

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN POST OPERASI
APENDIKTOMI HARI PERTAMA PADA NY. S
DI RUANG MAWAR RSUD SALATIGA**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun oleh :

Attika Aliffatun Nur
NIM : 33.11.715

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

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 : Senin,

Tanggal : 31 Mei 2010

Semarang, 31 Mei 2010

Pembimbing

(Ns. Furaida Khasanah, S.Kep)

NIK : 210 910 022



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Kamis Tanggal 03 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 3 Juni 2010



Tim Penguji,

Penguji I

(Ns. Furaida Khasanah, S.Kep)

NIK : 210910022

Penguji II

(Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, S.Kep)

NIK : 210998005

Penguji III

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ahmad Cholid', written over a white background.

(Ahmad Cholid, S.Kep)

NIK : 0304686

MOTTO

Sangkan Paraning Dumadi

"Segala Sesuatu Yang hidup di dunia ini, pasti akan kembali Kepada-Nya"



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat, hidayah, dan inayahnya sehingga penulis dapat menyusun dan menyelesaikan laporan kasus untuk memenuhi tugas komprehensif Program DIII Keperawatan Semarang dengan judul “Asuhan Keperawatan Klien Post Operasi Apendiktomi Hari Pertama Pada Ny. S Di Ruang Mawar RSUD Salatiga ”. Dalam penulisan laporan ini tidak lepas dari kesulitan dan hambatan namun berkat ridho Allah dan bimbingan serta bantuan dari berbagai pihak yang penulis hadapi, sehingga laporan kasus ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih, kepada:

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, Msc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang.
4. Ibu Wahyu Endang Setiowati Skp, MKes, selaku ketua Program Studi Keperawatan Semarang.
5. Ibu Furaida Khasanah, S.Kep.Ns, selaku pembimbing mengarahkan dan memberi masukan serta motivasi kepada penulis.
6. Yang tercinta kedua orang tua saya yang selalu memberikan dukungan moral dan spiritual, yang selalu mencurahkan kasih sayang, memberikan semangat dan dukungan serta mendo'akan.

7. Spesial untuk suamiku Komarun tercinta atas waktu dan pengorbananmu dalam membantuku menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, perhatianmu selalu menjadi motivasi bagiku.
8. Serta saudara-saudaraku senasip seperjuangan, mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Semarang yang telah memberikan bantuan dan kerjasama sehingga laporan ini terselesaikan.

Saudara-saudara ku yang lain, dalam hal ini penulis tidak bisa menyebutkan satu per satu, yang telah mendo'akan, memberi motivasi, dan bantuannya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan ini dengan tepat waktu.

Dalam hal ini penulis menyadari masih banyak kekurangan baik teknik penyusunan maupun isi, karena keterbatasan kemampuan penulis. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritikan yang membangun dari para pembaca.

Akhirnya penulis hanya dapat mendo'akan semoga pihak yang telah memberikan bantuan dan bimbingan mendapatkan imbalan dari Allah SWT dan semoga karya tulis ini bermanfaat bagi pembaca.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
HALAMAN MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	2
C. Manfaat Penulisan.....	3
BAB II KONSEP DASAR	4
A. Konsep Dasar Penyakit.....	4
1. Pengertian.....	4
2. Etiologi.....	6
3. Patofisiologi.....	7
4. Manifestasi Klinis.....	9
5. Pathways.....	10
6. Pemeriksaan Diagnostik.....	11
7. Komplikasi.....	11
8. Penatalaksanaan.....	11
a. Penatalaksanaan Medis.....	11

b. Penatalaksanaan Keperawatan.....	13
B. Konsep Dasar Pengkajian	13
1. Pengkajian Keperawatan.....	13
2. Diagnosa Keperawatan.....	14
3. Intervensi Keperawatan.....	14
BAB III RESUME KEPERAWATAN.....	21
A. Pengkajian	21
B. Analisa Data	23
C. Intervensi Keperawatan	25
D. Implementasi Keperawatan	25
E. Evaluasi Keperawatan.....	26
BAB IV PEMBAHASAN	27
BAB V PENUTUP.....	36
A Kesimpulan.....	36
B. Saran.....	36
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Apendisitis merupakan penyebab paling umum bedah abdomen darurat. Angka kejadian apendisitis pada pria lebih tinggi dari pada wanita, dan remaja lebih sering pada orang dewasa (Smeltzer, Susane C. 2001).

Angka kejadian apendisitis akut di negara maju lebih tinggi dari pada di Negara berkembang, namun dalam beberapa dasawarsa terakhir kejadian apendisitis menurun secara bermakna. Hal ini diduga disebabkan oleh meningkatnya penggunaan makanan berserat dalam menu sehari-hari. Apendisitis dapat ditemukan pada anak kurang dari satu tahun jarang dilaporkan (R Sjamsuhidajat, Wim De Jong. 2004)

Prevalensi di Inggris, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Douglas et al terdapat 302 pasien yang terkena suspek apendisitis setelah dilakukan pemeriksaan ultrasonografi. Dan untuk mengatasi apendisitis tersebut telah dilakukan apendektomi dengan angka kegagalan sekitar 9–11%, dan 89% berhasil untuk mengatasi apendiksitis. Dan penelitian lain yang dilakukan oleh Zielke et. al, sekitar 2000 pasien mengatakan, bahwa sekitar 6% ultrasonografi mendeteksi apendisitis (<http://sariwiryannetty.blogspot.com>).

Berdasarkan survey yang telah dilakukan peneliti dari 10 besar penyakit yang terdapat di Poli Bedah RSUD Arifin Achmad Pekanbaru

didapatkan pasien yang menderita penyakit apendisitis pada tahun 2006 berjumlah 260 orang (31,43%), pada tahun 2007 pasien yang menderita penyakit apendisitis meningkat lagi menjadi 305 orang (31,44%). Sedangkan pada tahun 2008 didapatkan pasien yang menderita penyakit apendisitis ([http:// sariwiryanny.blogspot.com](http://sariwiryanny.blogspot.com)).

Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan kejadian konstipasi sangat berpengaruh terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa (R Sjamsuhidajat, Wim De Jong. 2004)

Berdasarkan data diatas, apendisitis merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering terjadi dan penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan. Oleh karena itu penulis tertarik mengambil kasus pada pasien dengan apendisitis sebagai bahan penulisan karya ilmiah ini, dengan cara membandingkan konsep secara teoritis dan sesuai kondisi yang nyata atau dilapangan.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mengetahui asuhan keperawatan pada klien dengan apendiktomi.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui konsep medis apendiktomi.
- b. Mengetahui asuhan keperawatan apendiktomi secara teori.
- c. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Ny. S dengan apendiktomi.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ini dibuat oleh penulis diharapkan agar bermanfaat bagi pihak-pihak terkait, antara lain :

1. Bagi penulis

Manfaat bagi penulis yaitu dapat menambah pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien dengan appendiktomi.

