atau peritonitis, memerlukan upaya evaluasi medik dan intervensi.

2) Pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler.

Rasional : menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang.

3) Dorong ambulasi dini.

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

4) Berikan analgetik sesuai indikasi.

Rasional : menghilangkan nyeri mempermudah kerjasama dengan intervensi terapi lain.

c. Risiko tinggi konstipasi berhubungan dengan efek anestesi dan manipulasi pembedahan pada peristalsis.

Tujuan : membuat kembali pola yang normal dari fungsi usus.

Kriteria hasil : mengeluarkan feses lunak atau konsistensi agak berbentuk tanpa mengejan.

Intervensi :

1) Catat adanya distensi abdomen dan auskultasi peristaltik usus.

Rasional : distensi, dan hilangnya peristaltik usus merupakan tanda bahwa fungsi defekasi yang hilang yang kemungkinan berhubungan dengan kehilangan persarafan parasimpatis usus besar dengan tiba-tiba.

2) Anjurkan untuk melakukan pergerakan atau ambulasi sesuai kemampuan.

Rasional : menstimulasi peristaltik yang memfasilitasi kemungkinan terbentuknya flatus.

3) Mulai untuk meningkatkan diet sesuai toleransi pasien.

Rasional : makanan padat akan dimulai pemberiannya sampai peristaltik kembali timbul sampai ada flatus dan adanya kemungkinan bahaya ileus paralitik dapat dipastikan tidak ada.

4) Berikan obat laksatif, pelembek feses sesuai dengan kebutuhan.

Rasional : melembekkan feses, meningkatkan fungsi defekasi sesuai kebiasaan, menurunkan tegangan (Doengos, 2000).

- d. Kurang perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan tubuh.

Tujuan : mendemonstrasikan teknik atau perubahan gaya hidup untuk memenuhi perawatan diri.

Kriteria hasil : melakukan aktivitas perawatan diri dalam tingkat kemampuan sendiri, mengidentifikasi sumber pribadi atau komunitas memberikan bantuan sesuai kemampuan.

Intervensi :

- 1) Kaji kemampuan dan tingkat kekurangan untuk melakukan kebutuhan sehari-hari.

Rasional : membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual.

- 2) Hindari melakukan sesuatu untuk pasien yang dapat dilakukan pasien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai dengan kebutuhan.

Rasional : untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.

- 3) Pertahankan dukungan dan sikap yang tegas. Beri pasien waktu yang cukup untuk mengerjakan tugasnya.

Rasional : pasien membutuhkan empati tetapi perlu untuk mengetahui pemberi asuhan yang akan membantu pasien secara konsisten.

- 4) Gunakan alat bantu pribadi.

Rasional : pasien dapat menangani dirinya sendiri, meningkatkan kemandirian dan harga diri

- e. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajannya informasi.

Tujuan : menunjukkan tingkat pengetahuan yang adekuat.

Kriteria hasil : menuturkan pemahaman kondisi, efek prosedur dan pengobatan. Berpartisipasi dalam program pengobatan.

Intervensi :

- 1) Kaji ulang pembatasan aktivitas pasca operasi, contoh mengangkat berat, konstipasi.

Rasional : menghindari peningkatan tekanan intraabdomen yang tidak perlu dan tegangan otot.

- 2) Dorong aktivitas sesuai dengan toleransi dengan periode istirahat periodik.

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

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

Rasional : pemahaman meningkatkan kerjasama dengan program terapi, meningkatkan penyembuhan dan proses perbaikan.

- 4) Identifikasikan gejala yang memerlukan evaluasi medik, contoh peningkatan nyeri; edema, eritema luka, adanya drainase, demam.

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

Sedangkan menurut Wong (2009), diagnosa dan intervensi keperawatan pada anak dengan post apendiktomi adalah :

- a. Risiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan keberadaan mikroorganisme pathogen dalam rongga abdomen.

Tujuan : pasien mengalami penurunan risiko penyebaran infeksi.

Kriteria hasil : meningkatkan penyembuhan luka dengan benar, bebas tanda inflamasi dan infeksi, drainase, purulen, eritema dan demam.

Intervensi :

- 1) Lakukan perawatan luka dan pergantian kasa pembalut sesuai ketentuan.

Rasional : untuk mencegah infeksi.

- 2) Pantau tanda-tanda vital dan jumlah sel darah putih.

Rasional : untuk menilai keberadaan infeksi.

- 3) Berikan antibiotik sesuai ketentuan.

Rasional : untuk mencegah terjadinya infeksi.

- b. Risiko cidera berhubungan dengan tidak adanya motilitas usus.

Tujuan : pasien tidak mengalami distensi abdomen dan muntah.

Kriteria hasil : anak tidak menunjukkan tanda-tanda ketidaknyamanan, abdomen tetap lunak dan tidak distensi, anak tidak muntah.

Intervensi :

- 1) Pertahankan puasa dalam periode pada awal pascabedah.

Rasional : untuk mencegah distensi abdomen dan vomitus.

- 2) Pertahankan keadaan dekompresi dengan pemasangan selang nasogastrik.

Rasional : menunggu sampai motilitas usus pulih kembali.

- 3) Kaji abdomen untuk menemukan gejala distensi.

Rasional : untuk menilai adanya peristaltik.

- 4) Pantau flatus dan defekasi.

Rasional : sebagai indikator motilitas usus.

- c. Perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan keadaan sakit dan perawatan anak di rumah sakit.

Tujuan : pasien mendapatkan dukungan yang adekuat.

Kriteria hasil : anak dan keluarganya mengekspresikan perasaan dan kekhawatiran mereka. Anak dan keluarganya memperlihatkan pemahaman tentang perawatan di rumah sakit dan penanganannya.

Intervensi :

1) Dorong pengungkapan perasaan dan kekhawatiran.

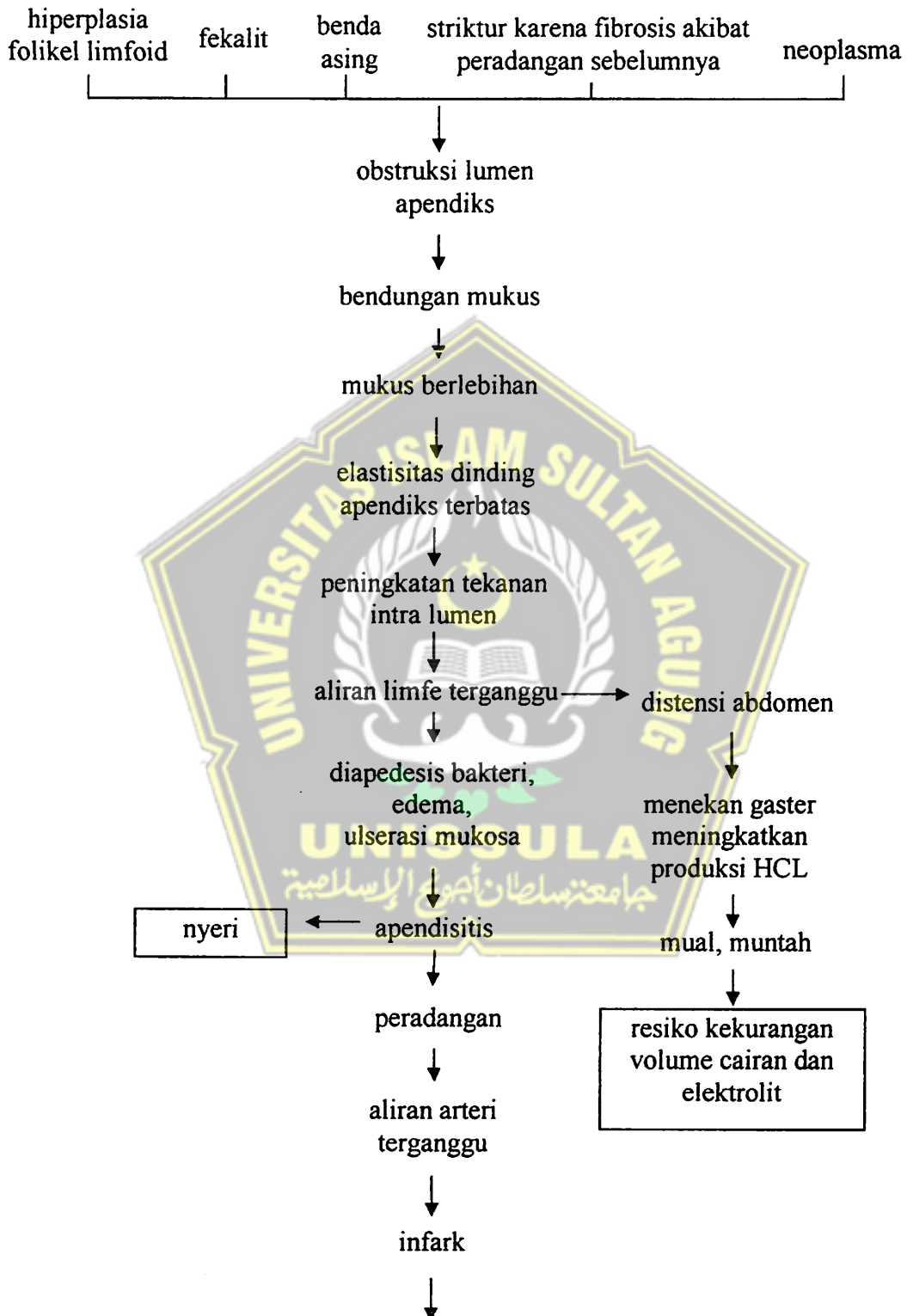
Rasional : untuk meningkatkan mekanisme coping.

2) Dorong anak agar mau berbicara tentang hospitalisasi dan penanganannya.

Rasional : untuk memperjelas kesalahpahaman.



Pathways





(Mansjoer, 2000)

(Dongoes, 2000)



BAB III

LAPORAN HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa, tanggal 29 Maret 2011 pukul 13.10 WIB di ruang anak *islamic teaching hospital* (ITH) lantai III Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dan mendapatkan hasil sebagai berikut:

Identitas klien An. M, tanggal lahir klien 06 Februari 1999, usia 12 tahun, pendidikan belum tamat sekolah dasar (SD), alamat Tanjung Mas Semarang, beragama Islam. Klien masuk Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada tanggal 26 Maret 2011 pukul 09.35 WIB. Nomor CM : 1139985.

