

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R DENGAN POST
APPENDIKTOMI HARI KE-1 DIRUANG ANAK
RSI SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

EMBARWATI
NIM. 893312853

**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 : Jumat

Tanggal : 21 Mei 2010



Semarang, 21 Mei 2010

Pembimbing

(Ns Indra Tri Astuti, S. Kep)

NIK : 210900009

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari kamis tanggal 31 Mei dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 31 Mei 2010

Tim Penguji,


Penguji I



(Ns. Indra Tri Astuti, S. Kep)

NIK: 21090009

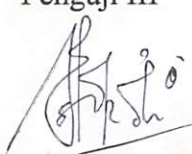
Penguji II



(Ns. Erna Melastuti, S. Kep)

NIK: 21090010

Penguji III



(Siti Muniroh, S. Kep)

NIK: 9809610

HALAMAN MOTO

Janganlah kamu bersikap lemah, dan janganlah pula kamu bersedih hati, padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi derajatnya, jika kamu orang-orang yang beriman.

Sejauh mana kita mampu menghargai hidup ini, senilai itu pula kualitas hidup yang akan kita peroleh. Allah SWT memberikan kepada kita sesuai prasangka-prasangka yang kita tujukan kepada Nya.

Kalau kita hidup untuk dunia mendatang kita peroleh yang sekarang ini sebagai satu paket, akan tetapi kalau kita hanya hidup untuk dunia yang sekarang kita akan kehilangan keduanya.

Kegagalan tidak hanya berhenti dikegagalan melainkan hanya menumpang lewat saja dalam diri manusia. Banyak orang yang gagal adalah orang yang tidak menyadari betapa dekatnya mereka dengan kesuksesan saat mereka menyerah.

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum 'alaikum Wr WB

Alhamdulillah dengan mengucapkan puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunianya yang telah memberikan kemudahan pada penulis, sehingga sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada An. R Dengan Post Apendiktomi Hari ke-1 di ruang Anak RSI Islam Sultan Agung Semarang”**

Adapun maksud dari penyusunan karya tulis ilmiah ini untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan program studi DIII Keperawatan. Karena keterbatasan waktu, pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki maka penulis menyadari ketidaksempurnaan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini. Namun, berkat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Untuk itu pada kesempatan ini Penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan hidayahnya sehingga penulis mampu membuat karya tulis ilmiah ini.
2. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, Msc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM, selaku dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku ketua Program Studi di D III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

yang tidak pernah lelah memberikan nasehatnya kepada penulis.

5. Rumah Sakit Islam Sultan Agung, yang telah memberikan kesempatan kepada penulis praktek disana, dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah penulis peroleh di Kampus, sehingga penulis mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ns. Indra Tri Astuti, S. Kep selaku pembimbing, yang tidak pernah lelah memberikan bimbingan kepada penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah Ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya
7. Orang tua yang selalu mendukung dan selalu memberikan yang terbaik bagi penulis, selalu mendoakan penulis agar dapat meraih yang terbaik di dalam kehidupan.
8. Kakak-kakak penulis yang selalu berusaha memberikan yang terbaik bagi penulis selama ini.
9. Someone yang selama ini selalu menemani penulis, memberi semangat, dan support agar tidak menyerah dan putus asa dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Sahabat-sahabat penulis yang selama ini sama-sama berjuang membuat Karya Tulis Ilmiah ini, lelah bersama, sedih bersama, senang bersama, kebersamaan ini yang membuat saya tidak menyerah dan putus asa.

Wassalamualiakum, Wr WB

Semarang, 21 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
BAB II KONSEP DASAR	4
A. Konsep Dasar Anak	4
1. Pengertian Anak.....	4
2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	4
3. Tahap pertumbuhan dan perkembangan Anak.....	7
B. Konsep Dasar Penyakit.....	9
1. Pengertian	9
2. Anatomi dan fisiologi.....	10
3. Etiologi.....	11
4. Patofisiologi.....	12
5. Pathways.....	13
6. Manifestasi Klinis.....	14
7. Pemeriksaan Diagnostik.....	14
8. Komplikasi.....	15
9. Penatalaksanaan.....	15
C. Konsep Dasar Keperawatan.....	16
1. Pengkajian Keperawatan.....	16
2. Fokus Intervensi.....	18
BAB III RESUME KEPERAWATAN.....	31
A. Pengkajian Keperawatan.....	31
B. Analisa Data	38

C. Intervensi.....	40
D. Implementasi.....	42
E. Evaluasi.....	43
BAB IV PEMBAHASAN.....	45
BAB V PENUTUP.....	56
A Kesimpulan.....	56
B. Saran.....	58
DAFTAR GAMBAR.....	viii
2.1 Gambar organ pencernaan.....	10
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A Latar Belakang masalah

Insidens *apendisitis* akut di Negara maju lebih tinggi daripada di Negara berkembang. Namun dalam tiga-empat dasawarsa terakhir kejadiannya menurun secara bermakna. Hal ini diduga disebabkan oleh meningkatnya penggunaan makanan berserat dalam menu sehari-hari.

Apendisitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun jarang dilaporkan. Insidens tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun, setelah itu menurun. Insidens pada laki-laki dan perempuan umumnya sebanding kecuali pada umur 20-30 tahun, insidens laki-laki lebih tinggi (Syamsuhidayat, 2005).

Apendisitis adalah 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).

Penelitian epidemiologi menunjukkan peran 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. Semuanya ini akan mempermudah timbulnya *apendisitis* akut.

Sehubungan dengan latar belakang tersebut maka Penulis tertarik untuk mengambil topic dalam studi karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. R Dengan Post Apendiktomi Hari ke-1 Diruang Anak RSI Islam Sultan Agung Semarang”

B Tujuan Penulisan

Didalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis mempunyai tujuan (khususnya bagi para mahasiswa keperawatan dan perawat) 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. Mampu melaksanakan pengkajian pada pasien An. R dengan post *apendiktomi*.
- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien An. R dengan post *apendiktomi*.
- c. Mampu merencanakan tindakan keperawatan pada pasien An. R post *apendiktomi*.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien An. R dengan post *apendiktomi*.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi asuhan keperawatan pada pasien An. R post *apendiktomi*.

C Manfaat Penulisan

Asuhan Keperawatan ini diharapkan bermanfaat bagi:

1. Penulis, dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan *apendisitis*.
2. Institusi, dapat dijadikan evaluasi untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan
3. Lahan Praktek, dapat dijadikan masukan dalam peningkatan pengetahuan dan mutu pemberian pelayanan asuhan keperawatan
4. Masyarakat, dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang *apendisitis*.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Anak

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, social dan spiritual (Hidayat, 2005).

Menurut pasal 1 undang-undang no. 23, tahun 2002 pengertian anak adalah: seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun, termasuk anak yang berada dalam kandungan (Ardi, 2005).

Jadi anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang, termasuk anak yang berada dalam kandungan dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual.

2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besarnya sel diseluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, sedangkan perkembangan merupakan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dicapai melalui tumbuh kematangan dan belajar (Hidayat, 2005).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu:

a. Faktor herediter

Herediter merupakan factor yang tidak dapat untuk dirubah atau dimodifikasikan, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dari proses tumbuh kembang. Melalui instruksi *genetic* yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan kuantitas dan kualitas pertumbuhan. Termasuk dalam factor *genetic* adalah jenis kelamin dan suku bangsa/ ras. Misalya, 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 hormone dan emosi. Ada tiga hormone yang mempengaruhi pertumbuhan anak, hormone *somatotropin* merupakan hormone yang mempengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak dalam masa pertumbuhan, berkurangnya hormone ini akan menyebabkan *Gigantisme*. Hormon *Tiroid* akan mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormone ini akan menyebabkan *kretinisme* dan hormone *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 hormone *Gonadotropin* ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks.

- 2) 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.

3) 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 social 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.

4) 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 (Riyadi, 2009).

3. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Fisik Anak

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

a. Tumbuh Kembang Usia Sekolah

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.

b. Tumbuh Kembang Remaja (Adolescent)

Pertumbuhan fisik : Merupakan tahap pertumbuhan yang sangat pesat, tinggi badan 25 %, berat badan 50%, semua system tubuh berubah dan yang paling banyak perubahan adalah system endokrin, bagian-bagian tubuh tertentu memanjang, misalnya tangan, kaki, proporsi tubuh memanjang.

Sosial emosional : Kemampuan akan sosialisasi meningkat, relasi dengan teman wanita/ pria akan tetapi lebih penting dengan teman sejenis, penampilan fisik

remaja sangat penting karena supaya diterima oleh temannya. Dan disamping itu pula persepsi terhadap badannya akan mempengaruhi konsep dirinya, peranan orang tua atau keluarganya sudah tidak begitu penting tetapi sudah mulai beralih pada teman sebayanya (Riyadi, 2009).

B. 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 adalah inflamasi *apendiks*, suatu bagian seperti kantong yang nonfungsional dan terletak di bagian inferior sekum (Ester, 2002).