2. Bagi institusi

Manfaat bagi institusi yaitu memberikan pengetahuan teori secara mendalam tentang cara mengelola asuhan keperawatan medikal bedah appendiktomi dan sebagai dokumentasi.

3. Bagi RSUD Salatiga

Manfaat bagi RSUD Salatiga yaitu sebagai acuan untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal pada pasien dengan appendectomy.

4. Bagi masyarakat

Manfaat bagi masyarakat yaitu dapat memberikan pengetahuan tentang penyakit appendiktomi.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Apendisitis adalah peradangan apendiks yang relatif sering dijumpai yang dapat timbul tanpa sebab yang jelas atau timbul setelah obstruksi apendiks oleh tinja. Atau akibat terpuntirnya apendiks atau pembuluh darahnya (Corwin, Elizabeth J, 2000).

Apendisitis adalah infeksi pada apendiks (Inayah, Iin, 2004).

Apendisitis adalah merupakan penyakit bedah sebagai akibat kebudayaan, terutama yang menyangkut kebiasaan makan (Oswari, E, 2000).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa apendisitis adalah peradangan pada apendiks yang dapat menyebabkan infeksi apabila tidak dilakukan pembedahan.

Macam-macam Apendisitis antara lain (Inayah, Iin, 2004).

a. Apendiks atipikal

Berhubungan dengan posisi, usia atau keadaan lain seperti kehamilan.

b. Apendisitis retrosekal dan retroileai

Gejala pada Apendisitis retrosekal dan retroileai adalah:

- 1) Radang
- 2) Sakit tidak hebat

- 3) Batuk
- 4) Saat berjalan tidak terasa sakit
- 5) Nyeri epigastrium
- 6) Sering buang air kecil akibat iritasi pada ureter
- 7) Sedikit terasa nyeri pada pinggang sebelah kanan.

c. Apendik pelvik

Gejala apendik pelvik adalah:

- 1) Sakit yang hebat
- 2) Nyeri epigastrium
- 3) Sering buang air kecil dan defekasi
- 4) Disuria dan diare
- 5) Tidak ada nyeri tekan
- 6) Nyeri rectal atau vagina

d. Apendisitis Obstruktif

Gejala Apendisitis Obstruktif adalah:

Sakit kejang hebat (kolik) akibat obstruksi usus halus dan terjadi gangguan yang akhirnya terjadi oklusi akut pembuluh mesenterial.

e. Apendisitis bizar

Apendisitis bizar mengakibatkan mal rotasi usus

f. Apendisitis pada orang tua

Gejala Apendisitis pada orang tua:

- 1) Keluhan samar-samar
- 2) Terlambat berobat
- 3) Sakit minim

- 4) Demam ringan
 - 5) Stadium lebih lanjut
- g. Apendisitis kehamilan

Gejala Apendisitis pada kehamilan adalah:

- 1) Sakit tekan di perut kanan bawah, Peri Umbilikal/subskostal kanan.
- 2) Trimester ke-3

2. Etiologi

Apendisitis akut merupakan infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen apendik merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperlansia jaringan limfe, fekalit, tumor apendik dan cacing askaris dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab yang diduga dapat menimbulkan apendisitis ialah erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E. histolytica* (R. Sjamsuhidajat, dkk, 2004).

Etiologi lain pada apendisitis adalah (Inayah, 2004):

- a. Diet kurang serat
- b. Batu
- c. Tumor
- d. Cacing atau parasit
- e. Infeksi virus
- f. Benda asing

3. Patofisiologi

Salah satu etiologi pada apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendik, oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi 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 daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut.

Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan ganggren. Stadium ini disebut dengan apendistis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi apendisitis perforasi. Bila semua proses diatas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrat apendikularis. Peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang (Mansjoer Arif, dkk, 2002).

Proses penyembuhan luka

Proses penyembuhan luka post operasi terdiri dari tiga (3) tahap (Oswari, E, 2000):

a. Tahap tidak lancar

Tahap ini terjadi bila serum dan sel darah membentuk jaringan dari serat di dalam luka, lalu mengikat luka itu sehingga tampak seperti koreng kemerah-merahan.

b. Tahap fibroplasia

Tahap fibroplasia adalah keadaan penyembuhan dengan membentuk serat fibroplas dalam anyaman protein. Kemudian anyaman protein itu diserap perlahan-lahan. Sementara itu timbul pula pembuluh darah kapiler dan pinggir luka, sehingga terbentuk jaringan baru yang masih kasar dan disebut jaringan granulasi.

Jaringan granulasi ini berwarna merah, permukaannya berbenjol-benjol halus dan bila di sentuh, mudah berdarah. Pada waktu terbentuk jaringan granulasi, permukaannya sudah rata dengan permukaan kulit sekitar. Kemudian timbullah sel-sel baru dari pinggir luka, sehingga akhirnya seluruh permukaan luka tertutup ini akhirnya mengerut, sehingga hampir sama dengan ukuran sebelum terjadi luka.

c. Tahap pengerutan

Pertautan pertama atau persatuan utama. Luka yang dibuat di kamar bedah biasanya aseptis dan jaringan yang rusak sangat sedikit.