Identitas penanggung jawab klien adalah orangtua klien yaitu Tn. K, pekerjaan ayah nelayan, agama ayah Islam, alamat Tanjung Mas Semarang dan berasal dari suku bangsa Jawa Indonesia.

Keluhan utama, klien mengatakan perut yang bagian tengah bawah pada luka post operasi terasa nyeri dengan skala nyeri 4.

Riwayat penyakit saat ini, klien mengatakan merasakan sakit perut pada bagian kanan bawah sejak hari Jumat pagi, tanggal 25 Maret 2011 dan tidak bisa buang air besar (BAB). Nyeri perut terjadi secara tiba-tiba, terasa seperti ditusuk-tusuk dan akan bertambah sakit jika klien makan atau minum. Faktor presipitasinya adalah kurang teraturnya pola makan klien, serta asupan makanan yang kurang sehat. Kemudian oleh keluarga klien dibawa ke klinik terdekat. Namun klinik tersebut merujuk klien ke Rumah Sakit Islam Sultan

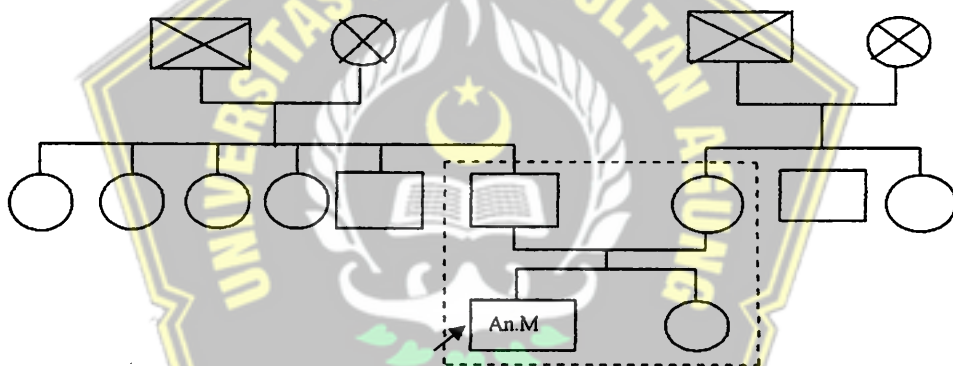
Agung untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan yang lebih lanjut. Kemudian klien dilakukan operasi apendektomi pada tanggal 26 Maret 2011 pukul 20.30 WIB dan mendapatkan luka jahitan kurang lebih 10 cm di daerah perut bagian tengah bawah, lalu setelah dilakukan operasi klien mengeluh merasa nyeri pada luka post operasi di perut bagian tengah bawah, timbul secara tiba-tiba, dengan skala nyeri 4 dan berlangsung sering kurang lebih 5 menit. Klien mengatakan untuk mengatasi nyeri klien hanya memejamkan mata dan mencoba untuk tidur. Ekspresi wajah tampak meringis menahan sakit, tampak gelisah.

Riwayat masa lampau meliputi prenatal, natal dan post natal adalah ibu klien mengatakan saat hamil An. M ibu selalu memeriksakan kehamilannya satu bulan dua kali. Kesehatan saat hamil terjaga dengan baik. Ibu klien hanya mengalami mual muntah pada trimester pertama kehamilan. Ibu klien juga rutin minum obat dan vitamin yang diberikan oleh bidan. Ibu klien mengatakan saat melahirkan An. M dibantu oleh bidan dengan persalinan spontan dan normal. Kondisi An. M setelah kelahiran sehat dengan berat badan lahir (BBL) 3,2 kg dan panjang badan lahir (PBL) 48 cm dan tidak ada kelainan bawaan. Ibu klien mengatakan penyakit yang pernah diderita An. M saat kecil adalah batuk, pilek, demam dan campak. Ibu klien mengatakan jika klien sakit Ibu klien akan segera memeriksakan kondisi anaknya ke klinik terdekat. Ibu klien mengatakan bahwa klien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat atau vitamin sebelumnya. Ibu klien mengatakan klien







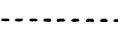
tidak pernah mengalami riwayat alergi baik terhadap makanan, obat-obatan ataupun alergen lainnya. Ibu klien mengatakan bahwa An. M tidak pernah mengalami kecelakaan. Ibu klien mengatakan imunisasi yang diperoleh An. M tidak lengkap. Imunisasi yang belum diperoleh An. M adalah imunisasi campak karena terlambat saat melakukan imunisasi dan klien sudah terkena campak terlebih dahulu.

Pada pengkajian keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan klien.

Susunan keluarga (genogram).



Keterangan:

-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Hubungan suami istri
-  : Hubungan saudara
-  : Meninggal
-  : Klien
-  : Tinggal dalam satu rumah

Pada pengkajian riwayat sosial ibu klien mengatakan sejak kecil klien diasuh oleh ibunya sendiri dan tinggal bersama keluarga, pembawaan klien secara umum periang dan suka bergaul dengan teman sebayanya. Lingkungan rumah cukup bersih. Ibu klien selalu membersihkan rumah tiap pagi dan sore hari. Terdapat jendela untuk pertukaran udara, terdapat genteng kaca untuk pencahayaan, lantai rumah sudah dikeramik.

Pada pengkajian keadaan kesehatan saat ini diagnosa medis klien adalah apendisitis. Tindakan operasi yang dilakukan adalah apendektomi. Pada tanggal 26-29 Maret 2011 obat-obatan parenteral yang diberikan pada klien adalah *cefotaxime* 2x1 g, *ranitidine* 2x1 A, *choramphenicol* 3x500 mg, *methyl prednisolone* 3x30 mg, metronidazol 3x500 mg, *kalnex* 3x500 mg, ketorolak 2x20 mg, pamol sup 4x250 mg bila panas. Sedangkan pada tanggal 30 Maret 2011 obat-obatan per oral yang diberikan antara lain *cefixime* 2x100 mg tablet, asam mefenamat 3x250 mg dan metronidazol 3x500 mg. Cairan parenteral yang diberikan pada klien adalah infus *ringer laktat* (RL) 20 tetes per menit.

Hasil pemeriksaan ultrasonografi (USG) abdomen pada tanggal 26 Maret 2011 adalah hepar ukuran normal, tepi reguler, ekogenisitas parenkim normal, tak tampak nodul, ductus biliaris intra dan ekstra hepatal normal, vena porta dan vena hepatica normal. Vesika fellea ukuran normal, dinding tak tebal, tak tampak batu/sludge. Ginjal kanan bentuk dan ukuran normal, batas kortikomedular jelas, parenkim normal, *pancreas* (PCS) tak lebar, tak tampak batu atau massa. Ginjal kiri bentuk dan ukuran

normal, batas kortiko meduler jelas, parenkim normal, *pancreas* (PCS) tak lebar, tak tampak batu atau massa. Paraorta tak tampak kelainan. Pankreas ukuran normal, parenkim normal, ductus pankreatikus tak lebar, lien ukuran normal, parenkim normal, vena linealis tak lebar. Vesika urinaria dinding tak tebal, tak tampak batu / massa. Tampak gambaran *blind end tube non kompresibel* pada regio *Mc. Burnei*. Kesan yang didapatkan adalah gambaran apendisitis akut, tak tampak kelainan sonografi organ abdomen yang lain.

Kemudian hasil pemeriksaan foto rontgen abdomen pada tanggal 26 Maret 2011 adalah : pre peritoneal *fat line*, *psaos line* dan kontur ginjal kanan/kiri baik, tak tampak gambaran opaq abnormal pada kavum abdomen dan pelvis, tak tampak dilatasi dan distensi usus, tak tampak *multiple air fluid level*, tak tampak *free air*. Kesan yang didapatkan dari hasil pemeriksaan tersebut adalah tak tampak *illeus parolitik*.

Hasil pemeriksaan hasil laboratorium darah pada tanggal 26 Maret 2011 meliputi hematologi yang hasilnya antara lain : hemoglobin 14.3 g/dl (10.8-15.6), hematokrit 43.3% (33-45), leukosit 17.4 ribu/UL (4.5-13.5), eritrosit 5.41 juta/UL (4.4-5.9), trombosit 432 ribu/ UL (156-408), golongan darah/rhesus O/(+), waktu perdarahan/BT 3:45 menit:detik (1:00-3:00), waktu pembekuan/BT 4:30 menit:detik (2:00-6:00). Kimia darah meliputi : GDS 119 mg/dl (75-100), ureum 23 mg/dl (10-50), kreatinin darah 0.68 mg/dl (0.6-1.1), SGOT 17 U/l (0-50), SGPT 10 U/l (0-50), natrium 127 mmol/l (132-145), kalium 4.1 mmol/l (3.5-5), *chloride* 102 mmol/l (95-105). Pada pemeriksaan imunoserologi didapatkan HBSAg negatif (negatif).

Kemudian pemeriksaan laboratorium klinik pada tanggal 26 Maret 2011 didapatkan hasil sebagai berikut : *salmonella typhi* O positif 1/160 (negatif), *salmonella paratyphi* AO positif 1/160 (negatif), *salmonella paratyphi* BO positif 1/320 (negatif), *salmonella paratyphi* CO positif 1/320 (negatif), *salmonella typhi* H positif 1/160 (negatif), *salmonella paratyphi* AH negatif (negatif), *salmonella paratyphi* BH positif 1/320 (negatif), *salmonella paratyphi* CH negatif (negatif).

Hasil ada pemeriksaan kultur mikrobiologi pada pus pada tanggal 26 Maret 2011 pukul 22.46 WIB adalah steril (tidak ada pertumbuhan bakteri), *ampicilin/amoxilin* negatif mm (14-16), *amoxycilin/calvulanic acid* negatif mm (11-15), *cefadroxil/cephalaxin* negatif mm (15-17), *cefroxime/ceadolon* negatif mm (15-19), *cefotaxime* negatif, *ceffadizime* negatif mm, *cefepime* negatif mm (12-16), *dibekacin* negatif mm(13-14), *gentamycin* mm, amikasin negatif, *clindamycin/lincomycin* negatif mm (16-18), *eritomyin* (14-17), *chlorampenicol* negatif (13-17), *ciproflaxacin/levofloxacin* negatif mm (15-20) sulfametaxazole/trimethophine negatif (13-16), *sulparezon* negatif, *meropenem* negatif mm 12-15, *meict* (cefditeron) negatif (12-15), *vialin/ vancomycin* negatif mm, *linezolid* (zyvox) negatif mm (15-16), *tetracycline* negatif, *fosfomicin* negatif.