Apendisitis adalah peradangan akut pada *apendiks* sehubungan dengan obstruksi lumen dan infeksi bakteri (Gleade Jhonathan, 2005).

Apendiktomi adalah pembedahan untuk mengangkat *apendiks* yang dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi *apendiks* (Bruner & Suddarth, 2002).

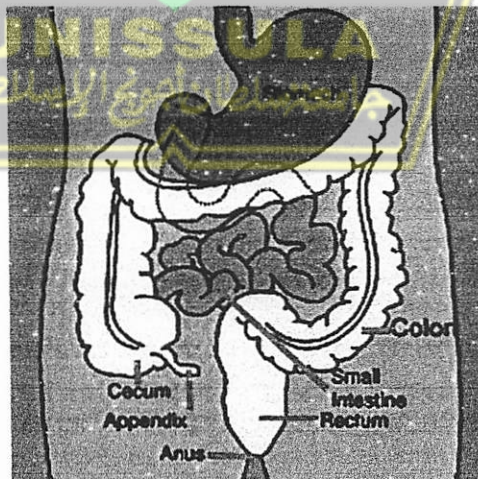
Jadi kesimpulan dari *apendisitis* adalah peradangan pada *apendiks vermiformis*, yang biasanya memerlukan tindakan pembedahan dengan *apendiktomi*.

2. Anatomi dan Fisiologi

a. Anatomi

Apendika 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 ke arah ujungnya. Keadaan ini mungkin menjadi sebab rendahnya insidens *apendisitis* pada usia itu. Pada 65 % kasus, *apendiks* terletak intraperitonial. Keadaan itu memungkinkan *apendiks* bergerak dan ruang gerakanya bergantung pada panjang mesoapendiks penggantungnya. Pada kasus selebihnya, *apendiks* terletak retroperitoneal, yaitu di belakang sekum, dibelakang kolon assendens (Syamsuhidayat, 2005).

Gambar 2.1



b. Fisiologi

Apendiks menghasilkan lendir 1-2ml/ hari. Lendir itu normalnya di curahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir di sekum.

Hambatan aliran lendir di muara *apendiks* tampaknya berperan pada patogenesis *apendisitis*. *Imunoglobulin sekretoar* yang dihasilkan oleh *GALT* (*gut associated lymphoid tissue*) yang terdapat disepanjang saluran cerna termasuk *apendiks*, ialah IgA. *Imunoglobulin* itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan *apendiks* tidak mempengaruhi system imun tubuh karena jumlah jaringan limfa di sini kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan di seluruh tubuh (Syamsuhidayat, 2005).

3. Etiologi

a. Apendisitis

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.

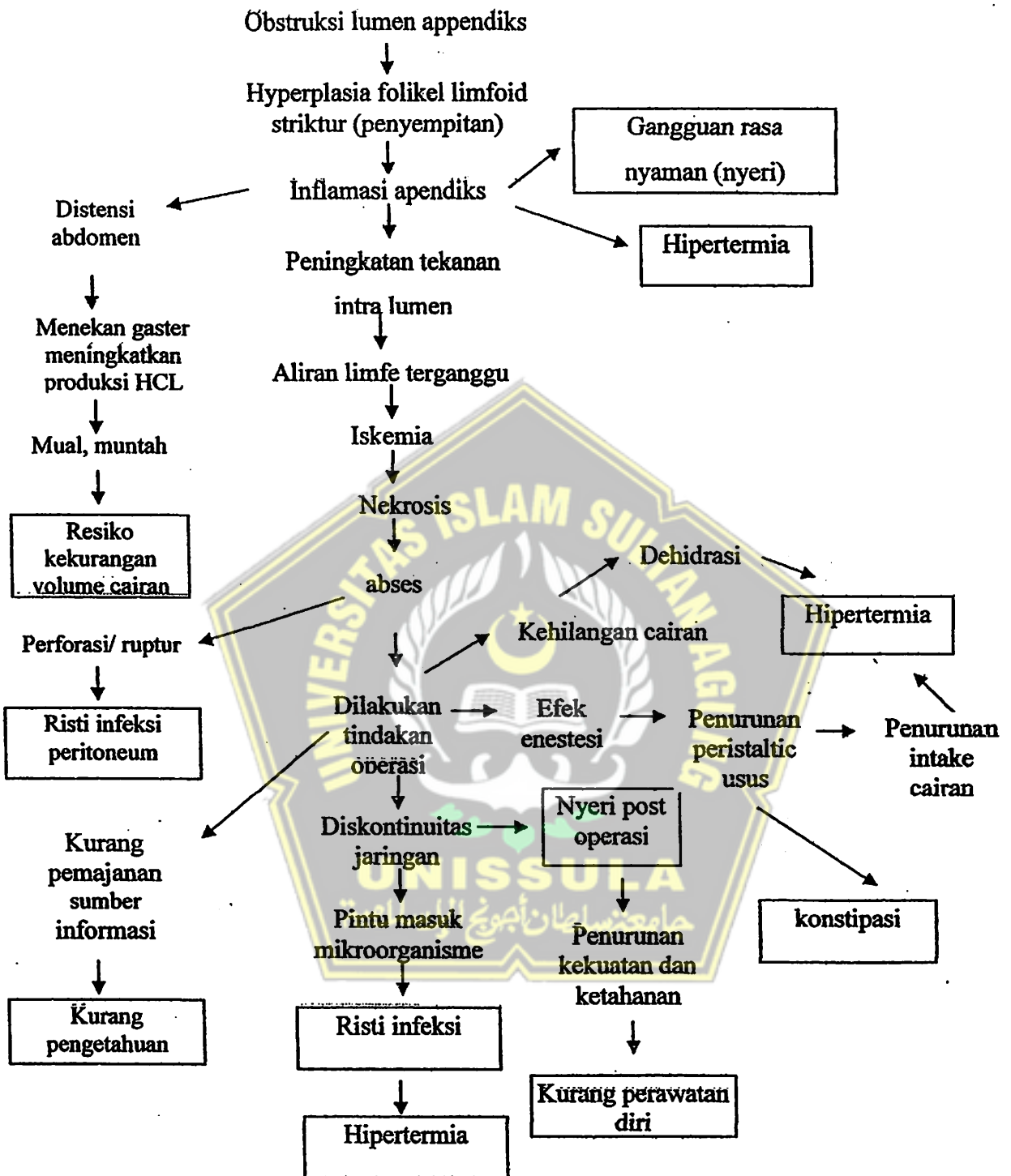
Pada anak kecil, wanita hamil dan penderita usia lanjut, jika secara konservatif keadaan tidak membaik atau berkembang menjadi abses, dianjurkan operasi secepatnya. Kalau sudah terjadi abses, dianjurkan drainase saja dan *apendiktomi* dikerjakan setelah 6-8 minggu

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

Ketika terjadi obstruksi akut, aliran keluar sekresi mucus (lendir) akan tersekat dan didalam lumen *apendiks* terjadi peningkatan tekanan yang mengakibatkan kompresi pembuluh darah. *Iskhemia* yang terjadi akan diikuti dengan ulserasi dinding epitel dan invasi bakteri. *Nekrosis* yang timbul kemudian menyebabkan *perforasi* atau *rupture* dengan kontaminasi feses atau bakteri pada *kavum peritoneum*. *Inflamasi* yang ditimbulkan akan menyebar dengan cepat keseluruh rongga abdomen (*peritonitis*) khususnya pada anak-anak kecil yang tubuhnya belum mampu melokalisasi infeksi. *Inflamasi peritoneum* yang progresif mengakibatkan obstruksi fungsional usus halus karena refleks GI yang intensif akan menghambat motilitas usus dengan kuat. Karena peritoneum mempresentasikan besar permukaan tubuh, kehilangan cairan ekstrasel ke dalam kavum peritonei akan menimbulkan gangguan keseimbangan elektolit dan syok hipovolemik (Wong, 2009)

Pathways



(Wong, 2009)

(Bruner & Sudarth, 2002)

5. Manifestasi Klinis

Menurut Inayah tahun 2004 manifestasi klinis dari *apendisitis* adalah:

- a. Lekosit 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

Sedangkan menurut Syamsuhidayat tahun 2005 manifestasi klinis dari *apendisitis* pada anak adalah:

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.

6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Diagnosa berdasarkan klinis, namun sel darah putih (hampir selalu leukositosis) dan CRP (biasanya meningkat) sangat membantu.
- b. Ultrasonografi untuk massa *apendiks* dan jika masih ada keraguan untuk menyingkirkan kelainan pelvis lainnya (misalnya kista ovarium)
- c. Laparoskopi 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. *Perforasi* secara umum terjadi 24 jam setelah awitan nyeri. Gejala mencakup demam dengan suhu $37,7^{\circ}\text{C}$ atau lebih tinggi, nyeri atau nyeri tekan abdomen yang kontinyu (Bruner & Suddarth, 2002).

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

Pembedahan diindikasikan apabila diagnosa *apendisitis* telah ditegakkan. Antibiotik dan cairan IV diberikan sampai pembedahan dilakukan. Analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan.