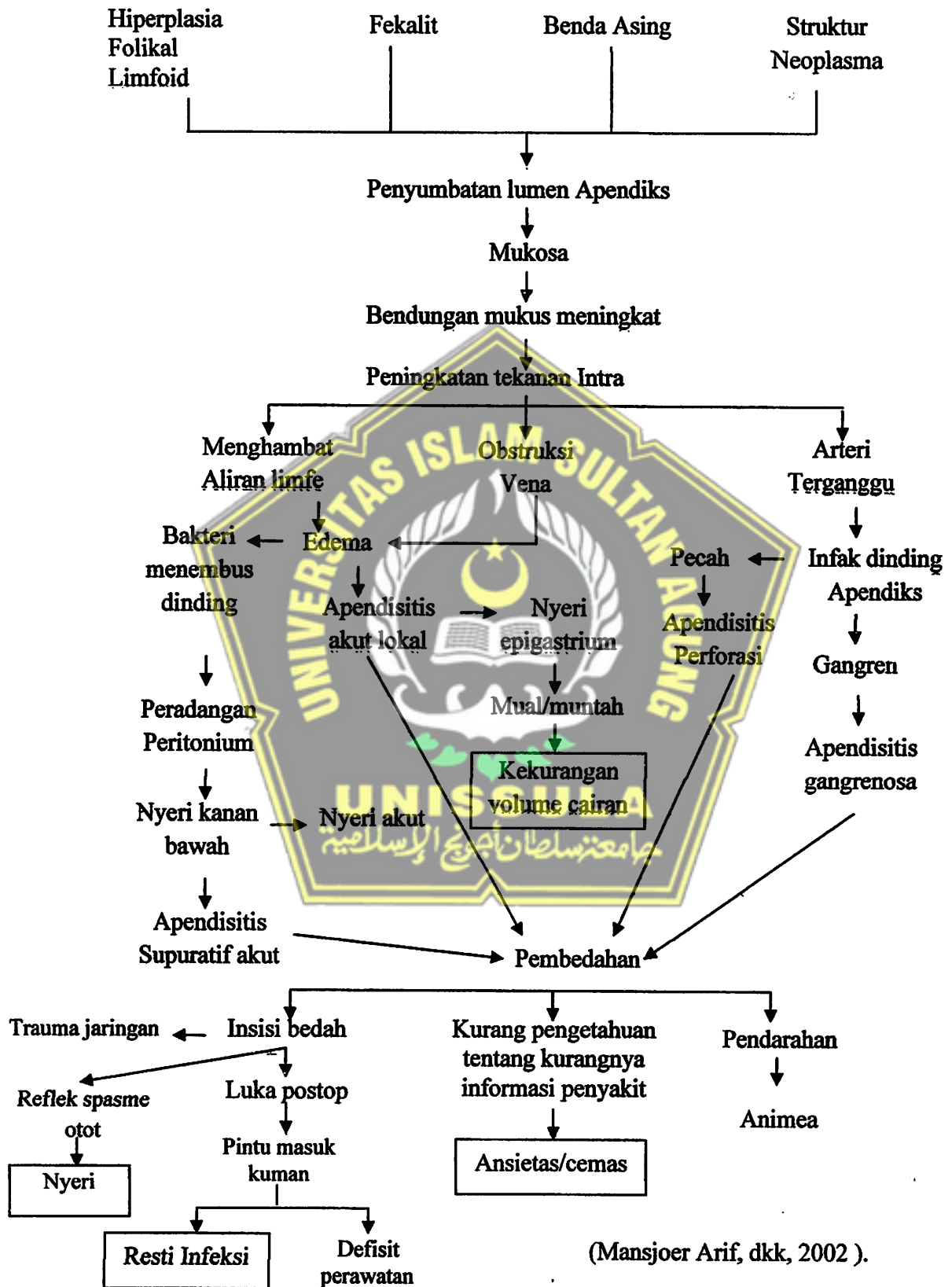
Luka semacam ini akan sembuh dengan sempurna dan disebut sembuh perpipam atau persatuan utama atau pertautan pertama.

4. Manifestasi Klinis

Keluhan apendisitis biasanya bermula dari nyeri didaerah umbilikus atau periumbilikus yang berhubungan dengan muntah. Dalam 2 – 12 jam nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk. Terdapat juga keluhan anoreksia, malaise, dan demam yang tidak terlalu tinggi. Biasanya juga terdapat konstipasi, tetapi kadang-kadang terjadi diare, mual dan muntah.

Pada permulaan timbulnya penyakit belum ada keluhan abdomen yang menetap. Namun dalam beberapa jam nyeri abdomen kanan bawah akan semakin progresif, dan dengan pemeriksaan seksama akan dapat ditunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Perkusi ringan pada kuadran kanan bawah dapat membantu menentukan lokasi nyeri. Nyeri lepas dan spasme biasanya juga muncul. Bila tanda Rovsing, psoas, dan obturator positif, akan semakin menyakinkan diagnosis klinis apendisitis (Mansjoer, Arif. 2002).

5. Pathways



(Mansjoer Arif, dkk, 2002).

6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Diagnosa berdasarkan klinis, sel darah putih (hampir selalu leukositosis) dan CRP, cardio pulmonal (biasanya meningkat) sangat membantu.
- b. Ultrasonografi untuk massa apendiks dan jika masih ada keraguan untuk menyingkirkan kelainan pelvis lainnya (misalnya kista ovarium).
- c. Laparaskopi biasanya digunakan untuk menyingkirkan kelainan ovarium sebelum dilakukan apendiksektomi pada wanita muda.
- d. CT scan (heliks) pada pasien usia lanjut atau dimana penyebab lain masih mungkin (Grace, Peiere A, dkk, 2006).

7. Komplikasi

Komplikasi utama apendisitis adalah perforasi apendiks, yang dapat berkembang menjadi peritonitis atau akses. Insiden perforasi adalah 10% sampai 32%. Insiden lebih tinggi pada anak kecil dan lansia. Perforasi secara umum terjadi 24 jam setelah nyeri. Gejala mencakup demam dengan suhu 37,7 C atau lebih tinggi, penampilan toksit, dan nyeri tekan abdomen yang kontinyu (Smeltzeer, suzanne C, 2001).

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

1) Sebelum Operasi/pre operasi

a) 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

melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan 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 toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosa ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

- b) Intubasi bila perlu
 - c) Antibiotik
- 2) Appendiktomi adalah pengangkatan pada apendik melalui jalan operasi.
 - 3) Pasca appendiktomi

Perlu dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya pendarahan di dalam, syok, hipertermia, atau gangguan pernafasan. Angkat sonde lambung bila 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 naikkan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya diberikan makanan saring, dan hari

berikutnya diberikan makanan lunak. Satu hari berikutnya diberikan makanan lunak. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2x20 menit. Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk diluar kamar. Hari ketujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang (Mansjoer Arif, dkk, 2002; 309)

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Beberapa penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi apendisitis antara lain (Ester, Monica. 2001):

- 1) Bantu posisi miring dengan lutut ditekuk untuk kenyamanan
- 2) Ajarkan tehnik nafas dalam untuk menurunkan stress dan membantu rileks otot yang tegang.
- 3) Beri bubur saring jika terdengar bising usus.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Konsep dasar keperawatan meliputi (Doenges, Marilynne, 1999):

1. Pengkajian Keperawatan

Dasar data pengkajian pasien.