Berdasarkan pengkajian pola fungsional menurut Gordon penulis melakukan pengkajian tentang persepsi kesehatan dan penanganan kesehatan, keluarga mengatakan penyakit yang diderita oleh klien saat ini merupakan cobaan dari Allah swt. Status kesehatan klien sejak lahir baik dan sehat.

Keluarga biasanya membawa atau memeriksakan kesehatan anggota keluarganya ke klinik terdekat jika ada yang sakit. Sakit yang diderita klien saat ini menyebabkan klien harus absen dari sekolah selama 4 hari. Klien sudah menginjak usia sekolah dimana anak lebih suka bermain dengan teman-teman sebayanya.

Pola nutrisi dan metabolik sebelum sakit klien mengatakan bahwa klien mempunyai pola makan yang tidak teratur. Terkadang makan 1-2 x/hari, dan habis satu porsi makan dengan jenis nasi, lauk pauk, sayuran. Klien lebih suka makan mie instan dan jajanan makanan bersaus yang ada disekitar tempat sekolahnya. Klien minum kurang lebih 4 gelas/hari dengan jenis air putih dan minuman serbuk. Klien tidak mengkonsumsi vitamin. Namun selama sakit klien makan 3x sehari dan habis kurang dari setengah porsi dengan jenis bubur, lauk pauk dan sayur dan terkadang buah. Klien sempat terpasang *nasogastric tube* (NGT) selama 2 hari post op dan mendapatkan diit cair 6x150 cc. Nafsu makan klien berkurang. Klien hanya minum 1-2 gelas /hari dengan jenis air putih. Klien terpasang cairan intravena dengan jenis cairan Ringer Laktat 20 tetes per menit.

Pola eliminasi sebelum sakit klien mengatakan buang air besar (BAB) sehari kurang lebih 1x sehabis bangun tidur, dengan konsistensi lunak, warna kuning dan bau khas feses dan pola eliminasi urine 5-6 x/hari, warna kuning jernih, bau khas dan tidak ada darah. Sedangkan selama sakit klien mengatakan belum bisa buang air besar selama 5 hari, mulai hari Jumat, 25 Maret sampai hari ini, 29 Maret 2011. Klien merasa ingin buang air besar tapi

tidak bisa keluar, klien merasa perutnya penuh. Klien mengatakan sudah bisa kentut. Klien buang air kecil (BAK) 4-5 x/hari dengan warna kuning, tidak terdapat darah. Klien mengatakan tidak mengalami kesulitan saat buang air kecil.

Pola aktifitas dan latihan klien sebelum sakit adalah klien mengatakan mandi 2x sehari dengan menggunakan sabun, menggosok gigi di pagi hari dan sebelum tidur dan dilakukan secara mandiri. Klien selalu rutin untuk menjaga kebersihan dirinya. Aktivitas sehari-hari klien adalah sekolah, belajar, menonton tv, dan bermain dengan teman-temannya. Klien termasuk anak yang aktif dan periang. Klien dapat melakukan aktivitasnya secara mandiri. Klien mempunyai kekuatan dan energi untuk melakukan aktivitas. Sedangkan selama sakit klien mandi 2x sehari dengan bantuan ibunya dan dilakukan diatas tempat tidur. Klien hanya menggunakan pakaian yang disediakan oleh RS. Klien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasanya. Kebutuhan aktivitas klien seperti mandi, makan, *toileting*, berpakaian masih dibantu oleh keluarga. An. M tidak mempunyai cukup kekuatan untuk melakukan aktivitas seperti mandi, makan, *toileting*, berpakaian dan lain-lain. Rentang gerak klien baik. Kekuatan otot klien lemah. Postur tubuh klien sedang.

Pada pengkajian bernapas, sebelum dan selama sakit klien tidak mengalami gangguan nafas. Klien tidak mengeluh sesak. Pernafasan klien teratur, 24x/menit, tidak ada napas pendek atau nyeri saat aktivitas. Klien

juga tidak mengalami batuk, klien juga tidak terpasang alat bantu pernafasan/ selang oksigen.

Pengkajian pola istirahat dan tidur sebelum sakit klien mengatakan tidur pada malam hari dari pukul 21.00-06.00 pagi. Jumlah tidur 9 jam. Klien tidak terbiasa tidur siang. Klien tidak mempunyai gangguan atau kesulitan tidur. Sedangkan selama sakit klien mengatakan tidur malam mulai pukul 22.00-04.00 pagi. Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun. Klien tidak dapat tidur di siang hari. Klien mengatakan tidak bisa tidur nyenyak karena nyeri yang dirasakan serta tidak terbiasa dengan kondisi rumah sakit.

Pola persepsi dan kognitif klien meliputi fungsi pendengaran, penglihatan, pengecap, perabaan, dan penghidu klien baik. Klien dapat mengucapkan kata-kata dan kalimat dengan baik, dan pengucapannya jelas. Klien juga dapat menyebutkan nama, alamat, waktu, kelas berapa saat ini, dan sebagainya. Klien juga dapat mengidentifikasi rasa lapar, haus, dan nyeri. Hal ini dibuktikan dengan klien dapat melaporkan lokasi, karakteristik, durasi, skala dan reaksi saat nyeri.

Sedangkan pada pola konsep diri - persepsi didapatkan data bahwa klien mengatakan merasa bangga dan senang dengan identitasnya sebagai anak laki-laki. Klien juga merasa senang dengan anggota tubuhnya. Klien mengatakan ingin sembuh secepatnya supaya dapat kembali sekolah dan melanjutkan tugasnya sebagai seorang pelajar. Klien juga ingin berkumpul dengan keluarga dan kembali bermain bersama teman-temannya. Klien merasa

tidak kesepian karena semua anggota keluarga dan teman-temannya senantiasa menemani dan menjenguknya di rumah sakit.

Pola peran dan hubungan klien dalam keluarga sebagai seorang anak. Klien tidak mempunyai masalah atau stresor dalam keluarga. Interaksi antara anggota keluarga dan anak berlangsung dengan baik dan harmonis. Hubungan klien dengan teman dan guru di sekolah juga berjalan dengan baik .

Berdasarkan pengkajian seksualitas klien adalah seorang anak laki-laki, berumur 12 tahun. Klien merasa bangga dan senang sebagai anak laki-laki. Belum terdapat tanda-tanda pubertas sekunder.

Pola toleransi stres dan mekanisme koping yang menyebabkan stressor pada klien adalah penyakit yang dideritanya saat ini menyebabkan klien tidak dapat masuk sekolah dan harus meninggalkan tugas-tugas sekolahnya, terlebih lagi klien sedang menginjak kelas enam sekolah dasar (SD). Klien mengatakan jika sembuh nanti klien akan lebih giat belajar untuk menyelesaikan tugas-tugasnya. Klien mengatakan jika mempunyai masalah, klien selalu menceritakannya kepada ibunya.

Pola nilai dan kepercayaan, klien seorang muslim yang percaya dengan adanya Allah. Sebelum sakit klien melaksanakan sholat lima waktu secara mandiri. Namun selama sakit klien tidak dapat melaksanakan ibadah sholat lima waktu karena kondisi tubuhnya yang lemah. Klien yakin bahwa Allah akan memberikannya kesehatan dan kesembuhan secepatnya. Orang tua klien juga tak henti-hentinya mendoakan untuk kesembuhan klien.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan data : kesadaran klien *compos mentis*, *glasgow coma scale* (GCS): E4M6V5, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital : tekanan darah : 110/70 mmHg, suhu : 37,3°C, nadi : 90 x/menit, pernafasan : 24 x/menit, berat badan : 40 kg. Kepala : mesocephal, warna rambut hitam, kulit kepala bersih, tidak terdapat ketombe, tidak ada benjolan. Mata : simetris, *konjunktiva* tidak anemis, sklera tidak ikterik, fungsi penglihatan baik, reflek cahaya baik, pupil isokor. Hidung : bentuk simetris, tidak ada polip, tidak ada sekret, fungsi penghidu baik. Mulut : mukosa bibir tampak kering, lidah sedikit kotor, gigi tampak kotor, warna kuning dan jumlah lengkap, klien tidak mengalami gangguan atau kesulitan mengunyah atau menelan, klien tidak mengalami gangguan atau kesulitan bicara. Telinga : simetris, terdapat serumen, tidak terdapat lesi, fungsi indera pendengaran baik. Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid. Dada : Jantung : inspeksi; *ictus cordis* tidak tampak, palpasi: *ictus cordis* teraba pada *intercostalis* (ICS) ke 5, perkusi : redup, auskultasi : terdengar bunyi jantung I dan II normal (lub, dub). Paru-paru : inspeksi: simetris, irama pernafasan normal dan teratur, palpasi : pengembangan paru-paru simetris, tidak terdapat nyeri tekan, perkusi : sonor, auskultasi : terdengar bunyi nafas normal vesikuler. Abdomen : inspeksi : bentuk datar, terdapat luka jahitan post apendiktomi pada kuadran tengah bawah, tidak kemerahan, tidak ada pus, tidak bengkak, tampak bersih, auskultasi : peristaltik usus 4x/menit, perkusi : tympani, palpasi : terdapat nyeri tekan di kuadran kanan bawah, terdapat massa feses di bagian perut kiri bawah, teraba hangat disekitar luka.

Punggung : bentuk normal, tidak terdapat lesi, tidak ada benjolan. Genetalia : tampak bersih, tidak ada pembesaran skrotum. Ekstremitas : atas: fungsi ekstermitas tangan kanan dan kiri baik, tidak ada kekakuan atau nyeri saat melakukan gerakan, terpasang cairan intravena *ringer laktat* (RL) 20 tetes per menit pada tangan kiri, bawah : fungsi ekstermitas kanan kiri baik, tidak terdapat kekakuan atau nyeri saat bergerak. Kulit : warna sawo matang, turgor kulit baik.