Apendiktomi (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko *perforasi*. *Apendiktomi* dapat dilakukan dibawah anestesi umum atau spinal dengan insisi abdomen bawah atau dengan laparoskopi, yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif (Bruner & Suddarth, 2002).

C. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengkajian pasien (Pra Operasi)

1) Aktivitas / istirahat

Gejala : Malaise

2) Sirkulasi

Tanda : Takikardia

3) Eliminasi

Gejala : Konstipasi pada awitan awal

Diare (kadang-kadang)

4) Makanan/ cairan

Gejala : Anoreksia

5) Nyeri atau Kenyamanan

Gejala : Nyeri abdomen sekitar epigastrium dan umbilicus, yang meningkat berat dan terlokalisasi pada titik mc Burney (setengah jarak anatara umbilicus dan tulang ileum kanan), meningkat karena berjalan, bersin, batuk, atau nafas dalam (nyeri berhenti tiba-tiba diduga perforasi atau infark pada *appendiks*)

Keluhan berbagai rasa nyeri/ gejala tak jelas (sehubungan dengan lokasi *appendiks*, contoh retrosekalatau sebelah ureter)

Tanda : Perilaku berhati-hati, berbaring kesamping atau telentang dengan lutut ditekuk; meningkatnya nyeri pada kuadran kanan bawah karena posisi ekstensi kaki kanan / posisi duduk tegak.

6) Keamanan

Tanda : Demam (Biasanya rendah)

7) Pernafasan

Tanda : *Takipnea*, Pernafasan dangkal.

8) Penyuluhan atau pembelajaran

Gejala: Riwayat kondisi lain yang berhubungan dengan nyeri abdomen
contoh *pielitis akut, batu uretra, salpingitis akut, ileitis regional*.

Dapat terjadi pada berbagai usia.

Pertimbangan DRG menunjukkan rata lama: 4,2 hari.

Rencana Pemulangan: Membutuhkan bantuan sedikit dalam transportasi, tugas pemeliharaan (Doengoes, 2000).

b. Pengkajian Klien (Post operasi)

1) Aktifitas atau istirahat

Gejala : Malaise

2) Eliminasi

Gejala : Ketidakmampuan defekasi flatus, diare

Tanda : Distensi abdomen, penurunan haluaran urine,
warna gelap.

3) Sirkulasi

Tanda : Takikardia, berkeringat, pucat, hipertensi, tanda
syok

4) Makanan/ Cairan

Gejala : Anoreksia, mual dan muntah, haus.

5) Nyeri atau Kenyamanan

Gejala : Nyeri abdomen, tiba-tiba berat, umum atau local, menyebar ke bahu, terus menerus.

Tanda : Distensi, kaku nyeri tekan, otot tegang (abdomen, lutut fleksi, perilaku distraksi, gelisah focus pada diri sendiri)

6) Pernafasan

Tanda : Takipnea, Pernafasan dangkal (Doengoes, 2000).

2. Fokus intervensi.

Menurut Doengoes 2000, perawatan atau intervensi untuk pra dan post operasi pada anak dengan *apendisitis* adalah:

a. Pra operasi

- 1) Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah pra operasi.

Tujuan: Anak mendapatkan cairan hidrasi yang adekuat.

Kriteria Hasil: mempertahankan keseimbangan cairan dibuktikan oleh kelembapan membrane mukosa, turgor kulit baik, tanda vital stabil, dan secara individual haluaran urine adekuat.

Intervensi :

a) Pantau TTV

Rasional: tanda yang membantu mengidentifikasi fluktuasi volume intravaskuler.

- b) Lihat membrane mukosa; kaji turgor kulit dan pengisian kapiler
Rasional: indikator keadekuatan sirkulasi perifer dan hidrasi seluler.
- c) Awasi masukan dan haluaran; catat warna urine/ konsentrasi, berat jenis.
Rasional: penurunan haluaran urine pekat dengan peningkatan berat jenis diduga dehidrasi/ kebutuhan peningkatan cairan.
- d) Auskultasi bising usus. Catat kelancaran flatus, gerakan usus.
Rasional: indikator kembalinya peristaltic, kesiapan untuk pemasukan per oral
- e) Berikan sejumlah kecil minuman jernih bila pemasukan per oral dimulai, dan lanjutkan diet sesuai toleransi.
Rasional: menurunkan iritasi gaster/ muntah menimbulkan kehilangan cairan.
- f) Berikan cairan intravena dan elektrolit.
Rasional: peritonium bereaksi terhadap iritasi/ infeksi dengan menghasilkan sejumlah besar cairan yang dapat menurunkan volume sirkulasi darah, mengakibatkan hipovolemia, dehidrasi dan dapat terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.

b. Post operasi

- 1) 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:

- a) Awasi tanda-tanda vital. Perhatikan demam, menggigil, berkeringat, perubahan mental, meningkatnya nyeri abdomen.
Rasional: dugaan adanya infeksi atau terjadinya sepsi, abses, peritonitis.
- b) Lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka aseptik
Rasional: menurunkan resiko penyebaran bakteri.
- c) 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.
- d) Berikan informasi yang jujur pada pasien atau orang terdekat klien.
Rasional: pengetahuan tentang kemajuan situasi memberikan dukungan emosi, membantu menurunkan ansietas.
- e) Berikan antibiotic 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.

f) Bantu irigasi dan drainase bila diindikasikan

Rasional: dapat diperlukan untuk mengalirkan isi abses terlokalisir.

2) 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:

a) 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.

b) Pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler.

Rasional: menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang.

c) Dorong ambulansi dini

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

d) Berikan analgetik sesuai indikasi

Rasional: menghilangkan nyeri mempermudah kerjasama dengan intervensi terapi lain.

3) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajannya informasi

Tujuan: Pengetahuan pasien bertambah.

Kriteria Hasil: Menyatakan Pemahaman proses penyakit, pengobatan dan potensial komplikasi.

Berpartisipasidalam program pengobatan.

Intervensi:

a) Kaji ulang pembatasan aktivitas pasca operasi, contoh mengangkat berat, olahraga.

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

b) Dorong aktivitas sesuai dengan toleransi dengan periode istirahat periodic.

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

c) 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.

d) 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 (Doengoes,2000).

4) Kurang Perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan dan ketahanan

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:

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

Rasional: membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual

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

Rasional: untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.

c) 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.

d) Gunakan alat bantu pribadi.

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

5) 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:

a) Catat adanya distensi abdomen dan auskultasi peristraltik 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.

b) Anjurkan untuk melakukan pergerakan atau ambulasi sesuai kemampuan.

Rasional: menstimulasi peristaltic yang memfasilitasi kemungkinan terbentuknya flatus.

- c) Mulai untuk meningkatkan diet sesuai toleransi pasien.

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

- d) Berikan obat laksatif, pelembek feses sesuai dengan kebutuhan.

Rasional: melembekkan feses, meningkatkan fungsi defekasi sesuai kebiasaan, menurunkan tegangan.

- 6) Hipertermia berhubungan dengan risiko tinggi infeksi.

Tujuan: Individu akan mempertahankan suhu normal

Kriteria hasil: mengidentifikasi faktor-faktor risiko hipertermi.

Mengurangi faktor resiko hipertermia.

Intervensi:

- a) Pantau asupan dan haluaran serta berikan minuman yang disukai.

Rasional: untuk mempertahankan antara asupan dan haluaran.

- b) Ajarkan pentingnya mempertahankan keadekuatan asupan cairan.

(minuman yang dingin sedikitnya 2000 ml) setiap hari, kecuali terdapat kontraindikasi.

Rasional: untuk mencegah dehidrasi.

- c) Lepaskan pakaian atau selimut yang berlebihan. Dorong untuk memakai pakaian longgar yang terbuat dari katun.

Rasional: untuk meningkatkan pengeluaran panas.

- d) Berikan kompres air dingin jika sesuai.

Rasional: untuk menurunkan panas.

e) Berikan obat penurun panas (antipiretik).

Rasional: Untuk menurunkan panas (Carpenito, 2009)

Sedangkan menurut Wong tahun 2004, untuk intervensi pra dan post operasi pada anak dengan *apendisitis* adalah:

Perawatan Pra Operasi

1) Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan *apendiks* yang terinflamasi

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

Kriteria Hasil: Anak beristirahat dengan tenang, tidak melaporkan dan atau menunjukkan bukti-bukti ketidaknyamanan.

Intervensi Keperawatan :

a) 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

b) Berikan posisi yang memberikan rasa nyaman (biasanya dengan kaki fleksi)

Rasional: mengurangi ketegangan pada pasien

c) Tingkatkan rasa aman dengan penjelasan yang jujur dan kesempatan untuk menentukan pilihan.

Rasional: mengurangi kecemasan yang dialami oleh klien.

d) Berikan analgesia

Rasional: mengurangi nyeri.