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : Malaise

b. Sirkulasi

Tanda : Tarikardia

c. Eliminasi

Gejala : kontipasi pada awitan awal, diare (kadang-kadang)

Tanda : Distensi Abdomen, nyeri tekan/nyeri lepas, kekakuan, penurunan atau tidak ada bising usus.

d. Makanan/cairan

Gejala: Anoreksia, mual/muntah

e. Nyeri/kenyamanan

Gejala: Nyeri abdomen sekitar epigastrium dan umbilikus, yang meningkat berat dan terlokalisasi pada titik Mc Burney.

Tanda: Nyeri lepas pada sisi kiri diduga inflamasi peritoneal

f. Keamanan

Tanda: Demam (biasanya rendah)

g. Pernapasan

Tanda: Takipnea pernapasan dangkal.

h. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala : Riwayat kondisi yang berbeda dengan nyeri abdomen

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya insisi bedah

b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan secara oral.

c. Restri infeksi berhubungan dengan kulit yang rusak, trauma jaringan, skasis jaringan tubuh.

d. Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian, perubahan pada status kesehatan.

3. Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya insisi bedah.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam

Dengan kriteria hasil :

- 1) Menyatakan bahwa rasa sakit telah terkontrol atau dihilangkan.
- 2) Klien tampak santai, dapat beristirahat atau tidur

Intervensi

- 1) Kaji tanda-tanda vital, perhatikan takikardia, hipertensi dan peningkatan pernafasan, bahkan jika pasien menyangkal adanya rasa sakit.

Rasional : dapat mengindikasikan rasa sakit akut dan ketidaknyamanan.

- 2) Dorong penggunaan tehnik relaksasi, misalnya latihan nafas dalam, bimbingan imajinasi, visualisasi.

Rasional : lepaskan tegangan emosional dan otot, tingkatkan perasaan kontrol yang mungkin dapat meningkatkan kemampuan coping.

- 3) Observasi efek analgesic

Rasional : respirasi mungkin menurun pada pemberian narkotik dan mungkin menimbulkan efek-efek sinergistik dan zat-zat anestesi

- 4) Analgesik IV (Setelah mengulangi catatan anestesi untuk kontraindikasi analgesia). Menyediakan analgesia setiap saat dengan dosis penyelamat yang intermiten.

Rasional : analgesik IV akan dengan segera mencapai pusat rasa sakit, menimbulkan penghilangan yang lebih efektif dengan obat dosis kecil. Pemberian IM akan memakan waktu lebih lama dan keefektifannya bergantung pada tingkat dan absorpsi sirkulasi.

- b. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan secara oral

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam

Dengan kriteria hasil :

- 1) Mendemonstrasikan keseimbangan cairan yang adekuat, sebagaimana ditunjukkan dengan adanya tanda-tanda vital yang stabil, palpasi denyut nadi dengan kualitas yang baik, turgor kulit normal, membran mukosa lembab, dan pengeluaran urine individu yang sesuai.

Intervensi :

- 1) Ukur dan catat pemasukan dan pengeluaran (termasuk pengeluaran cairan gastrointestinal). Tinjau ulang catatan intra operasi.

Rasional: dokumentasi yang akurat akan membantu dalam mengidentifikasi pengeluaran cairan.

- 2) Pantau tanda-tanda vital

Rasional: hipotensi, takikardi, peningkatan pernapasan mengindikasikan kekurangan cairan. Misal: dehidrasi/hipovolemia.

- 3) Catat munculnya mual atau muntah, riwayat pasien mabuk perjalanan.

Rasional : wanita, pasien dengan obesitas dan mereka yang memiliki kecenderungan mabuk perjalanan, penyakit memiliki resiko mual atau muntah yang lebih tinggi pada masa pasca operasi. Selain itu, semakin lama durasi anestesi semakin besar resiko untuk mual.

- 4) Pantau suhu kulit, palpasi denyut perifer.

Rasional: kulit yang dingin atau lembab, denyut yang dibutuhkan untuk mengganti cairan tambahan.

- 5) Berikan cairan parenteral, produksi darah atau plasma ekspander sesuai petunjuk. Tingkatkan kecepatan IV jika diperlukan

Rasional: gantikan kehilangan cairan yang telah didokumentasikan. Catat waktu penggantian volume sirkulasi yang potensial bagi penurunan komplikasi.

- 6) Berikan kembali pemasukan oral secara berangsur-angsur sesuai petunjuk

Rasional: pemasukan oral bergantung kepada pengendalian fungsi gastrotestinal.

- 7) Berikan antiseptik sesuai kebutuhan

Rasional: menghilangkan mual atau muntah, yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan pemasukan, membantu kehilangan cairan.

- c. Resti Infeksi berhubungan dengan kulit yang rusak, trauma jaringan, statis jaringan tubuh.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam

Dengan kriteria hasil:

- 1) Mengidentifikasi factor-faktor resiko individu dan intervensi untuk mengurangi potensial infeksi.

Intervensi:

- 1) Tetap pada fasilitas control infeksi, sterilisasi dan prosedur atau kebijakan aseptik.

Rasional : tetapkan mekanisme yang dirancang untuk mencegah infeksi

- 2) Uji kesterilan semua peralatan

Rasional: benda-benda yang dipakai mungkin tampak steril, meskipun demikian, setiap benda harus secara teliti diperiksa kesterilannya, adanya kerusakan pada pemaketan, efek lingkungan pada paket, dan teknik pengiriman.

- 3) Uji bahwa kulit pra operasi, vaginal dan prosedur pembersihan usus telah dilakukan sesuai kebutuhan.

Rasional: pembersihan akan mengurangi jumlah bakteri pada kulit, mukosa vaginal, dan saluran gastrointestinal.

- 4) Periksa kulit untuk memeriksa adanya infeksi yang terjadi

Rasional : gangguan pada integritas kulit atau dekat dengan lokasi operasi adalah sumber kontaminasi luka.

5) Berikan antibiotik sesuai petunjuk

Rasional: dapat diberikan secara profilaktis bila dicurigai terjadinya infeksi atau kontaminasi.

d. Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian; perubahan pada status kesehatan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam

Dengan kriteria hasil:

- 1) Tampil santai, dapat beristirahat atau tidur cukup
- 2) Melaporkan penurunan rasa takut dan cemas yang berkurang ke tingkat yang dapat diatasi.

Intervensi:

- 1) Sediakan waktu kunjungan oleh personel kamar operasi sebelum pembedahan; jika memungkinkan.

Rasional: dapat menjamin dan meredakan keresahan pasien.

- 2) Identifikasi tingkat rasa takut yang mengharuskan dilakukan penundaan prosedur pembedahan.

Rasional : rasa takut yang berlebihan atau terus-menerus akan mengakibatkan reaksi stress yang berlebihan, resiko potensial dan pembalikan reaksi terhadap prosedur/zat-zat anestesi.