Pada pengkajian pemeriksaan perkembangan pada tahap kemandirian dan bergaul ibu klien mengatakan klien termasuk anak yang rajin. Segala aktivitasnya seperti makan, minum, mandi, berpakaian dan sebagainya dilakukan sendiri oleh klien. Hubungan klien dengan keluarga, guru disekolah, dan teman-temannya berjalan dengan baik. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya teman dan guru yang menjenguknya serta keluarga yang senantiasa menemaninya. Pada tahap perkembangan motorik klien lebih suka bermain diluar rumah dari pada dirumah. Klien lebih senang berkumpul dan bermain bersama dengan teman-temannya seperti bermain sepak bola, kelereng, layangan, atau bersepeda. Kemudian perkembangan kognitif dan bahasa didapatkan data bahwa pembicaraan An. M lancar, pengucapan kata-katanya jelas. Klien menggunakan bahasa jawa dan bahasa Indonesia untuk berkomunikasi. Saat ini klien telah menginjak kelas enam sekolah dasar (SD). Ibu klien mengatakan anaknya termasuk anak yang pandai dan selalu mendapat peringkat 10 besar di kelasnya. Pada tahap tumbuh kembangnya berat badan lahir klien adalah 3,2 kg, berat badan saat 6 bulan 7,0 kg dan

berat badan satu tahun kurang lebih 10 kg, berat badan saat ini 40 kg. Pertumbuhan gigi klien baik. Ibu klien mengatakan gigi anaknya pertama kali muncul pada usia 6 bulan. Jumlah giginya saat ini lengkap yaitu 32. Ibu klien mengatakan tumbuh kembang klien dari lahir sampai saat ini berjalan dengan baik dan normal. Ibu klien mengatakan klien dapat mendongakkan kepala pada usia 3 bulan. Ibu klien mengatakan klien bisa duduk sendiri pada usia 7 bulan, dan dapat berjalan pada usia 12 bulan, dan mengucapkan kata-kata pertama pada usia 13 bulan. Ibu klien mengatakan An. M telah memasuki usia sekolah. Klien lebih suka bermain diluar rumah dengan teman-temannya. Ibu klien mengatakan perkembangan sekolah An. M baik. Pada usia 5 tahun sudah masuk taman kanak-kanak. Pada usia 6 tahun klien sudah masuk sekolah dasar dan sekarang klien menginjak kelas enam sekolah dasar (SD). Interaksi klien dengan orang tua, guru, tetangga, dan teman-temannya berjalan dengan baik. Klien juga aktif mengikuti kegiatan pramuka yang ada disekolahnya.

B. Analisa Data, Diagosa, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.

1. Analisa data diambil pada hari Selasa tanggal 29 Maret 2011 pukul 13.30 WIB. Data subjektif : klien mengatakan perut bagian tengah bawah pada luka post operasi terasa nyeri, seperti ditusuk-tusuk di daerah luka jahitan post pada perut bagian tengah bawah, skala nyeri 4, nyeri terjadi secara tiba-tiba, dan berlangsung selama kurang lebih 5 menit. Data objektif : keadaan umum lemah, ekspresi wajah tampak meringis, klien tampak

gelisah. Problemnya adalah gangguan rasa nyaman (nyeri). Penyebabnya adalah adanya trauma jaringan akibat post operasi apendiktomi.

Diagnosa keperawatan : gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya trauma jaringan akibat post operasi apendiktomi.

Intervensi keperawatan direncanakan pada hari Selasa tanggal 29 Maret 2011 pukul 13.35 WIB, tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam nyeri yang dirasakan klien berkurang dengan kriteria hasil : klien mengatakan nyeri berkurang atau hilang, skala nyeri menjadi 0-2, nyeri tidak terjadi atau berlangsung kurang dari 1 menit, tampak tenang, ekspresi wajah tampak rileks, mampu tidur atau istirahat dengan tepat. Rencana keperawatan yang akan dilakukan yaitu : kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, skala nyeri, selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat (berguna dalam pengawasan keefektifan obat dan kemajuan penyembuhan), ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan cara tarik nafas dalam (untuk mengatasi nyeri), anjurkan klien untuk istirahat dengan posisi semi fowler (untuk menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang), kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik sesuai indikasi (menghilangkan nyeri dan mempermudah kerjasama dengan intervensi terapi lain).

Kemudian implementasi yang dilakukan pada hari Selasa, tanggal 29 Maret 2010 yaitu pukul 13.45 WIB adalah mengkaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, skala nyeri, selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan

tepat, respon subjektif : klien mengatakan nyeri pada bagian perut tengah bawah pada luka post operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4. Respon objektif : klien tampak lemah, ekspresi wajah tampak meringis, jika nyeri klien mencoba untuk tidur. Pada Pukul 13.50 WIB mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan cara tarik nafas dalam. Respon subjektif : klien mengatakan bersedia untuk diajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan cara tarik nafas dalam. Respon objektif : klien tampak antusias dan mau mengikuti instruksi dari perawat. Pada pukul 14.10 WIB menganjurkan klien untuk istirahat dengan posisi semi fowler. Respon subjektif : klien bersedia untuk istirahat dengan posisi semi fowler. Respon objektif : klien dapat beristirahat, klien tampak tenang. Pukul 16.00 WIB kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik sesuai indikasi. Respon subjektif : klien bersedia untuk diberikan injeksi analgetik. Respon objektif : klien diberikan injeksi ketorolak 2x20 mg.

Pada tanggal 30 Maret 2011 implementasi yang dilakukan yaitu pukul 14.10 WIB adalah mengkaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, skala nyeri, selidiki dan melaporkan perubahan nyeri dengan tepat. Respon subjektif : klien mengatakan nyeri agak berkurang pada luka post operasi, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 2, berlangsung jarang dan selama kurang lebih 1-2 menit. Respon objektif : klien tampak segar, tenang, ekspresi wajah tampak rileks. Pukul 14.30 WIB menganjurkan klien untuk istirahat dengan posisi semi fowler. Respon subjektif : klien mengatakan bersedia

untuk istirahat dengan posisi semi fowler. Respon objektif : klien tampak memejamkan mata, klien dapat tidur nyenyak. Pukul 17.00 WIB berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi analgetik. Respon subjektif : klien bersedia untuk diberikan terapi analgetik. Respon objektif : klien minum asam mefenamat 3x250 mg per oral.

Kemudian evaluasi yang dilakukan pada tanggal 29 Maret 2011 pukul 18.30 WIB, adalah subjektif : An.M mengatakan rasa nyeri pada luka post operasi mulai agak berkurang, nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 3 dan berlangsung selama kurang lebih 4 menit. Objektif : An.M tampak lemah, ekspresi wajah masih meringis, klien kadang-kadang terlihat memejamkan mata. Analisa : masalah teratasi sebagian. Planning : lanjutkan intervensi (mengkaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, skala nyeri, selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat, menganjurkan klien untuk istirahat dengan posisi semi fowler, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik sesuai indikasi).

Pada tanggal 30 Maret 2011 pada pukul 17.30 WIB evaluasinya adalah subjektif : klien mengatakan nyeri berkurang, sudah tidak seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 2, intensitas nyeri jarang dan berlangsung kurang lebih 1 menit. Objektif : klien tampak lebih rileks, ekspresi wajah tidak meringis, tampak tenang, sudah mulai bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti duduk, makan, minum. Analisa : masalah teratasi sebagian. Planning : lanjutkan intervensi (kolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik).

2. Analisa data yang diambil pada tanggal 29 Maret 2011 pukul 13.32 WIB antara lain data subjektif : klien mengatakan belum buang air besar selama 5 hari. Klien merasa ingin buang air besar tapi tidak bisa keluar, klien mengatakan merasa perutnya penuh dan sudah bisa kentut. Data objektif : pemeriksaan abdomen : peristaltik usus 4x/menit, terdapat nyeri tekan pada kuadran kanan bawah, ada massa feses pada perut kiri bawah. Problemnnya yaitu gangguan eliminasi (konstipasi). Penyebabnya adalah efek anestesi dan manipulasi pembedahan peristalsis.

Diagnosa keperawatan : gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan efek anestesi dan manipulasi pembedahan peristalsis.

Intervensi yang direncanakan mempunyai tujuan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam klien dapat defekasi dengan normal dengan kriteria hasil : klien mengatakan dapat buang air besar (BAB) dengan normal dengan warna kuning, lunak, dan bau khas, peristaltik usus 5-15 x/menit, tidak terdapat nyeri tekan pada perut kanan bawah, tidak teraba massa feses di perut kiri bawah. Rencana keperawatan yang akan dilakukan yaitu ajarkan diet seimbang tinggi kadar serat (mengurangi resiko konstipasi), anjurkan pada klien untuk banyak minum sedikitnya 8 gelas/hari (meningkatkan asupan cairan), anjurkan klien untuk melakukan pergerakan atau ambulasi sesuai kemampuan (menstimulasi peristalsis yang memfasilitasi sesuai kemampuan), anjurkan klien untuk buang air besar (BAB) secara bertahap (di tempat tidur, duduk) (melatih klien untuk defekasi), Kolaborasi dengan tim gizi

untuk meningkatkan serat dan cairan dalam pemberian diit (meningkatkan serat dan cairan dalam diit).

Kemudian implementasi yang dilakukan adalah pada tanggal 29 Maret 2011 pada pukul 16.15 WIB yaitu mengajarkan diit seimbang tinggi kadar serat. Respon subjektif : klien dan keluarga bersedia untuk diajarkan diit seimbang tinggi kadar serat. Respon objektif : klien dan keluarga tampak antusias mendengarkan penjelasan dari perawat. Pukul 16.20 WIB menganjurkan pada klien untuk banyak minum sedikitnya 8 gelas/hari. Respon subjektif : klien bersedia untuk minum banyak. Respon objektif : klien hanya minum 1-2 gelas/hari. Pukul 16.25 WIB menganjurkan klien untuk melakukan pergerakan atau ambulasi sesuai kemampuan. Respon subjektif : klien mengatakan tidak berani untuk banyak bergerak. Respon objektif : klien hanya tampak melakukan miring kanan atau kiri, aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga. Pukul 16.30 WIB menganjurkan klien untuk BAB secara bertahap (di tempat tidur, duduk). Respon subjektif : klien mengatakan tidak bisa BAB dengan posisi tidur. Respon objektif : klien tampak gelisah. Pukul 17.15 WIB kolaborasi dengan tim gizi untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diit. Respon subjektif : klien mengatakan bersedia untuk mengkonsumsi makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Respon objektif : klien makan habis setengah porsi dengan jenis bubur, sayur, lauk pauk dan buah. Klien minum setengah gelas kecil air putih.