- 2) Risiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan penurunan asupan dan kehilangan kehilangan sekunder karena kehilangan nafsu makan dan muntah

Tujuan: Anak mendapatkan cairan untuk hidrasi yang adekuat.

Kriteria Hasil: Anak mendapatkan cukup cairan untuk menggantikan kehilangan. Anak memperlihatkan tanda hidrasi yang adekuat.

Intervensi keperawatan :

a) Pertahankan puasa

Rasional: meminimalkan kehilangan cairan melalui muntah dan meminimalkan distensi abdomen.

b) Pertahankan integritas area infusan

Rasional: untuk pemberian cairan intravena dan elektrolit.

c) Pantau masukan dan haluaran

Rasional: untuk mengkaji hidrasi.

d) Berikan cairan intravena dan elektrolit sesuai ketentuan

Rasional: untuk mengurangi hidrasi.

- 3) Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan kemungkinan ruptur.

Tujuan: Pasien mengalami penurunan risiko penyebaran infeksi.

Kriteria hasil: Anak memperlihatkan kesembuhan peritonitis yang ditunjukkan oleh berkurangnya gejala demam, luka yang bersih, jumlah sel darah putih yang normal.

Intervensi keperawatan :

- a) Pantau dengan ketat tanda-tanda vital, khususnya adanya peningkatan frekuensi jantung dan suhu serta pernafasan yang cepat dan dangkal.

Rasional: untuk mendeteksi rupturnya *apendiks*.

- b) Observasi adanya tanda-tanda lain dari *peritonitis*.

Rasional: untuk menentukan tindakan yang tepat.

- c) Hindari pemberian laksatif atau enema

Rasional: merangsang motilitas usus dan meningkatkan resiko perforasi

- d) Pantau jumlah SDP

Rasional: sebagai indikator infeksi.

Perawatan Pasca Operasi

- 1) 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 keperawatan:

a) Lakukan perawatan luka dan pergantian kasa pembalut sesuai ketentuan.

Rasional: untuk mencegah infeksi.

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

Rasional: untuk menilai keberadaan infeksi.

c) Berikan antibiotic sesuai ketentuan.

Rasional: untuk mencegah terjadinya infeksi.

2) Risiko cedera berhubungan dengan tidak adanya motilitas usus.

Tujuan: pasien tidak mengalami distensi abdomen, muntah.

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

a) Pertahankan puasa dalam periode pada awal pascabedah

Rasional: untuk mencegah distensi abdomen dan vomitus

b) Pertahankan keadaan dekompresi dengan pemasangan slang nasogastrik.

Rasional: menunggu sampai motilitas usus pulih kembali.

c) Kaji abdomen untuk menemukan gejala distensi.

Rasional: untuk menilai adanya peristaltic.

d) Pantau flatus dan defekasi.

Rasional: sebagai indicator motilitas usus.

3) 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 Keperawatan :

a) Dorong pengungkapan perasaan dan kekhawatiran.

Rasional: untuk meningkatkan mekanisme koping.

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

Rasional: untuk memperjelas kesalahpahaman.



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Identitas

Pengkajian dilakukan pada hari rabu, tanggal 06 Agustus 2008 jam 16.50. Nama pasien An. R, tanggal lahir pasien 09 Agustus 1995. Pasien masuk Rumah Sakit tanggal 05 Agustus 2008. Nomor CM : 1026260. Usia 12 tahun. Pendidikan SMP. Alamat Jl. Ngablak Indah kec, Genuk. Agama Islam. Nama ayah/ ibu Tn. S. Pekerjaan ayah swasta. Pekerjaan ibu pedagang. Agama ayah/ ibu Islam. Alamat Jln. Ngablak Indah I, Genuk.

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan perutnya yang bagian bawah yang baru di operasi terasa nyeri.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

An.R merasakan nyeri kira-kira saat kelas 5-6 SD. An. R sering merasa nyeri pada perut bawahnya dan sering susah buang air besar, keluhan ini muncul secara bertahap, kadang merasa nyeri kadang tidak. Nyeri yang dirasakan An. R sifatnya kambuhan dan intensitasnya sering. Sebelumnya An. R sudah dibawa ke dokter dan telah diberi obat. Biasanya setelah minum obat An. R tidak merasakan nyeri, tetapi selang beberapa waktu penyakitnya muncul lagi, lama kelamaan penyakitnya makin memburuk. Akhirnya dibawa ke rumah Sakit Islam Sultan Agung dan

berdasarkan pemeriksaan An. R menderita *apendisitis* dan harus di rawat di Rumah Sakit.

4. Riwayat Masa Lampau

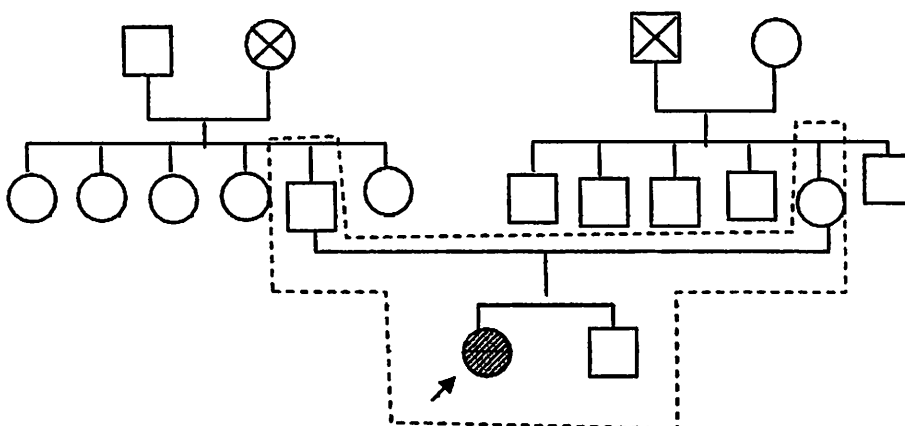
Ibu An.R saat mengandung An. R sering mengeluh sakit sampai usianya \pm 7 bulan, nutrisi ibu kurang karena sering merasa mual dan muntah, persalinan dilakukan oleh bidan. Kondisi An. R setelah kelahiran baik, BBL (2,5 kg) dan tidak ada kelainan bawaan. An. R pada waktu kecil pernah mengalami sakit thypoid dan flek paru-paru, An. R juga sempat dirawat di RS karena penyakit thypoidnya dan pernah menjalani terapi flek paru-paru selama satu tahun. An. R tidak pernah mengalami alergi, dan tidak pernah mengalami kecelakaan. Sejak bayi An. R telah diimunisasi lengkap antara lain BCG, DPT, POLIO, dll

5. Riwayat Keluarga

Dalam keluarga An. R, ayahnya juga pernah menjalani operasi *apendiktomi* di RS Kota Madya Semarang.

Genogram :

Susunan keluarga (genogram)



Keterangan :



: Laki-laki



: Perempuan



: Hubungan suami istri



: Hubungan saudara



: Meninggal



: Klien



: Tinggal dalam satu rumah

6. Riwayat social

Sejak kecil An. R dirawat sendiri oleh ibunya, pembawaan An. R sehari-harinya pendiam, lingkungan rumahnya bersih, terdapat banyak ventilasi, lantai rumah masih plesteran.

7. Keadaan kesehatan saat ini

a. Diagnosa medis

Post operasi apendiktomi

b. Tindakan operasi

Operasi apendiktomi

c. Obat-obatan

Obat parenteral

Tanggal 06/08/2008

Anbacin 3x500 mg

Tramadol 3 x 50 mg

Ranitidine 2 x 50 mg

Alinamin 2 x 25 mg

Tanggal 07/08/2008

Anbacin 3x 500 mg

Tramadol 3 x 50 mg

Ranitidine 2 x 50 mg

Alinamin 2 x 25 mg

Per oral

Tanggal 06/08/2008 Isprinol 3x1 cth

Tanggal 07/08/2008 Isprinol 3x1 cth

- Infus

RL 20 Tts/ mnt

d. Tindakan Keperawatan

- 1) Memberikan kesempatan pada klien untuk beristirahat cukup
- 2) Mengajarkan metode distraksi selama nyeri akut
- 3) Mengajarkan tindakan penurunan nyeri non invasif
- 4) Memberikan pereda rasa nyeri dengan analgetik.

e. Hasil Laboratorium

Tanggal 05/ 08/ 2008

Tes item	Result	Unit
WBC	9,5	10^3 / UL
RBC	4, 24	10^6 / UL
HGB	L : 16,7	g/dl

HCT	L : 32,9	%
PLT	240	$10^3/UL$

8. Pengkajian pola fungsional Menurut Gordon

a) Persepsi Kesehatan dan manajemen kesehatan

Kesehatan An. R sejak lahir baik dan normal, sejak bayi An. R mengalami pemeriksaan rutin dan mendapat imunisasi dengan lengkap. Menginjak SD kelas 5-6 An. R mengalami penyakit thypoid dan flek paru- paru dan sempat dirawat di RS karena penyakit thypoid dan menjalani terapi flek paru- paru lebih dari 1 tahun.

b) Pola Metabolik Dan Nutrisi

Setiap hari An. R kurang lebih makan 3x, bahkan kadang-kadang bisa lebih . An. R minum susu setiap hari. An.R juga diberi vitamin untuk menjaga kondisi tubuhnya yang lemah. Alat makan yang digunakan An. R seperti alat makan sehari-hari. Berat badan An. R sejak lahir 2,5 kg, dan saat ini berat badannya 33 kg. An. R tidak mengalami masalah pada kulitnya. Nutrisi orang tua baik.