- 3) Validasi sumber rasa takut. Sediakan informasi yang akurat dan fakta

Rasional: Mengidentifikasi rasa takut yang spesifik akan

membantu pasien untuk menghadapinya secara realistik. Misalnya kesalahan identifikasi atau operasi yang salah.

- 4) Beritahu pasien kemungkinan dilakukannya anestesi local atau spinal dimana rasa pusing atau mengantuk mungkin saja terjadi.

Rasional : mengurangi ansietas atau rasa takut bahwa pasien mungkin melihat-lihat prosedur.

- 5) Berobat sesuai petunjuk, misalnya zat-zat sedative, hipnotis: (tranquilizer)

Rasional: untuk meningkatkan tidur malam hari sebelum pembedahan.



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

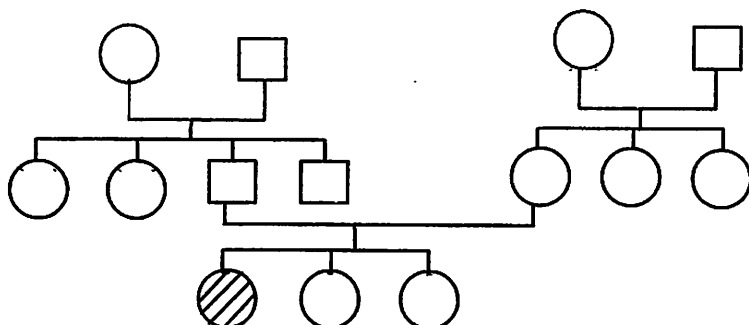
Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 16 Desember 2008 jam 20.00 WIB di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Salatiga dengan identitas klien nama Ny. S umur 23 tahun, jenis kelamin perempuan, agama Islam, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga, suku/bangsa Jawa/Indonesia, alamat Sugih Waras 4/5, Panduacis Argomulyo Salatiga, diagnosa medik post Apendiktomi hari 1 tanggal dan jam masuk 11 Desember 2008 jam 08.00 WIB, sumber informasi keluarga, No. Register 128.239. Identitas penanggung jawab : Nama Ny. M jenis kelamin perempuan, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga. Hubungan dengan klien adik klien.

Keluhan utama, klien mengatakan nyeri pada daerah post operasi, riwayat penyakit sekarang, klien datang ke IGD RSUD Salatiga dengan keluhan merasakan sakit pada perut kanan bawah pada tanggal 11 Desember 2008.

Riwayat penyakit lalu, klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit ini sebelumnya, dan tidak mempunyai penyakit menular.

Riwayat kesehatan keluarga, keluarga klien mengatakan dalam keluarganya ataupun saudara-saudaranya tidak ada yang menderita penyakit seperti ini.

Genogram



- Ket : ○ : Perempuan
 □ : Laki-laki
 ─ : Perkawinan
 ┌─┐ : Pertalian darah
 ◐ : Pasien

Hasil pemeriksaan fisik klien, didapat data kesadaran klien composmentis, keadaan umum lemas, tanda-tanda vital : TD : 110/70 mmHg, N : 78x/menit, S : 36°C. Kepala bentuk mesocephal, ada keluhan pusing, warna rambut hitam, kotor. Mata simetris, konjungtiva tidak anemis, isokor. Hidung simetris, tidak ada polip, tidak terpasang O₂. Fungsi pendengaran kurang baik, telinga simetris. Mulut mukosa kering, tidak terdapat sianosis. Leher tidak ada pembesaran kelenjar Tiroid. Thorak, inspeksi : simetris, palpasi : tidak ada massa, perkusi : sonor, auskultasi: tidak terdapat wheezing. Abdomen, inspeksi : datar, palpasi : - , perkusi: nyeri pada daerah luka post operasi, auskultasi : peristaltik usus. Ekstremitas atas simetris, terpasang infuse di tangan kiri, kekuatan otot baik, tidak oedem. Genetalia tidak terpasang DC.

Data penunjang laboratorium pemeriksaan urine warna kuning keemasan, jernih, bau khas, PH 6,5 (4,8 – 7,4) berat jenis 1,020 (1,015 – 1,025) mg/dl, protein 10 (<10) mg/dl, reduksi negatif (<15) mg/dl, bilirubin (<0,2) mg/dl, leukosit 75<100 / ml, epitel 2 – 3 (5 – 15) / LPK, leukosit 7 – 8 (1 – 4) / LPB, eritrosit 11 – 12 (0 – 1) / LPB, bakteri negatif, silinder negatif, kristal capoy negatif, benang mukus negatif. Pemeriksaan penunjang hematology adalah sebagai berikut : jumlah leukosit : $10,0 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4,5-11,0), jumlah eritrosit: $4,73 \times 10^3/\mu\text{L}$ (L: 4,5 -5,5 , P: 4-5), HB: 12,7 g/dL (L: 14-18 , P: 12-16), hematokrit: 34,5% (L: 40-54 , P: 38-47), MCV: 72,9 FL (85-100), MCH: 26,8 Pg (28-100), MCHC: 36,7 g/dL (30-35), jumlah trombosit: $422 \times 10^3/\mu\text{L}$ (150-450) LED 1jam 28mm (L: 3-8 , P: 6-11), LED 2jam 61mm (L: 5-18 , P: 6-20), golongan darah B, eosinofil 1% 1-4, basofil 0% 0-1, batang 0% 2-5, segmen 75% 36-66, limfosit 20% 22-40, monosit 4% 4-8, pemeriksaan kimia klinik sebagai berikut : ureum 24 mg/dL (10-50), creatinin 0,8 mg/dL (L: 1,0-1,3 , P: 0,6-1,1), SGOT 12 u/e (L<37 , P<31), GGPT 25u/e (L<42 , P<32), terapi yang dilakukan, oral : mefinal 3x1/hr, injeksi : terfacef 1x1gr, ketopain 2x1ampul dosis 25 ml, infuse : RL 20 tetes/menit.

B. Analisa Data dan Prioritas Masalah

Analisa data dan prioritas masalah, tanggal 16 Desember 2008 Data Fokus yang pertama : Data Subjektif ; klien menyatakan nyeri pada daerah luka post operasi dengan skala nyeri 6, Data Objektif ; terdapat luka operasi di kuadran kanan bawah abdomen, ekspresi wajah meringis menahan sakit,

TTV, TD : 100/70 mmHg, N : 78x/menit, S : 36²⁰C. Kemungkinan penyebab trauma jaringan akibat operasi. Masalah keperawatan nyeri akut. Data Fokus yang kedua : Data subjektif ; klien mengatakan terdapat luka post operasi pada perutnya, Data Objektif ; terdapat luka operasi di kuadran kanan bawah abdomen, klien tampak ingin menggosok bagian yang nyeri. Kemungkinan adanya tempat masuknya organisme akibat pembedahan. Masalah keperawatan resiko tinggi terhadap infeksi.

Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan akibat operasi

DS : klien mengatakan nyeri pada daerah luka post operasi dengan skala nyeri.

DO : - Terdapat luka operasi di kuadran kanan bawah abdomen

- Ekspresi wajah meringis menahan sakit (nyeri)

- Tanda-tanda vital, TD : 110/70mmHg, RR : 24x/menit, N : 78x/menit, S : 36,2°C.

Dengan P : nyeri bertambah saat dilakukan ganti balut, Q: nyeri berkurang jika istirahat, R: nyeri seperti ditusuk-tusuk, S: skala nyeri 6, T: nyeri dirasakan saat ganti balut

2. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme terhadap pembedahan

DS : klien mengatakan terdapat luka post operasi

DO : - Terdapat luka operasi di kuadran kanan bawah abdomen

- Klien tampak ingin menggosok bagian yang nyeri.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dari diagnosa keperawatan yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan akibat operasi, tujuan keperawatan nyeri hilang / berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan criteria hasil : klien mengatakan nyeri berkurang dari skala nyeri 6 menjadi 3, wajah klien tampak tenang rileks, tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 90/60 mmHg, N : 30-100 x/menit, RR : 16-24 x/menit, S : 36-37 ° C. Intervensi yang dilakukan adalah kaji keadaan umum, kaji skala nyeri, monitor TTV, ajarkan teknik relaksasi dan distraksi, ciptakan lingkungan yang nyaman, kolaborasi pemberian obat analgetik. Diagnosa yang kedua resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme akibat pembedahan, dengan luka lien tidak terjadi infeksi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan kriteria hasil : tidak terjadi infeksi, luka sembuh dengan baik. Intervensi monitor TTV, rawat luka dengan tehnik antiseptik, ganti balut pada luka dengan tehnik antiseptik, kolaborasi dengan pemberian antibiotik ketopain 25 mg.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa pertama dengan nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan akibat operasi pada hari Rabu tanggal 17 Desember 2008 jam 12.00 WIB. Implementasi mengkaji keadaan umum klien, memonitor TTV, mengkaji skala nyeri, menciptakan lingkungan yang nyaman, mengajarkan tehnik distraksi, berkolaborasi dengan

pemberian obat analgesik. Diagnosa kedua dengan resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan masuknya organisme akibat pembedahan. Implementasi keperawatan yang dilakukan antara lain memonitor TTV, merawat luka dengan tehnik antiseptik, mengganti balutan sehari 1 kali pada luka dengan tehnik antiseptik, berkolaborasi dengan pemberian antibiotik.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan yang pertama dengan nyeri akut berhubungan akibat operasi pada hari Kamis tanggal 18 Desember 2008 jam 12.00 WIB dengan catatan perkembangan S : klien mengatakan nyeri telah berkurang, O : skala nyeri 3, TTV, TD : 110/70 mmHg, N : 78 x/menit, RR : 24 x/menit, S : 36°C, A : masalah nyeri teratasi, P : optimalkan intervensi.

Diagnosa kedua resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme akibat pembedahan pada hari Kamis tanggal 18 Desember 2008 jam 12.00 WIB dengan catatan perkembangan S : klien mengatakan lebih segar dan rileks, O : tidak ada tanda-tanda infeksi, luka tampak bersih, A : masalah resiko tinggi teratasi, P : pertahankan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan pada kasus Ny. S dengan diagnosa post operasi appendiktomi di ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Salatiga. Dimana dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Sebelum penulis membahas untuk masing-masing atau setiap diagnosa, terlebih dahulu penulis akan membahas data-data yang ada di pengkajian.

Pada pengkajian penulis tidak mencantumkan data pengkajian pola fungsi atau kebutuhan sehari-hari, yang seharusnya dicantumkan adalah data biologis, yaitu meliputi kebutuhan nutrisi : sebelum sakit klien makan 3x sehari dengan komposisi nasi, sayur, lauk, porsi makan habis 1 piring; berat badan 65 kg; sedangkan selama sakit nafsu makan klien berkurang, makan 3x hanya habis ¼ porsi, berat badan 63 kg. Kebutuhan eliminasi : sebelum sakit klien BAB 1-2x sehari, BAK 4-5x sehari; selama sakit klien belum BAB, BAK 3-4x sehari. Kebutuhan istirahat dan tidur : sebelum sakit klien tidur mulai jam 22.00 – 05.00 WIB; selama sakit klien tidak bisa tidur, tidur hanya 3-5 jam perhari. Kebutuhan aktivitas dan latihan : sebelum sakit klien bisa beraktivitas seperti biasanya; selama sakit klien tidak bisa beraktivitas seperti biasanya, hampir seluruh aktivitas klien dibantu perawat dan keluarga, klien tampak lemah, berbaring di tempat tidur. Pola pernafasan : klien mengatakan tidak sesak napas, tidak menggunakan

dilakukan tindakan keperawatan. Data spiritual : klien mengatakan sebelum sakit klien mampu melakukan sholat lima waktu, selama sakit klien hanya bisa berdoa supaya cepat sembuh.

Pada pemeriksaan thorak dan abdomen penulis hanya mencantumkan data-data sebagai berikut: thorak, inspeksi simetris, palpasi tidak ada massa, perkusi sonor, auskultasi tidak terdapat wheezing. Abdomen inspeksi datar, auskultasi peristaltic usus, perkusi nyeri didaerah post operasi, palpasi - .Pengkajian taesebut kurang spesifik dan kurang tepat, seharusnya penulis melakukan pemeriksaan thorak yang meliputi: pemeriksaan jantung, inspeksi simetris, palpasi tidak teraba ictus cordis, perkusi pekak, auskultasi tidak ada suara tambahan S1 dan S2. Untuk pemeriksaan paru, inspeksi simetris, palpasi tidak teraba pembesaran paru, perkusi sonor, auskultasi vesikuler. Untuk abdomen, inspeksi datar, auskultasi peristaltic usus 12x/menit, perkusi tympani, palpasi tidak teraba massa.

Seharusnya penulis mengkaji berapa kekuatan otot Ny. S, akan tetapi penulis tidak mengkaji berapa kekuatan otot pada Ny. S.