Sedangkan pada tanggal 30 Maret 2011 implementasi yang dilakukan antara lain : pukul 16.30 WIB menganjurkan klien untuk banyak minum sedikitnya 8 gelas/hari. Respon subjektif : klien mengatakan bersedia untuk diberikan minum banyak. Respon objektif : klien minum 1-3 gelas/hari. Pukul 16.35 WIB menganjurkan klien untuk melakukan pergerakan atau ambulasi sesuai kemampuan. Respon subjektif : klien bersedia untuk melakukan gerakan atau ambulasi sesuai kemampuan. Respon objektif : klien tampak bangun tidur secara mandiri, klien makan atau minum secara mandiri. Pukul 16.40 WIB menganjurkan klien untuk melakukan eliminasi BAB secara bertahap (di tempat tidur, duduk). Respon subjektif : klien mengatakan belum bisa BAB, klien mengatakan bisa kentut. Respon objektif : klien tampak tenang. Pada pukul 17.00 WIB berkolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diit. Respon subjektif : klien bersedia untuk makan. Respon objektif : klien makan 3x sehari dan habis satu porsi makan dengan jenis bubur, lauk pauk, sayur dan buah-buahan. Kemudian evaluasi pada tanggal 29 Maret 2011 pukul 18.35 WIB adalah subjektif : klien mengatakan belum bisa buang air besar (BAB), perutnya terasa penuh, klien ingin buang air besar (BAB) tapi tidak bisa keluar, sudah bisa kentut. Objektif : peristaltik usus 4x/menit, terdapat nyeri tekan pada kuadran kanan bawah, terdapat massa feses pada perut kiri bawah. Analisa : masalah belum teratasi. Planning : lanjutkan intervensi (menganjurkan klien untuk banyak minum sedikitnya 8 gelas/hari,

menganjurkan klien untuk melakukan pergerakan atau ambulasi sesuai kemampuan, menganjurkan klien untuk buang air besar (BAB) secara bertahap (di tempat tidur, duduk), kolaborasi dengan tim gizi untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diit).

Sedangkan pada tanggal 30 Maret 2011 pada pukul 17.35 WIB evaluasinya adalah subjektif : klien mengatakan masih belum buang air besar (BAB). Objektif : pemeriksaan peristaltik usus 7x/menit, terdapat massa di daerah perut kiri bagian bawah, nyeri tekan pada kuadran kanan bawah sudah tidak terasa. Analisa : masalah teratasi sebagian. Planning : lanjutkan intervensi (menganjurkan klien untuk melakukan eliminasi BAB secara bertahap (di tempat tidur, duduk), kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diit).

3. Analisa data yang diambil pada tanggal 29 Maret 2011 pukul 13.35 WIB adalah data subjektif : klien mengatakan perut pada bagian tengah bawah pada luka post operasi terasa nyeri. Data objektif : terdapat luka jahitan post apendiktomi pada kuadran tengah bawah, tidak kemerahan, tidak ada pus, tidak bengkak, tampak bersih, teraba hangat disekitar luka. Tanda-tanda vital : tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi : 90 x/menit, pernafasan : 24 x/menit, suhu : 37,3°C. Problemnnya adalah resiko infeksi. Penyebabnya adalah adanya luka insisi bedah post apendiktomi.

Diagnosa keperawatan : resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi bedah post apendiktomi.

Intervensi yang direncanakan mempunyai tujuan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam resiko terjadinya infeksi hilang dengan kriteria hasil: klien mengatakan tidak merasa nyeri pada luka post operasi, luka tampak bersih dan kering, tidak tampak kemerahan, tidak ada pus, tidak ada darah, tidak teraba hangat disekitar luka, tanda-tanda vital : tekanan darah : 100-120/60-80 mmHg, suhu : 36-37°C, nadi : 60-100 x/menit, pernafasan : 24-35 x/menit. Rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan adalah observasi tanda-tanda vital (untuk mengetahui dugaan adanya infeksi), lakukan pencucian tangan yang baik sebelum melakukan prosedur tindakan (menurunkan resiko masuknya mikroorganisme), berikan ganti balut dengan teknik aseptik (menurunkan resiko infeksi), lihat insisi dan balutan serta awasi tanda-tanda infeksi (memberikan deteksi dini terjadinya proses infeksi), kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik (untuk menurunkan penyebaran dan pertumbuhan mikroorganisme pada rongga abdomen).

Adapun implementasi yang dilakukan pada tanggal 29 Maret 2011 adalah pada pukul 13.40 WIB mengobservasi tanda-tanda vital. Repon subjektif : klien bersedia untuk diobservasi tanda-tanda vitalnya. Respon objektif : tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi : 85 x/menit, suhu : 37,2°C, pernafasan: 22 x/menit. Pukul 13.55 WIB melakukan pencucian tangan yang baik sebelum melakukan prosedur tindakan. Respon subjektif : -. Respon objektif : perawat mencuci tangan sebelum melakukan prosedur tindakan. Pukul 13.57 WIB memberikan ganti balut dengan teknik aseptik.

Respon subjektif : klien mengatakan bersedia untuk diganti balut. Respon objektif : klien diganti balutan pada pukul 13.57 WIB dan diganti balut kering. Pukul 14.00 WIB melihat insisi dan balutan serta awasi tanda-tanda infeksi. Respon subjektif : klien bersedia untuk dilihat luka dan balutannya. Respon objektif : luka tampak bersih, tidak ada pus, tidak ada darah, tidak tampak kemerahan, teraba hangat disekitar luka. Pukul 16.00 WIB kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik. Respon subjektif : klien mengatakan bersedia untuk diberikan terapi injeksi antibiotik. Respon objektif : klien diberi injeksi *chloramphenicol* 3x500 mg dan *cefotaxime* 2x1 g.

Pada hari Rabu, tanggal 30 Maret 2011 implementasi yang dilakukan adalah pada pukul 14.05 WIB mengobservasi tanda-tanda vital. Respon subjektif : klien mengatakan bersedia untuk diukur tanda-tanda vital. Respon objektif : tekanan darah : 100/70 mmHg, pernafasan : 23 x/menit, suhu: 36,9°C, nadi : 75 x/menit, tidak dilakukan ganti balut karena ganti balut dilakukan 2 hari sekali.

Pada hari Kamis, tanggal 31 Maret 2011 implementasi yang dilakukan yaitu : Pukul 08.15 WIB mengobservasi tanda-tanda vital. Respon subjektif : klien mengatakan bersedia untuk diukur dengan tanda-tanda vital. Respon objektif : tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi : 80 x/menit, pernafasan : 22 x/menit, suhu : 36,8°C. Pukul 08.20 WIB melakukan pencucian tangan yang baik sebelum melakukan prosedur tindakan. Respon subjektif :- Respon objektif : perawat telah selesai mencuci

tangan. Pukul 08.22 WIB memberikan ganti balut dengan teknik aseptik. Respon subjektif : klien bersedia untuk diganti balut dengan teknik aseptik. Respon objektif : klien tampak tenang, klien diganti balut kering.

Pukul 08.23 WIB melihat insisi dan balutan serta mengawasi tanda-tanda infeksi. Respon subjektif : klien bersedia untuk diperiksa lukanya. Respon objektif : luka tampak bersih, kering, tidak ada kemerahan, tidak ada pus, tidak ada darah, tidak bengkak, tidak teraba hangat disekitar luka. Pukul 07.00 WIB kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik. Respon subjektif : klien mengatakan mau minum obat. Respon objektif : klien minum obat *cefixime* 2x100 mg.

Kemudian pada tanggal 29 Maret 2011 pukul 18.40 WIB evaluasinya adalah subjektif : klien mengatakan rasa nyeri pada luka post operasi mulai agak berkurang. Objektif : luka post tidak tampak kemerahan, tidak ada pus, tidak ada darah, tidak bengkak, luka tampak bersih, teraba hangat disekitar luka. Tanda-tanda vital : tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi : 85 x/menit, pernafasan : 22 x/menit, suhu : 37,2°C. Analisa : masalah teratasi sebagian. Planning : lanjutkan intervensi (mengobservasi tanda-tanda vital. melakukan pencucian tangan yang baik sebelum melakukan prosedur tindakan, memberikan ganti balut dengan teknik aseptik, melihat insisi dan balutan serta awasi tanda-tanda infeksi, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik).

Pada tanggal 30 Maret 2011 pada pukul 18.00 WIB evaluasinya adalah subjektif : klien mengatakan nyeri lukanya berkurang. Objektif : sekitar

luka tampak bersih, tidak ada kemerahan, tidak teraba hangat disekitar luka, balutan luka tidak diganti karena ganti balut dilakukan 2 hari sekali, tanda-tanda vital : tekanan darah: 100/70mmHg, nadi : 80 x/menit, suhu: 36,9°C, RR : 23 x/menit. Analisa : masalah teratasi sebagian. Planning : lanjutkan intervensi (mengobservasi tanda-tanda vital, melakukan pencucian tangan yang baik sebelum melakukan prosedur tindakan, memberikan ganti balut dengan teknik aseptik, melihat insisi dan balutan serta awasi tanda-tanda infeksi, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik sesuai indikasi).

Pada tanggal 31 Maret 2011 pukul 9.00 WIB evaluasinya adalah subjektif : klien mengatakan luka post operasinya sudah tidak terasa nyeri. Objektif : luka tampak bersih, kering, tidak ada pus, tidak ada darah, tidak bengkak, tidak tampak kemerahan, tidak teraba hangat disekitar luka, tanda-tanda vital : tekanan darah : 110/70mmHg, suhu : 36,8°C, pernafasan : 24 x/menit, nadi : 87 x/menit. Analisa : masalah teratasi. Planning : pertahankan intervensi (mengobservasi tanda-tanda vital, melakukan pencucian tangan yang baik sebelum melakukan prosedur tindakan, memberikan ganti balut dengan teknik aseptik, melihat insisi dan balutan serta awasi tanda-tanda infeksi, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik).

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang kasus yang diambil yaitu mengenai asuhan keperawatan pada An. M dengan post apendiktomi hari ke-3 di ruang anak *Islamic Teaching Hospital* (ITH) lantai III Rumah Sakit Islam Sultan Agung, dimana dalam pemberian asuhan keperawatan penulis menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Berdasarkan hasil pengkajian pada keadaan kesehatan saat ini bahwa tindakan operasi yang dilakukan adalah apendiktomi. Perlu ditambahkan dalam data tersebut bahwa klien dilakukan tindakan operasi apendiktomi pada tanggal 26 Maret 2011 pukul 20.30 WIB.