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit An. R defekasi sehari \pm 1x, dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau khas feses. Untuk menjaga kebersihan badannya An. R sering mengganti pakaian dalam, dan pola eliminasi urine sering. Pada saat pengkajian post operasi *appendiktomi* An. R sama sekali belum BAB. Pola eliminasi orang tua tidak ada masalah.

d) Pola aktifitas dan latihan

Anak rutin mandi, tiap pagi dan sore hari di kamar mandi, tetapi setelah sakit anak mandi di tempat tidur dengan bantuan perawat. Pakaian An.R selalu bersih, setiap harinya An, R selalu menghabiskan waktunya dirumah. An. R jarang bermain dengan temannya. An. R terlihat lebih pendiam. Setelah sakit An. R merasa dirinya lemah An. R kesulitan dalam duduk, apabila duduk kepalanya pusing. Sebelum sakit An. R mampu mandi, toileting dan berpakaian sendiri. Setelah sakit An. R dalam berpakaian, mandi dan toileting dibantu oleh orang lain.

e) Pola istirahat dan tidur.

Setiap hari An. R tidur \pm 8 jam, sejak mulai SD An. R terbiasa tidur siang, An. R jarang mimpi buruk/ kesulitan dalam tidur. Gerakan An. R saat tidur tidak terlalu banyak. Pada waktu sakit An. R susah tidur karena merasakan nyeri pada perutnya, dan suasana berisik di Rumah Sakit.

f) Pola Persepsi dan Kognitif

Respon An. R secara umum baik. An R dapat menanggapi pembicaraan yang dilakukan dengan baik. Suara An. R pelan tidak terlalu keras. Tatapan An.R selama pembicaraan tidak terlalu focus karena mata An. R juling. An R dapat mengidentifikasi kebutuhan dasarnya dengan baik seperti lapar, haus, nyeri dan tidak nyaman.

g) Pola konsep diri – persepsi

An. R dapat memahami identitasnya dengan baik. Klien senang dengan identitasnya sebagai seorang anak perempuan. Klien tidak merasa sendirian dan tidak merasa takut.

h) Pola peran dan hubungan

Hubungan interaksi An. R dengan kedua orang tuanya berjalan baik, An. R tidak merasa takut apabila ditinggal orang tuanya bekerja. An R dapat mandiri.

i) Seksualitas

An. R menyadari dirinya seorang perempuan dan sekarang sudah beranjak dewasa, terlihat tanda-tanda perubahan sekunder pada dirinya.

j) Pola toleransi stress dan mekanisme koping

Nyeri yang dirasakan An. R sering membuat dirinya tidak merasa nyaman, biasanya apabila An. R merasa nyeri An. R selalu mengalihkan perhatiannya dengan bercakap-cakap dengan ibunya atau bercanda dengan adiknya.

9. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum pasien saat dilakukan pengkajian yaitu sadar, lemas, TTV: S: 38,5 °C, T: 110/70 mmHg, N: 95 x/ mnt, RR: 20 X/ mnt, BB: 33 kg, sebelum sakit 35 kg. Lingkar kepala: bundar, bentuk simetris, warna rambut hitam. Mata: mata agak strabismus (juling). Hidung: bentuk simetris, tidak ada pembengkakan polip. Mulut: simetris, gigi yang depan

agak tidak teratur, agak kotor. Telinga: pendengaran baik, tidak ada lesi atau luka, ada serumen. Dada: simetris, tidak ada pembesaran atau benjolan. Kulit: warna sawo matang, turgor cukup, ada luka bekas operasi, panjangnya ± 10 cm. Jantung: Ictus cordis tidak tampak, redup. Abdomen: ada luka/ lesi post operasi panjangnya ± 10 cm, tidak ada pus, ada massa pada perut kiri bagian bawah, peristaltic usus 4x/ mnt. Punggung: normal, tidak ada luka. Genetalia: genetalia normal, tidak ada luka, mengeluarkan keputihan. Ekstremitas: tangan kiri terpasang infuse, tidak dapat bergerak bebas, tangan kanan tidak dipasang infuse.

10. Pemeriksaan Perkembangan

BBL An. R adalah 2,5 kg, sedangkan saat ini berat badannya 33 kg. Tidak ada masalah dalam perkembangannya. Jumlah giginya 32. Perkembangan sekolah An. R lancar, sekarang ini bersekolah di MTS. An. R dapat berinteraksi baik dengan teman-temannya. An. R mampu menjawab pertanyaan yang ditujukan kepadanya dengan baik.

B. Analisa Data

Analisa data diambil pada hari, Rabu, tanggal 06/08/2008 jam 16.00

1. Data subjektif An. R mengatakan badannya panas, Data objektif: TTV: T: 120/ 80 mmHg, N: 80 x/ mnt, S: 38,5 °C, Kulit terasa hangat, wajah kemerahan, bibir agak kering, problemnya yaitu hipertermia (peningkatan suhu tubuh), penyebabnya adanya risiko tinggi infeksi.
2. Data subjektif: An. R mengatakan, susah BAB 3 hari ini. Data objektif: belum BAB 3 hari, ada massa feses pada perut kiri bawah, perutnya teras

penuh, peristaltic usus 4x/ menit. Problemnya yaitu gangguan eliminasi (konstipasi). Penyebabnya adalah adanya penurunan peristaltic usus sekunder akibat imobilisasi.

3. Data subjektif: An. R mengatakan bagian perutnya yang post operasi terasa sakit. Data objektif: anak merasa tidak nyaman, jarang bergerak, meringis menahan sakit. Problemnya yaitu gangguan rasa nyaman (nyeri). Penyebabnya yaitu luka operasi appendiktomi.
4. Data subjektif: An. R mengatakan sering merasa mual. Data objektif: pucat, muntah, bibir biru, lemas. Problemnya yaitu gangguan rasa nyaman (mual). Penyebabnya yaitu nyeri pada kuadran bawah.

Prioritas Masalah :

- a. Hipertermia (Peningkatan Suhu tubuh) berhubungan dengan risiko tinggi proses infeksi
- b. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan luka operasi *appendiktomi*
- c. Gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan adanya penurunan peristaltic usus sekunder akibat imobilisasi.
- d. Gangguan rasa nyaman (mual) berhubungan dengan nyeri pada kuadran bawah.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan pada hari rabu tanggal 06 agustus 2008 jam 17.00 yaitu :

1. Hipertemia berhubungan dengan risiko tinggi adanya proses infeksi, tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam suhu An. R turun, suhunya kembali normal dengan criteria hasil: suhu normal turun menjadi $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C , badan tidak hangat, wajah tidak merah, bibir tidak terlihat kering. Rencana keperawatan yang dilakukan, ajarkan pada klien pentingnya mempertahankan masukan cairan yang adekuat/ banyak minum (sedikitnya 1500 ml/ hari kecuali terdapat kontraindikasi) untuk mencegah dehidrasi (menurunkan risiko dehidrasi, dan menurunkan suhu tubuh). Pantau masukan dan haluaran (mengetahui kebutuhan peningkatan cairan). Memberikan kompres dingin (menurunkan panas). Kolaborasi pemberian obat antipiretik (menurunkan panas tubuh).
2. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan luka operasi *appendiktomi*. Tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam nyeri yang dirasakan klien berkurang dengan criteria hasil : melaporkan nyeri berkurang dan terkontrol, skala nyeri dari 5 menjadi 2, 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 (rasional yaitu berguna untuk mengetahui kondisi). Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan tarik nafas dalam.

(rasional meningkatkan relaksasi). Tingkatkan rasa aman dengan penjelasan yang jujur dan kesempatan menentukan pilihan (rasional Mengurangi kecemasan klien). Kolaborasikan pemberian obat analgetik sesuai dengan indikasi (rasional menurunkan nyeri).

3. Gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan adanya penurunan peristaltic usus sekunder akibat imobilisasi, tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam klien dapat defekasi dengan normal dengan criteria hasil: dapat defekasi dengan normal. BAB 1x/ hari. Rencana keperawatan yang akan dilakukan yaitu kaji pola eliminasi defekasi klien

(rasional memberikan informasi tentang perubahan yang mungkin selanjutnya memerlukan pengkajian). Anjurkan pada klien untuk minum yang adekuat sedikitnya 1,5 lt (rasional menurunkan risiko konstipasi). Ajarkan pentingnya diet seimbang, banyak makan makanan yang mengandung banyak serat (rasional menurunkan risiko konstipasi). Tekankan pada klien untuk melakukan latihan pergerakan teratur atau ambulansi sesuai kemampuan klien (rasional menstimulasi peristaltic yang memfasilitasi kemungkinan terbentuknya flatus).