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny. S adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan akibat operasi

Nyeri akut adalah keadaan di mana individu mengalami dan melaporkan adanya rasa ketidaknyamanan yang hebat atau sensasi yang menyenangkan selama enam bulan atau kurang. Data mayor: komunikasi (verbal atau penggunaan kode) tentang nyeri. Data minor: menutup rahang atau pergelangan tangan. perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya, agitasi, peka rangsang, menggosok bagian yang nyeri, mengorok, postur yang tidak masanya, ketidakaktifan fisik atau mobilitas, masalah dengan konsentrasi, perubahan pola tidur, rasa takut mengalami

cidera tulang, menarik bila disentuh, mata terbuka lebar atau sangat tajam, gambaran terus mual dan muntah. (Carpenito Lynda Juall, 1998).

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan akibat operasi penulis tegakkan karena pada saat pengkajian ditemukan masalah keperawatan yaitu klien mengatakan nyeri pada daerah luka post operasi sebagai batasan karakteristik subyektif terdapat luka operasi di kuadran kanan bawah abdomen, ekspresi wajah menahan sakit dengan skala nyeri 6, tanda-tanda vital TD = 110/70 mmHg, RR=24x/menit, N=78x/menit, S=36²⁰C. Untuk pengkajian nyeri meliputi PQRST penulis sudah mencantumkan di analisa data akan tetapi penulis salah menempatkan, yang seharusnya ada pada data subyektif P : nyeri bertambah saat dilakukan ganti balut, berkurang saat istirahat. Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk. R: di daerah perut kanan bawah. S:skala nyeri 6, T: saat ganti balut,

Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan akibat operasi oleh penulis diprioritaskan sebagai prioritas pertama karena nyeri yang dialami Ny. S tergolong nyeri sedang dengan skala 6. Apabila nyeri tidak diatasi akan terjadi peningkatan rasa nyeri, sedangkan kompensasi peningkatan rasa nyeri adalah peningkatan respiratori rate yang kemudian akan mengakibatkan sesak nafas. Sesak nafas dapat mengakibatkan penurunan oksigen dalam tubuh, yang akan menimbulkan masalah baru yaitu pola nafas tidak efektif. Jadi masalah nyeri akut yang terjadi pada Ny. S merupakan ancaman yang harus segera mendapat penanganan yang lebih baik dan efektif.

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa nyeri berhubungan dengan trauma jaringan akibat operasi, antara lain : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam nyeri berkurang atau hilang dengan criteria hasil : DS : klien mengatakan nyeri pada daerah luka post operasi kurang atau hilang, DO : wajah klien tenang, tampak rileks, skala nyeri 3, TTV dalam batas normal.

Untuk penulisan criteria hasil penulis kurang tepat dalam menuliskan criteria hasil untuk tanda-tanda vital ; TD : 110-120/70-80 mmHg, N : 60-100x/menit, RR : 16-24x/menit, S : 36-37°C.

Pada implementasi penulis tidak mencantumkan respon klien, yang seharusnya : implementasi keperawatan. Diagnosa pertama dengan nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan akibat operasi pada hari Rabu tanggal 17 Desember 2008 jam 12.00 WIB. Implementasi mengkaji keadaan umum, respon klien subyektif tidak ada. Obyektif klien kooperatif. Jam 13.00 WIB implementasinya memonitor TTV, respon klien subyektif tidak ada. Obyektif TD : 110/70 mmHg, N : 78x/menit, RR : 24x/menit, S : 36°C. Jam 14.00 WIB implementasinya mengkaji skala nyeri, respon klien subyektif klien mengatakan nyeri sedang dan skala nyeri 6. Obyektif wajah klien meringis ketika disentuh. Jam 15.00 WIB implementasinya menciptakan lingkungan yang nyaman, respon klien subyektif klien mengatakan lebih nyaman dengan lingkungan yang tenang, obyektif klien dapat beristirahat. Jam 16.00 WIB implementasinya mengajarkan tehnik relaksasi, respon klien subyektif klien mengatakan nyeri berkurang dengan tarik nafas dalam. Obyektif klien belum tenang dengan skala nyeri 6. Jam 17.00 WIB berkolaborasi dengan pemberian

obat analgetik, respon klien subyektif setelah 1 jam pemberian obat klien mengatakan nyeri berkurang. Obyektif klien terlihat tenang.

Dari hasil evaluasi yang dicapai, diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan akibat operasi, masalah teratasi S : klien mengatakan nyeri telah berkurang, O : skala nyeri 3. Untuk mengoptimalkan kondisi klien penulis menganjurkan kepada klien untuk istirahat yang cukup dan menganjurkan klien untuk tehnik relaksasi yaitu dengan cara tarik nafas dalam kemudian dilepaskan melalui mulut perlahan-lahan, delegasi kepada perawat ruang untuk melanjutkan asuhan keperawatan.

2. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme akibat pembedahan.

Resiko terhadap infeksi adalah keadaan dimana seorang individu beresiko terserang oleh agen patogenik atau oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber endogen atau oksigen (Carpenito Lynda Juall, 1998).

Penulis menegakkan diagnosa resiko tinggi infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme akibat pembedahan, karena pada saat pengkajian ditemukan ada luka post operasi apendiktomi dengan luka jahitan pada perut bagian kanan bawah. Data tersebut kurang lengkap ; harusnya penulis menambahkan data-data yang lain misalnya luka kemerahan, bengkak, jahitan 10 cm, leukosit $75 < 100/ml$.

Diagnosa resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme akibat pembedahan oleh penulis diprioritaskan sebagai prioritas kedua karena infeksi termasuk kebutuhan rasa aman dan

keselamatan yaitu kebutuhan atas manusia yang kedua setelah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan rasa aman dan keselamatan termasuk bebas dari bahaya yang disebabkan oleh penyakit dan bahaya yang mengancam, dan apabila tidak segera ditangani dengan segera maka akan menjadi masalah yang aktual.

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi diagnose resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organism akibat pembedahan, antara lain : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam infeksi tidak terjadi dengan criteria hasil : tidak terjadi infeksi, luka sembuh dengan baik.

Pada implementasi penulis tidak mencantumkan respon klien, yang seharusnya implementasi keperawatan diagnosa kedua resiko terhadap infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organisme akibat pembedahan pada hari Rabu tanggal 17 Desember 2008 jam 12.00 WIB implementasinya memonitor tanda tanda vital, respon klien subyektif tidak ada. Obyektif TD : 110/70 mmHg, N : 78x/menit, RR : 24x/menit, S : 36°C. Jam 12.30 WIB implementasinya merawat luka dengan tehnik antiseptik, respon klien subyektif, klien mengatakan merasa nyaman. Obyektif luka kering. Jam 13.30 WIB implementasinya mengganti balutan pada luka dengan tehnik antiseptik, respon klien subyektif klien mengatakan merasa nyaman setelah diganti balutan. Obyektif klien meringis saat dibersihkan lukanya, balutan lama sudah diganti dengan balutan baru. Jam 14.30 WIB implementasinya

berkolaborasi dengan pemberian antibiotik ketopain 25 mg, respon klien subyektif klien mengatakan mau diinjeksi. Obyektif obat sudah masuk.