Kemudian pengkajian pola fungsional menurut Gordon pada pola nutrisi dan metabolik, penulis perlu mengklarifikasi bahwa selama sakit disebutkan bahwa klien sempat terpasang *nasogastric tube* (NGT) selama 2 hari post operasi dan mendapatkan diit cair 6x150 cc. Saat klien terpasang *nasogastric tube* (NGT) penulis memang belum melakukan pengkajian, akan tetapi penulis mendapatkan data tersebut dari data rekam medik klien. Menurut penulis data tersebut perlu dicantumkan karena untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan nutrisi klien selama post apendiktomi. Kemudian penulis juga belum melengkapi data mengenai antropometri. Data yang perlu ditambahkan adalah berat badan klien 40 kg, tinggi badan 145 cm. Klien tidak mengalami perubahan berat badan baik sebelum atau selama sakit.

Pada pengkajian pola aktivitas dan latihan tertulis kebutuhan aktivitas klien seperti mandi, makan, *toileting* dan berpakaian masih dibantu oleh keluarga. An.M tidak mempunyai cukup kekuatan untuk melakukan aktivitas seperti mandi, makan, *toileting*, berpakaian dan lain-lain. Rentang gerak klien baik dan kekuatan otot klien lemah. Penulis tidak menjelaskan skala tingkat fungsional klien. Klasifikasi tingkat fungsional yang digunakan oleh *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) adalah:

- 0 : mandiri penuh.
- 1 : membutuhkan peralatan atau alat bantu.
- 2 : membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, pendidikan.
- 3 : membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu.
- 4 : ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas.

Sehingga berdasarkan penjelasan tersebut tingkat fungsional klien adalah 2 karena klien masih memerlukan pertolongan orang lain untuk bantuan dan pengawasan.

Kemudian pernyataan yang perlu dijelaskan kembali adalah mengenai rentang gerak klien baik dan kekuatan otot klien lemah. Penulis belum menjelaskan tentang skala rentang kekuatan otot. Menurut Rohmah (2009), untuk mengukur kekuatan otot dibutuhkan skala 0-5 yaitu:

- Skala 0 : paralisis total.
- Skala 1 : tidak ada gerakan, teraba/terlihat adanya kontraksi.
- Skala 2 : gerakan otot penuh menentang gravitasi dengan sokongan.
- Skala 3 : gerakan normal menentang gravitasi.

Skala 4 : gerakan normal penuh menentang gravitasi dengan sedikit penahanan.

Skala 5 : gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan penahanan penuh.

Sehingga dari penjelasan tersebut didapatkan data bahwa rentang gerak klien baik dan kekuatan otot klien lemah dengan nilai 4 .

Pada pemeriksaan fisik terdapat bagian yang kurang tepat yakni penulis menyebutkan bahwa bunyi perkusi dari abdomen adalah timpani. Karena kurangnya ketelitian dari penulis sehingga data tersebut muncul. Seharusnya data yang tepat adalah bunyi perkusi abdomen adalah pekak. Karena sesuai dengan batasan karakteristik objektif pada konstipasi menurut Wilkinson (2006) bahwa terdapat bunyi pekak pada perkusi abdomen.

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan, penulis menuliskan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

- A. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya trauma jaringan akibat post operasi apendektomi.

Nyeri akut adalah keadaan ketika individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik mayor dari diagnosa ini adalah pengungkapan tentang deskriptor nyeri. Sedangkan batasan karakteristik minornya adalah : mengatupkan rahang atau mengepalkan tangan, agitasi, ansietas, peka rangsang, menggosok bagian yang nyeri, mengorok, postur tidak biasanya (lutut ke abdomen) ketidakaktifan fisik atau imobilitas, gangguan konsentrasi, perubahan pada pola tidur, rasa takut mengalami cedera ulang, menarik bila

disentuh, mata terbuka atau sangat tajam, gambaran kurus, mual dan muntah (Carpenito, 2006).

Diagnosa ini muncul karena adanya trauma jaringan atau kerusakan kulit saat dilakukan pembedahan atau apendektomi (Doengoes, 2000), ditandai dengan laporan nyeri, wajah meringis menahan sakit, otot tegang, perilaku distraksi.

Pada bagian analisa data, data yang dikemukakan oleh penulis adalah data subjektif : klien mengatakan bahwa perut bagian tengah bawah pada luka post operasi terasa nyeri, seperti ditusuk-tusuk di daerah luka jahitan post pada perut bagian tengah bawah, skala nyeri 4, nyeri terjadi secara tiba-tiba, dan berlangsung selama kurang lebih 5 menit, data objektif : keadaan umum lemah, ekspresi wajah tampak meringis, klien tampak gelisah.

Dari data tersebut penulis memprioritaskan masalah tersebut kedalam prioritas masalah utama, karena menurut Maslow ini termasuk kebutuhan fisiologis dan menurut triage konsep diagnosa ini tidak termasuk urgen karena tidak menimbulkan kecacatan atau kematian. Tetapi masalah tersebut harus segera diatasi untuk memenuhi kebutuhan keamanan dan kenyamanan klien.

Hasil analisa diatas perlu dikemukakan tentang skala nyeri menurut Hayward, yaitu : 0 = tidak nyeri, 1-3 = nyeri ringan, 4-6 = nyeri sedang, 7-9 = sangat nyeri, tetapi masih dapat dikontrol dengan aktivitas yang biasa dilakukan, 10 = sangat nyeri dan tidak bisa dikontrol (Mubarok, 2008).

Berdasarkan penjelasan tersebut skala nyeri yang dialami oleh klien termasuk nyeri sedang. Sehingga penulis mengaggap diagnosa gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya trauma jaringan akibat post apendiktomi dapat ditegakkan dan perlu untuk dilakukan tindakan keperawatan.

Kemudian rencana keperawatan diagnosa ini meliputi : kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, skala nyeri, selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat, ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, Anjurkan klien untuk istirahat dengan posisi semi fowler, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik sesuai indikasi.

Adapun tindakan keperawatan (implementasi) yang penulis lakukan yaitu mengkaji nyeri, mencatat lokasi, karakteristik, skala nyeri, menyelidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat, mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi, menganjurkan klien untuk istirahat dengan posisi semi fowler, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik sesuai indikasi. Kemudian pada tanggal 30 Maret 2011 implementasi yang dilakukan antara lain mengkaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, skala nyeri, selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat, menganjurkan klien untuk istirahat dengan posisi semi fowler, berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi analgetik.

Dalam implementasi yang dilakukan oleh penulis terdapat pendokumentasian yang kurang tepat. Pada tanggal 29 Maret dimana respon objektif : klien diberikan injeksi ketorolak 2x20 mg. Sebenarnya terdapat

kesalahan dari pendokumentasian yang dilakukan oleh penulis. Seharusnya pemberian injeksi ketorolak 2x20 mg dalam sehari. Sehingga pendokumentasian yang tepat adalah klien diberikan injeksi ketorolak 20 mg. Begitu pula untuk implementasi pada tanggal 30 Maret 2011 yang tertulis klien minum asam mefenamat 3x250 mg per oral. Seharusnya pendokumentasian yang tepat adalah klien minum asam mefenamat 250 mg. Karena 3x250 mg diberikan selama 1 hari atau dalam 24 jam. Pada tanggal 30 maret 2011 dimana terdapat implementasi tentang kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgetik. Dari dokumentasi tersebut perlu dibenahi bahwa pada tanggal 30 Maret 2011 penulis sudah tidak berkolaborasi lagi, melainkan hanya memberikan terapi analgetik sesuai dengan advis dokter yang diberikan.

Pada Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 30 maret 2011 pukul 17.30 WIB adalah subjektif : klien mengatakan nyeri berkurang, sudah tidak seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 2, intensitas nyeri jarang dan berangsur kurang lebih 1 menit. Objektif : klien tampak lebih rileks, ekspresi wajah tidak meringis, tampak tenang, sudah mulai bisa melakukan aktivitas secara mandiri seperti duduk, makan, minum. Analisa : masalah teratasi sebagian. Planning : lanjutkan intervensi (kolaborasikan dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik).

Dalam tahap evaluasi pada bahasan planning, redaksi yang digunakan oleh penulis juga kurang tepat. Seharusnya penulis menuliskan untuk

melanjutkan pemberian terapi analgetik sesuai dengan advis dokter yang diberikan.

- B. Gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan efek anastesi dan manipulasi pembedahan peristalsis.

Konstipasi adalah keadaan ketika individu mengalami stasis usus besar, yang mengakibatkan eliminasi yang jarang (dua kali atau kurang dalam seminggu) dan/atau feses keras, kering (Carpenito, 2006).

Batasan karakteristik mayor dari diagnosa ini adalah feses keras dan berbentuk dan/atau, defekasi kurang dari tiga kali seminggu. Sedangkan batasan karakteristik secara minor adalah penurunan bising usus, mengeluh rektal terasa penuh, mengeluh ada tekanan pada rektum, mencejan dan nyeri saat defekasi, impaksi yang dapat diraba, pengosongan terasa tidak adekuat (Carpenito, 2006).

Pada bagian analisa data, data yang diungkapkan oleh penulis yaitu data subjektif : klien mengatakan belum buang air besar selama 5 hari, klien merasa ingin buang air besar tapi tidak bisa keluar, klien mengatakan merasa perutnya penuh dan sudah bisa kentut. Data objektif : pemeriksaan abdomen : peristaltik usus 4x/menit, terdapat nyeri tekan pada kuadran kanan bawah. ada massa feses pada perut kiri bawah.

Penulis mencantumkan diagnosa ini karena terdapat beberapa hal yang sesuai dengan batasan mayor dan minor dari diagnosa gangguan eliminasi dan konstipasi itu sendiri antara lain klien mengatakan belum buang air besar selama 5 hari, klien merasa ingin buang air besar tapi tidak bisa keluar, klien

mengatakan merasa perutnya penuh. Akan tetapi etiologi dari diagnosa tersebut yakni efek ansatesi dan manipulasi pembedahan peristalsis belum tepat. Dalam hal ini penulis masih kurang teliti mengenai etiologi yang tepat untuk diagnosa gangguan eliminasi (konstipasi). Untuk manipulasi pembedahan sendiri penulis tidak menemukan definisi yang sesuai. Disamping itu klien telah melewati 3 hari post operasi dimana efek dari anastesi akibat pembedahan berangsur-angsur menurun. Sehingga etiologi tersebut tidak dapat ditegakkan.