4. Gangguan rasa nyaman (mual) berhubungan dengan nyeri pada kuadran bawah.

Tujuannya yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 x 24 jam klien tidak mual lagi dengan criteria hasil: tidak muntah, tidak pucat, bibir tidak biru, tidak mual lagi. Intervensi keperawatan yang dilakukan ajarkan atau

Bantu pasien beristirahat pada posisi semi fowler (rasional pasien tidak mual lagi) Singkirkan pemandangan dan bau tidak sedap (rasional meningkatkan kenyamanan pasien). Berikan perawatan mulut yang baik setelah muntah (rasional meningkatkan kebersihan mulut pasien).

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan pada hari rabu dan kamis tanggal 06 agustus 2008 dan 7 agustus 2008 yaitu:

1. Hipertemia berhubungan dengan risiko tinggi adanya proses infeksi, implementasi yang dilakukan yaitu pada hari rabu tanggal 06 agustus 2008 jam 17.10 mengajarkan pada klien pentingnya mempertahankan masukan cairan yang adekuat/ banyak minum. Jam 17.20 memantau masukan dan haluaran. Jam 17.30 memberikan kompres dingin. Jam 17.35 memberikan obat penurun panas sesuai advice dokter.
2. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan luka operasi *appendiktomi*, implementasi yang dilakukan pada hari rabu, tanggal 06 agustus 2008 yaitu jam 18.10 mengkaji nyeri, mencatat lokasi, karakteristik, skala nyeri, menyelidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat. Jam 18.20 mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi. Jam 18.30 meningkatkan rasa aman dengan penjelasan yang jujur dan kesempatan menentukan pilihan. Jam 18.35 memberikan suasana yang nyaman. Jam 18.40 memberikan obat sesuai advice dokter.
3. Gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan adanya penurunan peristaltic usus sekunder akibat imobilisasi, implementasinya dilakukan

pada hari kamis tanggal 07 agustus 2008 yaitu jam 17.10 mengkaji pola eliminasi defekasi pasien. Jam 17.20 menganjurkan pada pasien untuk minum yang adekuat. Jam 17.30 mengajarkan pentingnya diet seimbang, banyak makan makanan yang mengandung banyak serat. Jam 17.35 menganjurkan pada pasien untuk melakukan ambulansi/ pergerakan sesuai kemampuan

4. Gangguan rasa nyaman (mual) berhubungan dengan nyeri pada kuadran bawah. Implementasi yang dilakukan pada tanggal 07 agustus 2008 yaitu Jam 18.20 menyingkirkan pemandangan dan bau tidak sedap. Jam 18.25 mengajarkan atau membantu pasien beristirahat pada posisi semi fowler. Jam 18.35 memberikan perawatan mulut yang baik setelah muntah.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan pada hari kamis 07 agustus 2008 pada jam 20.00 dan pada tanggal 08 agustus 2008 jam 19.30 yaitu:

1. Pada tanggal 07 agustus 2008 jam 20.00 hipertemia berhubungan dengan risiko tinggi infeksi, evaluasinya yaitu subjektif: An. R mengatakan suhu badannya sudah turun, objektif: suhu turun 36°C , badan tidak hangat lagi, wajah tidak kemerahan, bibir tidak kering lagi, analisa: masalah teratasi, planing: pertahankan intervensi.
2. Pada tanggal 07 agustus 2008 jam 20.10 gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan luka operasi *appendiktomi*, evaluasinya adalah subjektif: An.R mengatakan masih agak merasakan nyeri, objektif: An.R

banyak diam, sedikit bergerak, meringis menahan sakit, agak tenang, skala nyeri 3, analisa: masalah teratasi sebagian, planing: lanjutkan intervensi (ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, tingkatkan rasa aman, kolaborasikan pemberian obat analgetik sesuai dengan indikasi).

3. Pada tanggal 08 agustus 2008 jam 18.10 gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan adanya penurunan peristaltic usus sekunder akibat imobilisasi, evaluasinya adalah Subjektif: An. R mengatakan belum dapat BAB dengan lancar. Objektif: Klien belum dapat BAB 3 hari, terdapat massa feses pada perut bagian bawah, peristaltic usus 4x/ mnt. Analisa: masalah belum teratasi. Planing : lanjutkan intervensi (anjurkan banyak minum air putih, anjurkan banyak makan makanan yang mengandung banyak serat, anjurkan pada klien untuk melakukan ambulansi).
4. Pada tanggal 08 Agustus 2008 jam 18.20 gangguan rasa nyaman (mual) berhubungan dengan nyeri pada kuadran bawah. Evaluasinya subjektif: An. R mengatakan masih mual. Objektif : An. R tidak pucat lagi, bibir tidak biru lagi, masih terlihat mual dan ingin muntah. Analisa: masalah teratasi.sebagian. Planning: lanjutkan intervensi (tingkatkan kenyamanan selama episode mual dan muntah, ajarkan atau bantu pasien beristirahat sebelum makan. Menyingkirkan pemandangan dan bau tidak sedap)

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini Penulis akan membahas tentang kasus yang diambil yaitu mengenai Asuhan Keperawatan pada An. R dengan post operasi *appendiktomi* di ruang Anak Rumah Sakit Islam Sultan Agung, baik dari segi teori maupun pengaplikasian di lahan.

Dari hasil pengkajian pada Bab II (Resume Keperawatan) ada banyak bagian yang masih kurang, antara lain pada bagian pengkajian seperti pada data pasien mengenai tanggal dioperasi seharusnya penulis mencantumkan tanggal operasi pada tanggal 5 Agustus 2008. Pada pengkajian pola fungsional menurut gordon tentang pola metabolik dan nutrisi, ada data yang kurang tepat dan ada data yang belum penulis cantumkan, data yang penulis cantumkan yaitu sebelum sakit : setiap hari An. R makan 3x/ hari bahkan kadang-kadang lebih, An.R juga minum susu setiap hari. An. R juga diberikan vitamin untuk menjaga kondisinya. Alat makan yang digunakan An. R yaitu sendok dan piring, berat badan sejak lahir 2,5 kg, dan saat ini berat badannya 33 kg. An. R tidak mengalami masalah pada kulitnya. Status nutrisi orangtua baik. Sedangkan data yang belum dicantumkan dan data yang tepat yaitu pada saat sakit yaitu An. R makan bubur, nafsu makannya berkurang, porsi makan yang diberikan kadang-kadang tidak habis. An.R hanya makan beberapa sendok saja. An. R mual dan muntah karena efek obat analgetik (tramadol). Berat badan sebelum sakit 35 kg, status nutrisi orangtua pasien kurang baik orang tuanya tidak terbiasa makan makanan yang banyak

yang banyak mengandung serat sehingga dulu bapak pasien juga pernah dioperasi apendiktomi. An. R mengalami masalah pada kulitnya.

Pada pengkajian pola konsep diri-persepsi diri, penulis hanya menulis An. R dapat memahami identitasnya dengan baik, Klien senang dengan identitasnya sebagai seorang anak perempuan, klien tidak merasa sendirian dan tidak merasa takut. Ada beberapa hal yang kurang yaitu 5 aspek dalam konsep diri antara lain gambaran diri An. R. An. R menyukai semua anggota tubuhnya, An. R tidak minder terhadap bentuk tubuhnya. Identitas diri, berjenis kelamin perempuan, pasien senang dengan identitasnya sebagai seorang perempuan. Peran, berperan sebagai anak, dan masih duduk dibangku SMP. Harga diri, An. R seorang yang pendiam, agak pemalu.

Pada pengkajian pola fungsional menurut Gordon, Penulis belum menuliskan pola nilai dan kepercayaan, data tersebut yaitu pasien beragama Islam, di rumah pasien menjalankan shalat 5 waktu, tetapi selama dirumah sakit pasien belum dapat menjalankan ibadah shalat 5 waktu, tetapi pasien selalu berdoa agar penyakitnya cepat sembuh.

Pada pengkajian tumbuh kembang. Penulis belum mencantumkan tumbuh kembang Pasien, data yang belum penulis cantumkan adalah saat ini pasien berumur 12 tahun. Pasien berada pada masa usia sekolah. Perubahan fisik yang dialami oleh Pasien pada masa pubertas yaitu timbulnya tanda seks sekunder antara lain pertumbuhan payudara, tumbuh rambut pubik dan rambut ketiak. Mulai haid pertama kali waktu SMP. Pada system motoriknya lebih mampu menggunakan otot-otot kasar daripada otot-otot halus. Pada system social

emosional mencari lingkungan yang lebih luas sehingga cenderung sering pergi dari rumah hanya untuk bermain dengan teman, saat ini sekolah berperan dalam membentuk kepribadian anak. Disekolah anak harus berinteraksi dengan orang lain selain keluarganya, sehingga peranan guru sangatlah besar. Pada pertumbuhan fisik, berat badan meningkat 2-3 kg/ thn, tinggi badan meningkat 6-7 cm.