Dari hasil evaluasi yang dicapai, diagnose keperawatan resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan tempat masuknya organism akibat pembedahan, masalah teratasi S : klien mengatakan lebu^h segar dan lebih rileks, O : tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada kemerahan pada luka, luka tampak bersih. Delegasi kepada perawat ruang untuk melanjutkan asuhan keperawatan.

Setelah di teliti lebih lanjut pada bab tinjauan khusus masih ada masalah dan diagnosa yang seharusnya muncul tetapi belum dimunculkan, antara lain :

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan perawatan di rumah sakit, bising.

Gangguan pola tidur adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam kuantitas atau kualitas pada istirahatnya yang menyebabkan rasa tidak nyaman atau mengganggu gaya hidup yang diinginkannya. Dengan batas karakteristik mayor ialah kesukaran untuk tertidur atau tetap tidur dan batasan karakteristik minor yaitu keletihan waktu bangun atau sepanjang hari, tidur sejenak sepanjang hari, agitasi, perubahan suasana hari (Carpenito Lynda Juall, 1997).

Diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan rumah sakit, bising muncul karena pada saat pengkajian ditemukan masalah keperawatan klien tidak bisa tidur sejak masuk rumah

sakit, (3-5 jam/hari) sebagai batasan karakteristik mayor dan batasan karakteristik minornya adalah klien pucat. Klien sering menguap, ada lingkaran hitam pada mata, mata merah. Perubahan lingkungan perawat di rumah sakit, bising oleh penulis dijadikan etiologi karena menurut Ny. S dia tidak bisa tidur karena suasana rumah sakit yang gaduh.

Melihat dari data yang diperoleh pada Ny. S maka sebenarnya data-data tersebut diatas bisa diangkat menjadi diagnosa gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan perawatan di rumah sakit, bising yang memerlukan penanganan yang baik dan efektif agar tidak menimbulkan efek yang buruk dan berkelanjutan pada klien.

Dampak apabila gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan perawatan di rumah sakit, bising tidak diatasi, maka Ny. S akan terganggu tidur dan istirahatnya sehingga akan menyebabkan kelemahan dan mengakibatkan daya tahan menurun dan memperburuk keadaan klien.

Untuk mengatasi diagnosa keperawatan gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan perawatan di rumah sakit : bising, penulis menyusun rencana tindakan, antara lain : kurangi kebisingan dengan cara membatasi pengunjung, jelaskan kepada klien dan keluarga penyebab gangguan tidur dan kemungkinan cara untuk menghindarinya.

4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

Kurang pengetahuan adalah suatu keadaan dimana seseorang individu atau kelompok mengalami defisiensi pengetahuan kognitif atau ketrampilan-

ketrampilan psikomotorik berkenaan dengan kondisi atau rencana pengobatan dengan batasan karakteristik mayor mengungkapkan kurang pengetahuan atau ketrampilan-ketrampilan. Mengekspresikan suatu ketidakakuaratan persepsi status kesehatan, melakukan dengan tidak dapat perilaku kesehatan yang dianjurkan atau diinginkan dan batasan karakteristik minor kurang integritas tentang rencana pengobatan kedalam aktifitas sehari-hari, memperlihatkan atau mengekspresikan perubahan psikologis mengakibatkan kesalahan informasi atau kurang informasi (Carpemito Lynda Juall, 1997).

Melihat data dari Ny. S yaitu klien menanyakan, “Mbak bagaimana merawat luka saya, kalau dirumah” seharusnya data ini bisa diangkat menjadi diagnosa keperawatan kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit.

Dampak apabila diagnosa keperawatan penyakit sudah diatasi adalah klien dapat merawat lukanya akan mengalami kesulitan dalam perawatan luka yang aseptik sehingga akan memberikan efek yang buruk terhadap lukanya.

Untuk mengatasi diagnosa keperawatan tersebut penulis menyusun beberapa rencana tindakan, antara lain : Kaji pengetahuan klien tentang penyakitnya, jelaskan gejala dan cara penularannya, beri kesempatan pada klien dan keluarga untuk bertanya hal-hal yang belum diketahui.

BAB V

PENUTUP

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada Ny. S dengan apendisitis di Ruang Mawar RSUD Salatiga tanggal 16 Desember 2008 sebagai langkah terakhir dalam penyusunan karya tulis ini dapat diambil kesimpulan yang sekiranya dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberi asuhan keperawatan pada pasien khususnya pada pasien apendiktomi:

A. Kesimpulan

1. Apendiktomi adalah pengangkatan pada apendik. melalui jalan operasi dikarenakan oleh infeksi yang relatif sering dijumpai.
2. Asuhan keperawatan apendiktomi ditujukan untuk mengurangi nyeri, memenuhi kebutuhan cairan mencegah infeksi, mengatasi ansietas.
3. Asuhan keperawatan pada Ny. S difokuskan untuk mengurangi nyeri dan, mencegah infeksi.

B. Saran

1. Bagi mahasiswa hendaknya lebih memahami tentang hubungan terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan terutama pada pasien dengan apendisitis dan klien dengan masalah kesehatan lain pada umumnya. Mahasiswa hendaknya melakukan pengkajian secara tepat agar dapat

menentukan diagnose yang tepat sehingga tidak muncul komplikasi yang lebih berat.

2. Hubungan antara perawat dengan tim kesehatan lain serta kerjasama perawat dengan keluarga sangat diperlukan untuk membantu perkembangan kondisi pasien kearah yang lebih baik.
3. Terutama bagi pasien apendisitis, pelayanan Rumah Sakit dapat lebih mengoptimalkan sarana dan prasarana yang ada tanpa meninggalkan prinsip secara teori.
4. Bagi para pembaca (khususnya mahasiswa keperawatan dan perawat) setelah membaca Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah wawasan tentang apa itu apendisitis, tanda dan gejalanya, komplikasi, diagnosa dan penanganan yang tepat.
5. Bagi pasien, agar masyarakat, khususnya penderita apendisitis dapat menjaga, memelihara lingkungan dengan baik, serta mengetahui pencegahan, tanda dan gejala dari penyakit apendisitis.