Menurut penulis etiologi yang tepat pada kondisi klien mengenai konstipasi adalah penurunan peristaltik usus akibat imobilisasi. Karena pada pengkajian pola aktivitas dan latihan terdapat data bahwa selama sakit klien mandi 2x sehari di atas tempat tidur dengan bantuan ibunya dan dilakukan diatas tempat tidur. Klien tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari seperti biasanya. Kebutuhan aktivitas klien seperti mandi, makan, *toileting*, berpakaian masih dibantu oleh keluarga. An. M tidak mempunyai cukup kekuatan untuk melakukan aktivitas seperti mandi, makan, *toileting* berpakaian dan lain-lain. Rentang gerak klien baik dan kekuatan otot klien lemah. Data tersebut menunjukkan bahwa klien kurang mobilisasi sehingga diagnosa gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan penurunan peristaltik usus akibat imobilisasi.

Selain itu pada kebutuhan nutrisi klien terpasang *nasogastric tube* (NGT) selama 2 hari post operasi dan mendapatkan diit cair 6x150 cc.

Kemudian klien baru mengkonsumsi makanan lunak pada hari ketiga dengan jenis nasi bubur, sayur, dan buah-buahan.

Menurut Mansjoer (2000), kebutuhan asupan energi yang dianjurkan pada anak usia 13-14 tahun dengan berat badan 40 kg adalah 2280 kal perhari. Makanan pasca bedah lewat pipa lambung diberikan pada pasien yang oleh suatu sebab harus diberi makanan lewat pipa lambung, seperti pada pasien koma, terbakar, gangguan psikis, dan operasi lambung. Makanan diberikan sebagai makanan cair, sebanyak 250 ml tiap 3 jam bila tidak tidur. Diharapkan makanan merangsang peristaltik lambung diit ini mengandung 1.864 kalori, 77 g protein, 86 g lemak, dan 197 g karbohidrat.

Kemudian klien mendapatkan makanan lunak pada hari ketiga dengan jenis bubur, sayur, lauk pauk dan terkadang buah dan habis setengah porsi. Makanan lunak merupakan perpindahan dari makanan saring ke makanan biasa. Makanan mudah dicerna, rendah serat, serta tidak mengandung bumbu yang merangsang. Makanan ini cukup kalori, protein, dan zat-zat gizi lain. Dalam sehari nilai gizi makanan lunak adalah 2.180 kalori, protein 81 g, lemak 66 g, karbohidrat 318 g, kalsium 1 g, besi 29,3 mg, vitamin A 6.659 SI, tiamin 1,4 mg, dan vitamin C 97 mg (Mansjoer, 2000)

Saat pengkajian dilakukan klien makan habis setengah porsi. kemudian hari selanjutnya klien makan habis satu porsi. Berdasarkan asupan makanan yang telah dikonsumsi oleh klien terdapat sisa metabolisme yang dihasilkan. Kemudian pada hari ketiga sampai dilakukan evaluasi terakhir pada hari kelima klien masih mengeluh tidak bisa buang air besar. Sehingga

penulis mengangkat diagnosa gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan penurunan peristaltik usus akibat imobilisasi sebagai prioritas masalah yang kedua.

Kemudian rencana asuhan keperawatan yang dilakukan antara lain :
 ajarkan diit seimbang, anjurkan pada klien untuk banyak minum sedikitnya 8 gelas/hari, anjurkan klien untuk melakukan pergerakan atau ambulasi sesuai kemampuan, anjurkan klien untuk buang air besar secara bertahap (di tempat tidur, duduk), kolaborasi dengan tim gizi untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diit (meningkatkan serat dan cairan dalam diit).

Dalam intervensi keperawatan yang dibuat oleh penulis terdapat intervensi anjurkan pada klien untuk banyak minum sedikitnya 8 gelas/hari. Kebutuhan cairan pada anak berbeda berdasarkan usia dan berat badannya. Untuk setiap 100 kkal yang dimetabolisme, dibutuhkan 100 ml air (H₂O). Berikut merupakan tabel yang menjelaskan tentang kebutuhan cairan pada anak dengan menggunakan Metode Holliday – Segar:

Tabel 4.1 Rentang kebutuhan air harian pada BB yang berbeda dalam kondisi normal

BB(Kg)	Penggunaan kalori/hari
Sampai 10 11-20	100 kkal/kg. 1.000 kkal + 50 kkal/kg untuk setiap kg diatas 10 kg.
Diatas 20	1.500 kkal + 20 kkal/kg untuk setiap kg diatas 20 kg

(Wong, 2004)

Tabel 4.2 Rentang kebutuhan air harian pada usia yang berbeda pada kondisi normal

Umur	Rata-rata BB	Jumlah air dalam 24 jam (ml)	Jumlah air/kgBB dalam 24 jam (ml)
2 tahun	11,8	1350-1500	115-25
4 tahun	16,2	1600-1800	100
6 tahun	20	1800-2000	90-100
10 tahun	28,7	2000-2500	70-85
14 tahun	45	2200-2700	50-60
18 tahun	54	2200-2700	40-50

(Wong, 2004)

Dari tabel tersebut dapat kita lihat bahwa kebutuhan cairan pada klien dengan berat badan 40 kg berdasarkan berat badannya adalah:

$$1500 \text{ kkal} + 20 \text{ kkal/kgBB} \rightarrow 1500 + (20 \times 40) = 1500 + 800 = 2300$$

kkal. Apabila untuk setiap 100 kkal yang dimetabolisme dibutuhkan 100 ml air (H₂O), maka jumlah cairan yang dibutuhkan oleh klien adalah 2300 ml.

Jika 1 gelas sama dengan 250 ml, maka untuk takaran 8 gelas sama dengan 2000 ml, maka jumlah cairan tersebut bisa mencukupi kebutuhan cairan pada klien. Kemudian jika dilihat dari tabel kedua yang menunjukkan bahwa anak yang berusia 10 tahun mempunyai kebutuhan cairan sebanyak 2000-2500 ml.

Sehingga kebutuhan cairan dari klien yang berusia 12 tahun mempunyai kebutuhan cairan yang sama dengan yang sudah dipaparkan tabel tersebut.

Kemudian evaluasi yang dilakukan pada tanggal 30 Maret 2011 dituliskan bahwa evaluasi subjektif : klien mengatakan masih belum BAB.

Objektif : pemeriksaan peristaltik usus 7x/menit, terdapat massa di daerah perut kiri bagian bawah, nyeri tekan pada kuadran kanan bawah sudah tidak

terasa. Analisa : masalah teratasi sebagian. Planning : lanjutkan intervensi (menganjurkan klien untuk melakukan eliminasi buang air besar (BAB) secara bertahap (di tempat tidur, duduk), kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diit untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diit).

Pada evaluasi tersebut data yang perlu diklarifikasi adalah redaksi mengenai kolaborasi dengan tim gizi seharusnya tidak digunakan karena untuk hari selanjutnya perawat hanya memberikan diit yang sudah dianjurkan orderkan oleh tim gizi sebelumnya. Kemudian pada planning seharusnya perlu ditambahkan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian laksatif karena klien masih belum bisa BAB sampai 6 hari.

- C. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi bedah post apendiktomi.

Resiko infeksi adalah keadaan ketika seorang individu beresiko terserang oleh agen patogenik atau oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber endogen atau eksogen (Carpenito, 2006).

Adapun faktor yang berhubungan adalah berbagai masalah atau kondisi kesehatan yang dapat menciptakan kondisi untuk meningkatkan berkembangnya infeksi. Sebagian faktor-faktor yang umum disebutkan antar lain :

1. Patofisiologis

- a. Berhubungan dengan melemahnya daya tahan pejamu sekunder akibat penyakit kronis seperti gagal ginjal, artritis, gangguan

hematologis, gangguan yang diturunkan, immunosupresi, perubahan atau isufisiensi leukosit, penyakit periodental, diabetes mellitus, gangguan hepatic, gangguan pernapasan, penyakit kolagen, alkoholisme, imunodefisiensi, diskrasia darah, gangguan atau insufisiensi leukosit.

b. Berhubungan dengan ganggua sirkulasi sekunder akibat limfadema, obesitas, dan penyakit vaskular perifer.

2. Tindakan yang berhubungan

a. Berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan, nutrisi parentral oral, intubasi, dialisis, adanya jalur invasif, pemberian makan enteral.

b. Berhubungan dengan melemahnya daya tahan pejamu sekunder akibat terapi radiasi, transplantasi organ, terpai obat-obatan (mislanya kemoterapi, immunosupresan).

3. Situasional

a. Berhubungan dengan melemahnya daya tahan pejamu sekunder akibat : imobilitas jangka panjang, malnutrisi, merokok, masa tinggal di rumah sakit yang meningkat, stres, riwayat infeksi.

b. Berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat : trauma (kecelakaan), lingkungan hangat, lembab, dan gelap (lipatan kulit, bidai), cedera termal, gigitan (hewan, serangga, manusia).

c. Berhubungan dengan kontak dengan agens yang menular (nosokomial atau yang didapat dari komunitas (Carpenito, 2006).

Berdasarkan penjelasan diatas diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka insisi bedah post apendiktomi kurang tepat, karena tidak sesuai dengan faktor-faktor resiko yang sesuai dengan teori dari Carpenito. Menurut penulis diagnosa keperawatan yang tepat adalah resiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan.

Pada analisa data ditemukan data subjektif : klien mengatakan merasa bahwa perut pada bagian tengah bawah pada luka post operasi terasa nyeri. Data objektif : terdapat luka jahitan post operasi pada kuadran kiri bawah, tidak kemerahan, tidak ada pus, tidak bengkak, tampak bersih, tanda-tanda vital; tekanan darah : 110/ 70 mmHg, nadi : 90 x/ menit, suhu : 37,3⁰C.