Pada pemeriksaan fisik ada bagian yang kurang lengkap yaitu pemeriksaan fisik dada, Penulis hanya menuliskan pemeriksaan dada : Simetris, tidak ada pembesaran atau benjolan. Yang lengkap adalah Pemeriksaan fisik pada dada; meliputi pemeriksaan paru, diperoleh data inspeksi pengembangan paru saat bernafas maksimal. Palpasi, simetri karena tidak ada benjolan yang abnormal, fremitus kanan dan kiri sama. Perkusi, sonor. Auskultasi, Suara nafas vesikuler (normal) yaitu suara inspirasi lebih keras dan lebih panjang daripada ekspirasi. Pada pemeriksaan jantung diperoleh data inspeksi dan palpasi : ictus cordis teraba pada ics 5, sedikit medial di garis mid klavikula. Perkusi, tidak ada pembesaran pada jantung. Auskultasi, terdengar bunyi jantung 1 dan 2 (lup,dup). Sedangkan pada pemeriksaan abdomen ada data yang kurang tepat, penulis menuliskan ada luka/ lesi post operasi panjangnya ± 10 cm, tidak ada pus, ada massa pada perut kiri bagian bawah, peristaltic usus 4x/ mnt. Data yang tepat meliputi inspeksi; simetris, tidak buncit, tidak ada pembengkakan, ada lesi atau luka, panjangnya ± 5 cm, tidak ada pus, luka pada perut bagian kanan bawah. Auskultasi, peristaltic usus 4x/ mnt. Palpasi, ada nyeri tekan pada kuadran kanan bawah, tidak ada massa feses pada perut kiri bagian bawah, perkusi terdengar bunyi tympani

Pada bagian analisa data tentang data subjektif datanya sering diambil dari ibunya karena pada saat pengkajian anak ditemani oleh ibunya dan anak masih lemas karena baru post operasi jadi yang banyak menjawab pertanyaan ibu pasien.

Dari pengkajian yang Penulis lakukan, Penulis menuliskan 4 diagnosa keperawatan yaitu:

A. Hipertermia berhubungan dengan risiko tinggi infeksi.

Hipertermia adalah keadaan ketika individu mengalami atau berisiko mengalami peningkatan suhu tubuh yang terus menerus lebih tinggi dari $37,5^{\circ}\text{C}$ secara oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ secara rectal yang disebabkan oleh berbagai factor eksternal (Carpenito, 2009).

Batasan untuk menegakkan diagnosa ini diantaranya batasan mayor yaitu suhu tubuh lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}$ secara oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ secara rectal. Sedangkan batasan minor yaitu kulit kemerah-merahan, hangat pada saat disentuh, dehidrasi, malaise/ keletihan/ kelemahan, kehilangan selera makan (Carpenito, 2009).

Data yang diperoleh yaitu Data subjektif Ibu klien mengatakan An. R badannya panas, Data objektif: TTV: T: 120/ 80 mmHg, N : 80 x/ mnt, S : $38,5^{\circ}\text{C}$, Kulit terasa hangat, wajah kemerahan, bibir agak kering. Pada bagian analisa data tentang data objektif ada data yang masih kurang data lengkapnya yaitu pasien terlihat lemah, turgor kulit menurun, kulit kering.

Diagnosa keperawatan hipertermia di prioritaskan sebagai diagnosa pertama karena menurut Maslow ini termasuk kebutuhan fisiologis dan merupakan masalah urgen, karena tidak dapat ditunda, memerlukan tindakan

yang cepat dan tepat. Jika tidak, maka kondisi klien akan memburuk bahkan bisa menyebabkan kecacatan. Selain itu tanda dan gejalanya paling jelas untuk dimonitor, jika masalah ini tidak segera diatasi, demam atau peningkatan suhu tubuh yang terjadi secara terus menerus dapat mengakibatkan kejang dan jika kejang berlanjut dapat menyebabkan kerusakan pada otak.

Diagnosa Hipertermia berhubungan dengan risiko tinggi infeksi penulis rasa kurang tepat, diagnose keperawatan yang tepat yaitu hipertermia berhubungan dengan penurunan stimulasi sekunder akibat dehidrasi karena sesuai dengan teori yang ada di Carpenito dan didukung adanya data klien mual dan muntah, bibir agak kering, pasien terlihat lemah, turgor kulit menurun, dan kulit kering. Penulis belum menulis tentang balance cairan karena data-datanya kurang. Data-data pendukung yang kurang yaitu perdarahan waktu operasi.

Adapun rencana yang dilakukan yaitu Ajarkan pada klien pentingnya mempertahankan masukan cairan yang adekuat/ banyak minum (menurunkan resiko dehidrasi dan menurunkan suhu tubuh). Berikan kompres dingin (menurunkan panas). Berikan obat penurun panas sesuai advice dokter (mempercepat penurunan panas tubuh).

Adapun tindakan implementasi yang penulis lakukan yaitu mengajarkan pada klien pentingnya mempertahankan masukan cairan yang adekuat/ banyak minum. Memberikan kompres dingin. Memberikan obat penurun panas sesuai advice.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 07 Agustus 2008 jam 20.00. Evaluasinya yaitu Subjektif: An: R mengatakan suhu badannya sudah turun, Objektif: Suhu turun 36°C , badan tidak hangat lagi, wajah tidak kemerahan, bibir tidak kering lagi, Analisa: masalah teratasi, Planning: pertahankan kondisi, mempertahankan kondisi dengan cara memantau tanda-tanda vital, menganjurkan banyak minum air, intervensi yang dilakukan penulis kemudian didelegasikan pada perawat yang jaga.

B. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan luka operasi *appendiktomi*.

Nyeri akut adalah keadaan ketika individu mengalami dan melaporkan adanya sensasi tidak nyaman atau ketidaknyamanan yang parah, yang berlangsung selama satu detik sampai kurang dari 6 bulan (Carpenito, 2009).

Batasan untuk menegakkan diagnosa ini adalah batasan mayor; komunikasi (verbal atau dengan kode) untuk mendeskripsikan nyerinya. Batasan minor perilaku berhati-hati, melindungi, berfokus pada diri sendiri, mimik wajah menunjukkan adanya nyeri, gangguan tonus otot (Carpenito, 2009).

Nyeri kronik adalah keadaan ketika individu mengalami nyeri persisten atau intermiten dan berlangsung lebih dari 6 bulan.

Batasan untuk menegakkan diagnosa ini adalah batasan mayor; klien melaporkan bahwa nyeri telah dialami selama lebih dari 6 bulan. Batasan minor; ketidaknyamanan, mimik wajah menunjukkan adanya nyeri. Marah,

frustasi, depresi karena situasi yang dihadapi, anoreksia, penurunan berat badan, spasme otot (Carpenito, 2009).

Pada bagian analisa data ada data yang kurang lengkap. Penulis hanya menuliskan data, data subjektif : Ibu An. R mengatakan bagian perut An. R yang post operasi terasa sakit. Data lengkapnya yaitu data subjektif: Ibu An. R mengatakan bagian perut An. R yang post apendiktomi terasa nyeri. P: nyeri Q: seperti tertusuk-tusuk. R: nyeri yang dialami pada perut yang habis dioperasi. S: skala nyeri 5 dan T: terjadinya secara tiba-tiba.

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

Data yang di temukan pada An. R yaitu Data subjektif : Ibu An. R mengatakan bagian perut An. R yang post operasi terasa sakit. Data objektif: anak merasa tidak nyaman, jarang bergerak, meringis menahan sakit. Dari data tersebut penulis memprioritaskan masalah tersebut kedalam prioritas masalah kedua, 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 apabila tidak segera diatasi bisa memperlambat proses penyembuhan dan mencegah timbulnya infeksi.

Diagnosa nyeri berhubungan dengan adanya insisi pembedahan penulis rasa kurang tepat karena melihat teori yang ada di Carpenito yaitu nyeri

berasal dari individu yang mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan yang berbahaya. Etiologi yang tepat adalah nyeri berhubungan dengan trauma jaringan dan refleks spasme otot sekunder akibat pembedahan.

Adapun rencana yang dilakukan adalah kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, skala nyeri, selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat (rasional yaitu berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan dalam penyembuhan dan menentukan intervensi yang tepat yang akan dilakukan). Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi dengan tarik nafas dalam (rasional distraksi dan relaksasi dapat mengurangi nyeri). Tingkatkan rasa aman dengan penjelasan yang jujur dan kesempatan menentukan pilihan (rasional mengurangi kecemasan klien). Kolaborasikan pemberian obat analgetik sesuai dengan indikasi (rasional menurunkan nyeri).

Adapun tindakan keperawatan (implementasi) yang penulis lakukan yaitu mengkaji nyeri, mencatat lokasi, karakteristik, skala nyeri, menyelidiki dan melaporkan perubahan nyeri dengan tepat. mengajarkan teknik distraksi dan relaksasi. Meningkatkan rasa aman dengan penjelasan yang jujur dan kesempatan menentukan pilihan. Memberikan suasana yang nyaman. Memberikan obat sesuai advice dokter.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 07/08/2008 jam 18.00, evaluasinya yaitu evaluasinya adalah Subjektif: An.R mengatakan masih agak merasakan nyeri, Objektif: An.R banyak diam, sedikit bergerak, meringis menahan sakit,agak tenang, skala nyeri 3, Analisa: Masalah teratasi sebagian,

Planning: Lanjutkan intervensi (ajarkan teknik distraksi dan relaksasi, tingkatkan rasa aman, kolaborasikan pemberian obat analgetik sesuai dengan indikasi). Intervensi yang dilakukan oleh penulis kemudian didelegasikan kepada perawat jaga yang lain.

Pada tindakan keperawatan tentang Mengajarkan tindakan penurunan nyeri non infasif, cara mengajarkan tindakan penurunan nyeri non invasif yaitu dengan cara mendiskusikan kepada anak dan orangtua mengenai aktivitas yang disukai dan memasukkan aktivitas tersebut kedalam jadwal kegiatan aktivitas sehari-hari, misalnya membaca cerita, melukis. Mendiskusikan kepada anak bahwa nyeri yang terjadi dapat berkurang jika anak dapat memikirkan sesuatu yang lain, misalnya dengan berhitung sampai 100.

C. Gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan penurunan peristaltik usus sekunder akibat imobilisasi

Konstipasi adalah keadaan dimana individu mengalami statis usus besar, yang mengakibatkan eliminasi jarang dan/ keras, feses kering (Carpenito, 2009).

Batasan untuk menegakkan diagnosa ini yaitu batasan mayor antara lain; feses keras dan berbentuk dan/ atau defekasi kurang dari 3x seminggu. Sedangkan batasan minornya yaitu penurunan bising usus menurun, mengeluh perasaan rectal penuh, mencejan dan nyeri saat defekasi, impaksi yang dapat diraba.

Pada bagian analisa data ada data yang kurang tepat, datanya yaitu Data subjektif: Ibu klien mengatakan An. R, susah BAB 3 hari ini. Data objektif: belum BAB 3 hari, ada massa feses pada perut kiri bawah, perutnya terasa penuh, peristaltic usus 4x/mnt. Data yang tepat adalah An. R sebelum menjalani operasi *apendiktomi* telah dilakukan pengosongan pada perutnya, tidak ada massa feses pada perut kiri bawah dan perutnya tidak terasa penuh.

Seharusnya Penulis tidak mencantumkan diagnosa ini, karena tidak sesuai dengan batasan mayor dan minornya, jadi diagnosa gangguan eliminasi (konstipasi) berhubungan dengan penurunan peristaltic usus sekunder akibat imobilisasi tidak bisa di tegakkan.

- D. Gangguan rasa nyaman (mual) berhubungan dengan nyeri pada kuadran bawah.

Mual adalah keadaan ketika individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan seperti gelombang di belakang kerongkongan, epigastrium, atau pada seluruh bagian abdomen yang dapat mengakibatkan muntah atau tidak (Carpenito, 2009).

Batasan untuk menegakkan diagnosa ini diantaranya batasan mayor, antara lain; sensasi subjektif yang tidak jelas dan tidak menyenangkan, berupa sakit pada perut. Dapat disertai salivasi encer, pucat, berkeringat, takikardia. Dapat terjadi sebelum muntah (Carpenito, 2009).

Pada bagian analisa data ada yang kurang tepat, yaitu penulis menuliskan data, Data subjektif : An. R mengatakan sering merasa mual. Data objektif : pucat, muntah, bibir biru, lemas. Problemnya yaitu gangguan

rasa nyaman (mual). Penyebabnya yaitu nyeri pada kuadran bawah. Data yang tepat yaitu Penyebabnya efek-efek obat analgetik (tramadol)

Seharusnya Penulis tidak mencantumkan diagnosa ini karena mual dan muntah bukan merupakan diagnosa keperawatan melainkan etiologi dari suatu masalah keperawatan, seharusnya penulis mencantumkan diagnosa keperawatan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. karena adanya data-data pada saat sakit AN. R makan bubur, nafsu makannya berkurang, porsi makan yang diberikan kadang habis kadang tidak. An. R hanya makan beberapa sendok saja. Berat badan sebelum sakit 35 kg, saat sakit turun menjaadi 33 kg. An. R mual dan muntah karena efef obat analgetik (tramadol).

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

1. Risiko tinggi infeksi Berhubungan dengan keberadaan mikroorganisme patogen dalam rongga abdomen.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hospitalisasi
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan input yang tidak adekuat.
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme sekunder akibat nyeri.

BAB V

PENUTUP

Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada An. R dengan post operasi apendiktomi di ruang Anak RSI Sultan Agung Semarang tanggal 06 Agustus 2008 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. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pengkajian Asuhan Keperawatan pada An. R dengan post *apendiktomi* telah dilaksanakan sesuai dengan teori, meskipun dalam pengkajian masih ada banyak kekurangan dan kesenjangan.

2. Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan pada An. R dengan post *apendiktomi*, dapat ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu Hipertermia berhubungan dengan penurunan stimulasi sekunder akibat dehidrasi. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan trauma jaringan dan refleks spasme jaringan sekunder akibat pembedahan. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan keberadaan mikroorganisme pathogen dalam rongga abdomen. Gangguan pola tidur

berhubungan dengan hospitalisasi. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual dan muntah. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme akibat nyeri.

3. Intervensi.

Pada langkah ini telah dilakukan sesuai dengan rencana yang telah dibuat, hal ini karena adanya kerjasama yang baik antara perawat, pasien, dan dengan keluarga pasien.

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan belum dilakukan dengan efektif sehingga ada hasil yang diharapkan yang belum sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis.

5. Evaluasi

Evaluasi dari tindakan keperawatan pada An. R dengan post operasi *apendiktomi* untuk masalah keperawatan *hipertemia* berhubungan dengan penurunan stimulasi sekunder akibat dehidrasi sudah teratasi karena sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan oleh penulis. Sedangkan evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan dengan diagnosa keperawatan gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan sekunder akibat pembedahan masih teratasi sebagian karena belum sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan oleh penulis.

B. Saran

1. Bagi mahasiswa hendaknya lebih memahami tentang hubungan terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan terutama pada pasien dengan post *apendiktomi* dan klien dengan masalah kesehatan lain pada umumnya. Mahasiswa hendaknya melakukan pengkajian secara tepat agar dapat menentukan diagnosa 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. Rumah sakit hendaknya memberikan informasi pada masyarakat tentang masalah kesehatan, penanganan dan pencegahan dini, baik melalui leaflet maupun poster.
4. Bagi para pembaca (khususnya mahasiswa Keperawatan dan perawat) setelah membaca Karya Tulis Ilmiah ini dapat menambah wawasan tentang apa itu *apensdisitis*, tanda dan gejalanya, komplikasi dan penanganan yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth, 2002. *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Alih bahasa: Agung waluyo. Edisi 8. Volume 2. Jakarta: EGC.
- Carpenito, L. J, 2009. *Diagnosa keperawatan aplikasi pada praktek kliniks*. Alih bahasa: Eka Anisa Mardela. Edisi 9. Jakarta: EGC.
- Doengoes, M. E. 2000. *Rencana asuhan keperawatan pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Alih bahasa: I Made Kariasa. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Ester, M. 2002. *Keperawatan medikal bedah pendekatan sistem gastrointestinal*. Jakarta: EGC.
- Gleadle, J. 2005. *At a Glance anamnesa dan pemeriksaan fisik*. Alih bahasa: dr. Annisa Rahmalia. Jakarta: Erlangga.
- Grace, P. A. 2006. *At a Glance ilmu bedah*. Alih bahasa: dr. Vidhia Umami. Edisi 3. Jakarta: Erlangga.
- Haryanto, 2008. *Konsep dasar keperawatan dengan pemetaan konsep (concept mapping)*. Jakarta: Salemba medika.
- Hidayat, A. L. 2005. *Pengantar ilmu keperawatan anak*. Edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Inayah, I. 2004. *Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.
- Riyadi, S & Sukarmin.2009. *Asuhan keperawatan pada anak*. Edisi 1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Rudolph, A. M. 2007. *Buku ajar pediatric Rudolph*. Alih bahasa: A. Samik Wahab. Edisi 20. Jakarta: EGC
- Syamsuhidayat & Jong, W. D. 2005. *Buku ajar ilmu bedah*. Edisi 2. Jakarta: EGC.

Wong, D. L. 2009. *Buku Ajar keperawatan pediatrik*. Alih bahasa: Andry Hartono. Edisi 6. Volume 2. Jakarta: EGC.

Wong, D. L. 2004. *Pedoman klinis keperawatan pediatri*. Alih bahasa: Monika Ester. Edisi 4. Jakarta: EGC.

Ardi, 2005. *Pengertian anak*. [www. prabusetiawan. Blogspot. Com](http://www.prabusetiawan.blogspot.com). Diunduh tanggal 20 maret 2010