Adapun pada bagian analisa data masih ada yang kurang, yaitu penulis tidak mencantumkan faktor-faktor resiko seperti teori yang dijelaskan diatas. Seharusnya penulis perlu mencantumkan pemeriksaan laboratorim darah sesudah operasi, bagaimana sistem imunitas dari klien itu sendiri, kemudian pemeriksaan serologi sesudah post operasi.

Untuk pemeriksaan laboratorium pasca operasi tidak dilakukan, akan tetapi hasil pemeriksaan sebelum dilakukan pembedahan jumlah leukosit 17.4 ribu/UL dimana nilai tersebut melebihi dari batas normal 4.5-13.5. Pemeriksaan imunoserologi juga hanya dilakukan sebelum operasi. Sehingga penulis tidak dapat mengetahui tingkat imunitas dari klien itu sendiri. Kemudian pada pemeriksaan laboratorium klien menunjukkan adanya tipoid. Akan tetapi saat melakukan pengkajian penulis tidak menemukan data-data

yang mendukung sehingga penulis menganggap tidak perlu untuk menunjukkan masalah tersebut.

Adapun implementasi yang dilakukan pada tanggal 29 dan 31 Maret 2011 adalah mengobservasi tanda-tanda vital, melakukan pencucian tangan yang baik sebelum melakukan prosedur tindakan, memberikan ganti balut dengan teknik aseptik, melihat insisi dan balutan serta awasi tanda-tanda infeksi, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik.

Pada hari Kamis tanggal 30 Maret 2011 implementasi yang dilakukan hanya mengobservasi tanda-tanda vital karena ganti balut dilakukan 2 hari sekali.

Berdasarkan implementasi tersebut terdapat pendokumentasian yang kurang tepat, yaitu pada tanggal 29 Maret 2011 respon objektif : klien diberi injeksi *chloramphenicol* 3x500 mg dan *cefotaxime* 2x1 g. Seharusnya pendokumentasian yang tepat adalah respon objektif : klien diberi injeksi *chloramphenicol* 500 mg dan *cefotaxime* 1 g. Karena untuk terapi injeksi *chloramphenicol* 3x500 mg dan *cefotaxime* 2x1 g diberikan dalam 24 jam. Begitu pula dengan implementasi yang dilakukan pada tanggal 31 Maret 2011 respon objektif : klien minum obat *cefixime* 2x100 mg. Seharusnya pendokumentasian yang tepat adalah klien minum obat *cefixime* 2x100 mg. Karena terapi 2x100 mg diberikan dalam 24 jam.

Kemudian evaluasi pada tanggal 31 Maret 2011 pukul 9.00 WIB adalah subjektif : klien mengatakan luka post operasinya sudah tidak terasa nyeri. Objektif : luka tampak bersih, kering, tidak ada pus, tidak ada darah,

tidak bengkak, tidak tampak kemerahan, tidak teraba hangat disekitar luka, tanda-tanda vital : tekanan darah : 110/70mmHg, suhu : 36,8° C, pernafasan : 24x/menit, nadi : 87x/menit. Analisa : masalah teratasi. Planning : pertahankan intervensi (mengobservasi tanda-tanda vital. melakukan pencucian tangan yang baik sebelum melakukan prosedur tindakan, memberikan ganti balut dengan teknik aseptik, melihat insisi dan balutan serta awasi tanda-tanda infeksi, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antibiotik).

Adapun diagnosa keperawatan yang seharusnya penulis cantumkan tetapi tidak penulis cantumkan karena keterbatasan waktu penulis dalam melakukan pengkajian yaitu :

1. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri/ketidaknyamanan.
2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan input yang tidak adekuat.
3. Kurang perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan tubuh pasca operasi

Pada diagnosa gangguan pola tidur berhubungann dengan nyeri/ketidaknyaman. Disini etiologi dari gangguan pola tidur sendiri adalah nyeri. Nyeri sendiri sudah diangkat menjadi diagnosa pertama sehingga penulis beranggapan jika nyeri sudah dapat diatasi, maka klien dapat tidur dengan baik sehingga gangguan pola tidurpun teratasi.

Kemudian untuk perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan input yang tidak adekuat juga tidak penulis cantumkan

- Oswari, E. (2000). *Bedah dan perawatannya*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Riyadi, S & Sukarmin. (2009). *Asuhan keperawatan pada anak*. Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rohmah, N. (2009). *Proses keperawatan teori dan aplikasi*. Jogjakarta: Arruzz Media
- Rudolph, A. M. (2007). *Buku ajar pediatrik rudolph*. Edisi 20. (terjemahan: A. Samik Wahab). Jakarta: EGC
- Smeltzer, S. C. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah brunner & suddarth*. (terjemahan. Kuncara). Jakarta. EGC
- Suriadi & Yuliani, R. (2006). *Asuhan keperawatan pada anak*. Jakarta: Penebar Agung Swadaya
- Syamsuhidayat & Jong, W. D. (2005). *Buku ajar ilmu bedah*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Wilkinson, J. M. (2006). *Buku saku diagnosa keperawatan dengan intervensi nic dan kriteria hasil noc*. Edisi 7. (terjemahan: Widyawati) Jakarta: EGC
- Wong, D. L. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Edisi 6. (terjemahan: Andry Hartono. Jakarta: EGC
- Wong, D. L. (2004). *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. Edisi 4. (terjemahan: Monica Ester). Jakarta: EGC.
- Prabusetiawan. (2009). *Pengertian anak*. <http://www.prabusetiawan.blogspot.com>, diunduh tanggal 20 Maret 2011
- Wikipedia. (2010). *Definisi anak* .<http://id.wikipedia.org>, diunduh tanggal 26 April 2011

dalam daftar diagnosa karena data-data yang terdapat dalam pngkajian mengenai perubahan nutrisi kurang lengkap. Kemudian dalam implementasi diagnosa yang kedua panulis juga sudah membahas soal nutrisi walaupun tidak mendalam. Implementasi tersebut yakni mengajarkan diit seimbang tinggi kadar serat serta kolaborasi dengan tim gizi untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diit. Menurut penulis hal tersebut sudah dapat mewakili implementasi dalam mengatasi malsalah nutrisi schingga diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan input yang tidak adekuat tidak diangkat.

Kemudian mengenai diagnosa keperawatan yang tidak dicantumkan oleh penulis lainnya adalah kurang perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan tubuh pasca operasi. Diagnosa ini tidak diangkat oleh penulis karena menurut persepsi penulis perawatan diri klien sudah dilakukan oleh ibu klien sendiri, dan pada saat implementasi tanda-tanda mengenai kurang perawatan diri yaitu : mukosa bibir kering, lidah sedikit kotor dan gigi tampak kotor dan warna kuning sudah berkurang. Sehingga penulis tidak mengangkat kurang perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan tubuh pasca operasi sebagai diagnosa.

BAB V

PENUTUP

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada An. M dengan post operasi apendiktomi di ruang anak RSI Sultan Agung Semarang tanggal 29-31 Maret 2011, sebagai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diambil kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien dengan post operasi apendiktomi.

A. Simpulan

Apendisitis adalah inflamasi pada apendiks (kantong buntu pada ujung sekum), dan merupakan keadaan yang sering memerlukan tindakan bedah pada usia kanak-kanak (apendiktomi). Pengkajian asuhan keperawatan pada An. M dengan post apendiktomi telah dilaksanakan sesuai dengan teori, meskipun dalam pelaksanaannya pengkajian masih ada banyak kekurangan dan kesenjangan.

Dalam menentukan diagnosa keperawatan pada An. M dengan post apendiktomi, dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu : gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya trauma jaringan akibat post apendiktomi, gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan penurunan peristaltik usus akibat imobilisasi dan resiko infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan.

Adapun fokus intervensi pada klien dengan post apendiktomi pada diagnosa gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan adanya trauma jaringan akibat post apendiktomi dan gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan penurunan peristaltik usus akibat imobilisasi sudah dilaksanakan dengan maksimal oleh penulis. Evaluasi yang dilakukan pada kedua diagnosa tersebut didapatkan hasil bahwa masalah teratasi sebagian karena belum sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditentukan oleh penulis. Sedangkan diagnosa resiko infeksi adalah memberikan ganti balut dengan teknik aseptik. Implementasi yang penulis lakukan sudah maksimal dan efektif sehingga hasil yang diharapkan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis. Sehingga evaluasi dari tindakan keperawatan pada An. M dengan post apendiktomi dalam masalah keperawatan resiko infeksi sudah teratasi.

B. Saran

1. Bagi mahasiswa hendaknya mampu memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dan keluarga serta mencegah terjadinya komplikasi dari apendiktomi.
2. Bagi institusi pendidikan hendaknya menyediakan literatur yang lengkap tentang bedah terutama apendiktomi.
3. Rumah sakit mampu menyediakan alat-alat yang lengkap untuk perawatan pasien dengan apendiktomi.

DAFTAR PUSTAKA

- Behrman, R. E, at all. (2000). *Ilmu kesehatan anak nelson*. (terjemahan: A. Samik Wahab). Edisi 15. Jakarta: EGC
- Boughman, D. C. (2000). *Keperawatan medikal bedah: buku saku dari brunner dan suddarth* (terjemahan: Yasmin Asih). Jakarta: EGC
- Carpenito, L. J. (2006). *Buku saku diagnosa keperawatan*. (terjemahan: Yasmin Asih). Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Doengoes, M. E. (2000). *Rencana asuhan keperawatan pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. (terjemahan: I Made Kariasa). Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Ester, M. (2001). *Keperawatan medikal bedah pendekatan sistem gastrointestinal*. Jakarta: EGC.
- Grace, P. A. (2006). *At a glance ilmu bedah* (terjemahan :dr. Vidhia Umami). Edisi 3. Jakarta: Erlangga.
- Hidayat, A. A. A. (2001). *Pengantar dokumentasi proses keperawatan*. Jakarta: EGC
- Hidayat, A. A. A (2006). *Pengantar ilmu keperawatan anak*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Inayah, I. (2004). *Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan* . Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Mansjoer, A. (2000). *Kapita selekta kedokteran*. Jakarta: Media Aesculapius
- Merenstein, G. B. (2001). *Buku pegangan pediatri*. (terjemahan : Lyana Setiawan). Jakarta: Widya Medika
- Mubarok, W. I. (2008). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia teori dan aplikasi dalam praktik*. Jakarta: EGC
- Muttaqin. A & Sari, K. (2009). *Asuhan keperawatan perioperatif konsep, proses, dan aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika