

Erni Susmiyanti

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI LAPARATOMI APENDISITIS DI RUANG YUDHISTIRA RSUD J...

 Quick Submit

 Quick Submit

 Psychology

Document Details

Submission ID

trn:oid::1:3011999458

Submission Date

Sep 18, 2024, 8:02 AM GMT+4:30

Download Date

Sep 18, 2024, 8:04 AM GMT+4:30

File Name

KIAN_ERNI_-_Meri_Meri.docx

File Size

740.8 KB

76 Pages

13,509 Words

95,445 Characters

11% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Top Sources

- 10%  Internet sources
- 3%  Publications
- 7%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

Top Sources

- 10% Internet sources
- 3% Publications
- 7% Submitted works (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	123dok.com	1%
2	Internet	repository.bku.ac.id	1%
3	Internet	repository.itskesicme.ac.id	1%
4	Internet	pdfcoffee.com	1%
5	Student papers	Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan	1%
6	Internet	www.repository.poltekkes-kdi.ac.id	1%
7	Student papers	Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur III	0%
8	Internet	eprints.poltekkesjogja.ac.id	0%
9	Internet	repo.stikesicme-jbg.ac.id	0%
10	Student papers	IAIN Bengkulu	0%
11	Internet	www.researchgate.net	0%

12	Internet	bidanyuli.blogspot.com	0%
13	Student papers	Universitas Islam Bandung	0%
14	Internet	eprints.umpo.ac.id	0%
15	Internet	jurnal.akperdharmawacana.ac.id	0%
16	Internet	jurnal.globalhealthsciencegroup.com	0%
17	Student papers	Lyndhurst High School	0%
18	Student papers	Universitas Jember	0%
19	Student papers	GIFT University	0%
20	Student papers	Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur II	0%
21	Internet	eprints.umm.ac.id	0%
22	Internet	repository.poltekkesbengkulu.ac.id	0%
23	Student papers	Submitted on 1693379529732	0%
24	Internet	docplayer.info	0%
25	Internet	ejournal.nusantaraglobal.ac.id	0%

26	Internet	text-id.123dok.com	0%
27	Internet	repository.poltekkes-smg.ac.id	0%
28	Internet	repository.umpri.ac.id	0%
29	Internet	repository.unhas.ac.id	0%
30	Internet	pt.scribd.com	0%
31	Internet	dionchagi.wordpress.com	0%
32	Internet	ouci.dntb.gov.ua	0%
33	Internet	suparty.blogspot.com	0%
34	Internet	digilib.unimus.ac.id	0%

3

KARYA ILMIAH AKHIR NERS**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST* OPERASI LAPARATOMI
APENDISITIS DI RUANG YUDHISTIRA
RSUD JOMBANG****ERNI SUSMIYANTI
236410008**

19

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2024**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Apendisitis merupakan kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing apendiks yang jika tidak ditangani dengan segera dapat menyebabkan apendisitis perforasi, yaitu pecahnya apendiks yang sudah gangren yang menyebabkan pus masuk ke dalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum (Darmawan & Rihiantoro, 2022). Dinding pada apendiks tampak daerah perforasi dikelilingi oleh jaringan nekrotik, sehingga banyak kasus apendisitis memerlukan laparotomi dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi sebagai penyakit yang paling sering memerlukan tindakan bedah kedaruratan, dan melekat pada sekum (Pramono, 2021). Klien *post* operasi membutuhkan perawatan yang intensif karena penyembuhan luka operasi abdomen membutuhkan waktu 10 sampai 14 hari, meskipun luka bekas jahitan belum kembali pulih seutuhnya (Kurniawati *dkk.*, 2022).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2023 melaporkan data di ASEAN yang menderita apendisitis 200.000 kasus setiap tahunnya. Di Indonesia kasus appendiktomi menempati urutan ke 2 dari 193 negara diantara kasus kegawatan abdomen lainnya. Berdasarkan data yang diperoleh dari (Halisyah, 2023) kasus apendisitis pada tahun 2022 sebanyak 115.602 orang (Wijaya *dkk.*, 2023). Berdasarkan data di Ruang Yudhistira RSUD Jombang bulan Februari 2023 terdapat 31 klien *post* operasi laparotomi dengan presentase 20%. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis di Ruang Yudhistira RSUD

Jombang pada Februari 2024 kasus laparatomi sebanyak 27 kasus (15%), sedangkan kasus apendisitis sebanyak 16 kasus (10%).

Proses penyembuhan luka *post* operasi sekitar 3-7 hari. Luka *post* operasi jika tidak dirawat dengan benar maka dapat mengakibatkan terjadinya infeksi (Halisyah, 2023). Faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya infeksi pada luka *post* operasi laparatomi adalah karakteristik klien, misalnya usia, nutrisi, imunologi, penyakit dan obat-obatan serta kondisi luka bersih atau kotor (Ismail dkk., 2020). Selain hal-hal tersebut, jenis operasi cito lebih beresiko mengalami infeksi dibandingkan jenis operasi elektif. Infeksi luka operasi laparatomi hampir seluruhnya disebabkan oleh infeksi nosokomial yang dapat mengakibatkan pada peningkatan angka mortalitas dan morbiditas (Dewi & Iriani, 2020).

Hasil observasi yang telah dilakukan penulis praktik di Ruang Yudhistira RSUD Jombang, terlihat sebagian besar klien *post* operasi memerlukan proses dan waktu perawatan 3-7 hari, sehingga peran perawat dalam perawatan pasca operasi sangat penting. Teknik perawatan luka pada klien *post* operasi laparatomi yang baik dapat mengurangi risiko timbulnya komplikasi, tapi jika dilakukan perawatan luka yang kurang baik dapat mengakibatkan komplikasi dan terjadinya infeksi. Perlu untuk memperhatikan luka operasi dari hari ke hari, mengganti balutan dan membersihkan jika keluar darah dan menggunakan teknik aseptik, perhatikan apabila ada tanda-tanda infeksi (Yuliana dkk., 2021).

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis di ruang Yudhistira RSUD Jombang ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis di ruang Yudhistira RSUD Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis di ruang Yudhistira RSUD Jombang.
2. Menganalisis diagnosa keperawatan pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis di ruang Yudhistira RSUD Jombang.
3. Merencanakan keperawatan pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis di ruang Yudhistira RSUD Jombang.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis di ruang Yudhistira RSUD Jombang.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis di ruang Yudhistira RSUD Jombang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian karya ilmiah ini diharapkan dapat memberikan tambahan wawasan dan informasi dalam bidang keperawatan medikal bedah terutama pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian karya ilmiah ini diharapkan memberikan kontribusi dalam peningkatan kualitas layanan keperawatan medikal bedah serta keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami *post* operasi laparatomi apendisitis.

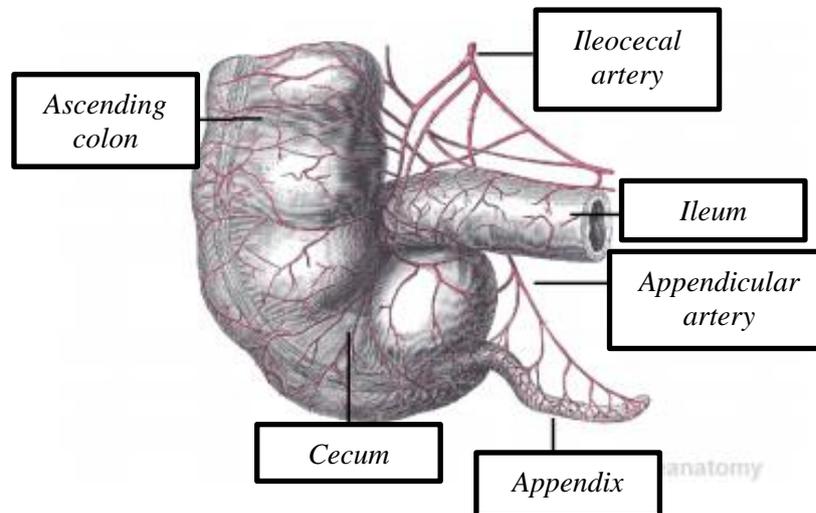
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Apendisitis

2.1.1 Anatomi fisiologis

Apendiks memiliki panjang bervariasi sekitar 6 hingga 9 cm. dasarnya melekat pada sekum dan ujungnya memiliki kemungkinan beberapa posisi seperti retrosekal, pelvis, antesekal, preileal, retroileal, atau perikolik kanan. Persambungan antara apendiks dan sekum, terdapat pertemuan tiga taena coli yang dapat menjadi penanda (Cristie *dkk.*, 2021). Apendiks adalah organ imunologik yang berperan dalam sekresi IgA karena termasuk dalam komponen *gut-associated lymphoid tissue (GALT)* pada waktu kecil. Namun system imun tidak mendapat efek negative apabila apendiktomi dilakukan (Dopi, 2022).



Gambar 2. 1 Anatomi Sebagian Colon dan Apendiks

Sumber : Pramono, 2020

Secara fisiologi apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml/hari. Lendir secara normal dicurahkan ke dalam lumen dan selan mengalir ke secum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks tampaknya berperan pada patogenesis apendisitis.

Diperkirakan apendiks mempunyai peranan dalam mekanisme *imunologik*. *Immunoglobulin sekretoar* yang dihasilkan oleh *GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue)* yang terdapat di sepanjang saluran cerna termasuk *apendiks* adalah *Ig A*. *immunoglobulin* itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi system imun tubuh sebab jumlah jaringan *limfe* disini kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlah di saluran cerna dan seluruh tubuh (Setyaningrum, 2022).

2.1.2 Definisi Apendisitis

Apendisitis adalah proses inflamasi yang disebabkan oleh infeksi pada usus buntu atau akibat infeksi cacingan pada organ yang disebut apendiks. (Fachrurrozi, 2020).

Apendiksitis akut adalah keadaan yang disebabkan oleh peradangan yang mendadak pada suatu apendiks (Nadianti & Minardo, 2023).

Apendiksitis adalah peradangan dari apendiks periformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang sering terjadi baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering terjadi pada laki-laki dengan usia 10 – 30 tahun.

2.1.3 Klasifikasi

Menurut Koten (2020), Apendisitis diklasifikasikan menjadi 3 yaitu :

a. Apendisitis Akut

Apendisitis akut merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu *hyperplasia* jaringan limfe, *fikalit* (tinja/batu), tumor apendiks dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasite (*E. histolytica*). Gejala apendisitis akut ialah nyeri samar dan

tumpul yang merupakan nyeri viseral didaerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual, muntah dan umumnya nafsu makan menurun, dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik *Mc.Burney*. Nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

1
a. Apendisitis akut sederhana

Proses peradangan baru terjadi di mukosa dan sub mukosa disebabkan obstruksi. Sekresi mukosa menumpuk dalam lumen appendiks dan terjadi peningkatan tekanan dalam lumen yang mengganggu aliran limfe, mukosa appendiks menebal, edema, dan kemerahan. Gejala diawali dengan rasa nyeri di daerah umbilikus, mual, muntah, anoreksia, malaise dan demam ringan

b. Apendisitis akut purulenta (*suppurative appendicitis*)

Tekanan dalam lumen yang terus bertambah disertai edema menyebabkan terbungahnya aliran vena pada dinding appendiks dan menimbulkan trombosis. Keadaan ini memperberat iskemia dan edema pada appendiks. Mikroorganisme yang ada di usus besar berinvansi ke dalam dinding appendiks menimbulkan infeksi serosa sehingga serosa menjadi suram karena dilapisi eksudat dan fibrin. Apendiks dan mesoappendiks terjadi edema, hiperemia, dan di dalam lumen terdapat eksudat fibrinopurulen. Ditandai dengan rangsangan peritoneum lokal seperti nyeri tekan, nyeri lepas di titik *Mc. Burney*, defans muskuler dan nyeri pada gerak aktif dan pasif. Nyeri dan defans muskuler dapat terjadi pada seluruh perut disertai dengan tanda-tanda peritonitis umum.

1 c. Apendisitis Akut Gangrenosa

Tekanan dalam lumen terus bertambah, aliran darah arteri mulai terganggu sehingga terjadi infark dan gangren. Selain didapatkan tandatanda supuratif, apendiks mengalami gangren pada bagian tertentu. Dinding apendiks berwarna ungu, hijau keabuan atau merah kehitaman. Pada apendisitis akut gangrenosa terdapat mikroperforasi dan kenaikan cairan peritoneal yang purulen.

4 b. Apendisitis Rekurens

Apendisitis rekures yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan yang apendiksitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendisitis tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.

c. Apendisitis Kronis

Apendiditis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh di dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan menghilang setelah apendiktomi.

2.1.4 Etiologi

Menurut Pramono (2021) etiologi apendisitis yaitu sebagai berikut:

- a. Penyebab terjadinya apendisitis dapat terjadi karena adanya makanan keras (biji-bijian) yang masuk ke dalam usus buntu dan tidak bisa keluar lagi. Setelah

isi usus tercemar dan usus meradang timbullah kuman-kuman yang dapat memperparah keadaan tadi.

- b. *Mucus* maupun *feses* kemudian mengeras seperti batu (*fekalit*) lalu menutup lubang penghubung antara apendiks dengan *caecum*.
- c. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, tumor apendiks dan cacing *askaris*.
- d. Penelitian Epidemiologi mengatakan peran kebiasaan makan makanan yang rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendiksitis. Konstipasi akan menarik bagian intrasekal, yang berakibat timbulnya tekanan intrasekal dan terjadi penyumbatan sehingga meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon.
- e. Apendisitis disebabkan oleh adanya obstruksi yang diakibatkan juga karena gaya hidup manusia yang kurang dalam mengkonsumsi makanan tinggi serat.

2.1.5 Patofisiologi

Apendisitis terjadi karena adanya obstruksi pada lumen apendikeal oleh apendikolit, tumor apendiks, *hiperplasia folikel limfoid submukosa*, *fekalit* (material garam kalsium, *debris fekal*), atau parasit *E-Histolytica*. Selain itu Apendisitis juga bisa disebabkan oleh kebiasaan makan makanan yang rendah serat yang dapat menimbulkan konstipasi. Kondisi obstruktif akan meningkatkan tekanan intraluminal dan meningkatkan perkembangan bakteri. Hal ini akan mengakibatkan peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding apendiks yang berlanjut pada nekrosis dan inflamasi apendiks. Pada fase ini penderita mengalami nyeri pada area periumbilikal. Dengan berlanjutnya pada proses

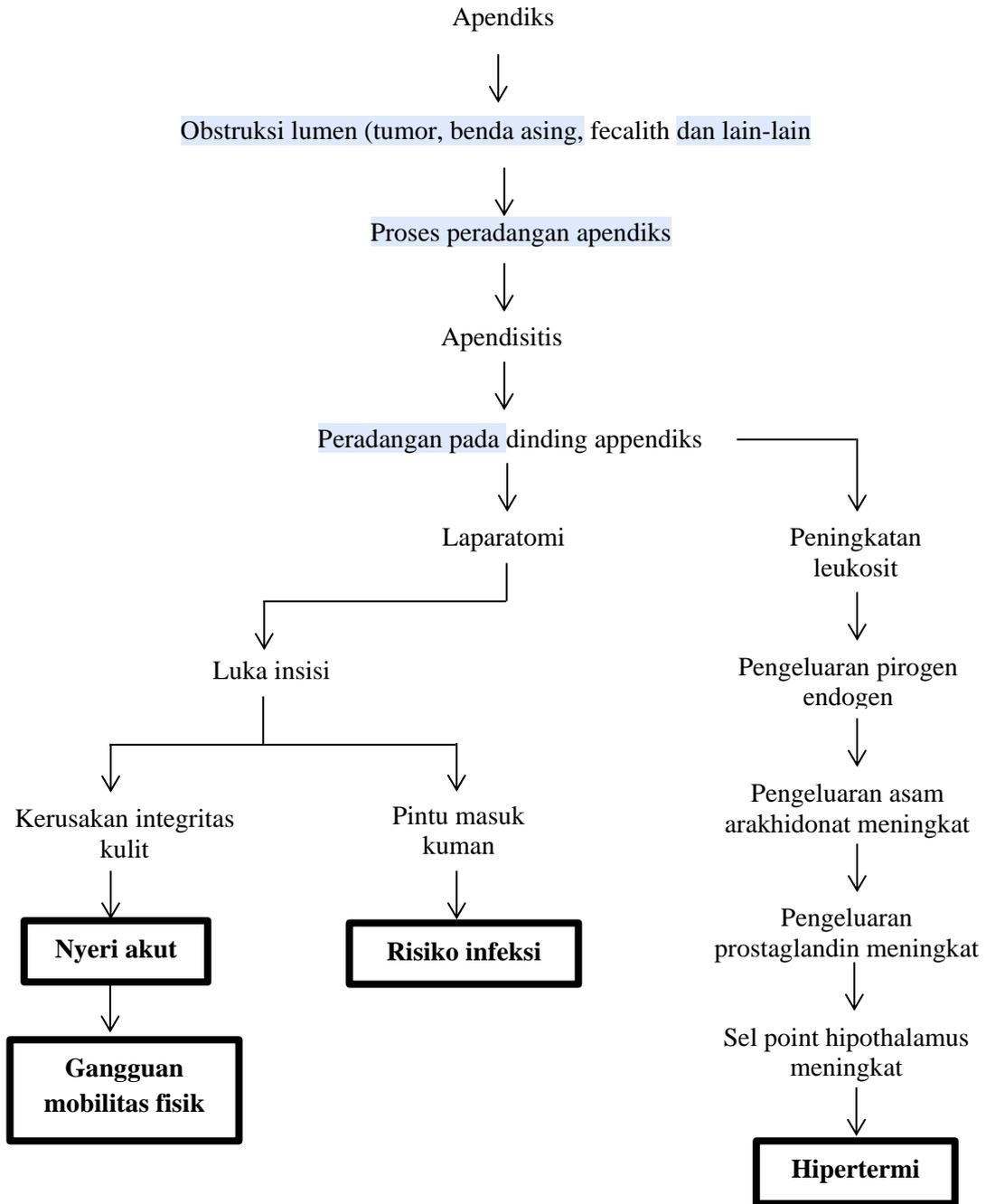
14

inflamasi, akan terjadi pembentukan eksudat pada permukaan serosa apendiks. Ketika eksudat ini berhubungan dengan perietal peritoneum, maka intensitas nyeri yang khas akan terjadi (Dewi & Iriani, 2020).

Berlanjutnya proses obstruksi, bakteri akan berproliferasi dan meningkatkan tekanan intraluminal dan membentuk infiltrat pada mukosa dinding apendiks yang ditandai dengan ketidaknyamanan pada abdomen. Adanya penurunan perfusi pada dinding akan menimbulkan iskemia dan nekrosis serta diikuti peningkatan tekanan intraluminal, juga akan meningkatkan risiko perforasi dari apendiks. Pada proses fagositosis terhadap respon perlawanan terhadap bakteri ditandai dengan pembentukan nanah atau abses yang terakumulasi pada lumen apendiks.

Berlanjutnya kondisi apendisitis akan meningkatkan resiko terjadinya perforasi dan pembentukan masa periapendikular. Perforasi dengan cairan inflamasi dan bakteri masuk ke rongga abdomen kemudian akan memberikan respon inflamasi permukaan peritoneum atau terjadi peritonitis. Apabila perforasi apendiks disertai dengan abses, maka akan ditandai dengan gejala nyeri lokal akibat akumulasi abses dan kemudian akan memberikan respons peritonitis. Gejala yang khas dari perforasi apendiks adalah adanya nyeri hebat yang tiba-tiba datang pada abdomen kanan bawah (Pramono, 2021).

2.1.6 Pathway



Gambar 2. 2 Pathway Apendisitis
 Sumber : Pramono, 2020

2.1.7 Tanda dan Gejala

Menurut Purnamasari, Syahrudin, & Dirgahayu (2023) tanda dan gejala apendisitis sebagai berikut:

1. Nyeri perut kanan bawah
2. Mual
3. Demam
4. Anoreksia
5. Muntah
6. Diare/obstipasi

2.1.8 Manifestasi Klinis

Keluhan apendektomi dimulai dari nyeri diperiumbilikus dan muntah dan rangsangan peritonium viseral. Dalam waktu 2-12 jam seiring dengan iritasi peritoneal, kerusakan integritas kulit, nyeri perut akan berpindah kekuadran kanan bawah yang menetap 7 dan diperberat dengan batuk dan berjalan. Nyeri akan semakin progeresif dan dengan pemeriksaan akan menunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Gejala lain yang dapat ditemukan adalah anoreksia, malaise demam tek terlalu tinggi konstipasi diare, mual, dan muntah (Pramono, 2021).

Menurut Tanjung (2020), manifestasi klinis apendisitis meliputi:

1. Nyeri kuadran bawah biasanya disertai dengan demam derajat rendah, mual dan seringkali muntah.
2. Pada titik *Mc.Burney* (terletak dipertengahan antara *umbilicus* dan *spin a anterior dari ilium*) nyeri tekan setempat karena tekanan dan sedikit kaku dari bagian bawah otot rektus kanan.
3. Nyeri alih mungkin saja ada, letak apendiks mengakibatkan sejumlah nyeri tekan, spasme otot, dan konstipasi atau diare kambuhan.
4. Tanda *rovsing* (dapat diketahui dengan memalpasi kuadran kanan bawah, yang menyebabkan nyeri pada kuadran kiri bawah).

5. Jika terjadi ruptur apendiks, maka nyeri akan menjadi lebih melebar, terjadi distensi abdomen akibat ileus paralitik dan kondisi memburuk.

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

Menurut Sumiyasih (2021), pemeriksaan penunjang apendiks meliputi sebagai berikut:

1. Pemeriksaan fisik

- a. Inspeksi : akan tampak adanya pembengkakan (*swelling*) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*).
- b. Palpasi : didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (*Blumberg sign*) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendiksitis akut.
- c. Dengan tindakan tungkai bawah kanan dan paha ditekan kuat/tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (*proas sign*).
- d. Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- e. Suhu dubur yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

2. Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan sel darah putih (Leukosit) hingga 10.000–18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi.

3. Pemeriksaan Radiologi

- a. Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya *fekalit* (jarang membantu).

- b. *Ultrasonografi (USG)* Pemeriksaan USG dilakukan untuk menilai inflamasi dari apendiks.
- c. *CT-Scan* Pemeriksaan CT-Scan pada abdomen untuk mendeteksi apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.
- d. *C-Reactive Protein (CRP)* *C-Reactive Protein (CRP)* adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada apendisitis didapatkan peningkatan kadar CRP.

2.1.10 Penatalaksanaan

Menurut Tanjung (2020), penatalaksanaan yang dilakukan pada klien apendisitis yaitu penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan keperawatan :

1. Penatalaksanaan medis

- a. Pembedahan (konvensional atau laparaskopi) apabila diagnose apendisitis telah ditegakan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi risiko perforasi.
- b. Berikan obat antibiotik dan cairan IV sampai tindakan pembedahan dilakukan.
- c. Agen analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakan.
- d. Operasi (apendiktomi), bila diagnosa telah ditegakan yang harus dilakukan adalah operasi membuang apendiks (apendiktomi). Penundaan apendiktomi dengan cara pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses apendiks dilakukan *drainage*.

2. Penatalaksanaan keperawatan

- a. Tatalaksana apendisitis pada kebanyakan kasus adalah apendiktomi. Keterlambatan dalam tatalaksana dapat meningkatkan kejadian perforasi.

Teknik laparoskopi sudah terbukti menghasilkan nyeri pasca bedah yang lebih sedikit, pemulihan yang lebih cepat dan angka kejadian infeksi luka yang lebih rendah. Terdapat peningkatan kejadian abses intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. Laparoskopi itu dikerjakan untuk diagnosa dan terapi pada klien dengan akut abdomen, terutama pada wanita.

- b. Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri, mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi yang optimal.
- c. Sebelum operasi, siapkan klien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur Intra Vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastrik (bila terbukti ada ileus paralitik), jangan berikan laksatif.
- d. Posisikan klien fowler tinggi, berikan analgetik narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi, dan lakukan perawatan luka.
- e. Drain terpasang di area insisi, pantau secara ketat adanya tanda - tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder atau abses sekunder

Berdasarkan pembahasan diatas, tindakan yang dapat dilakukan terbagi dua yaitu tindakan medis yang mengacu pada tindakan pembedahan/*apendectomy* dan pemberian analgetik, dan tindakan keperawatan yang mengacu pada pemenuhan kebutuhan klien sesuai dengan kebutuhan klien untuk menunjang proses pemulihan.

2.1.11 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pasca operasi menurut Sudirman, Syamsuddin, & Kasim (2023):

1. Perforasi apendiks

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,5 derajat celcius, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis. Perforasi dapat menyebabkan peritonitis.

2. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritoneum, merupakan komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus parolitik, usus meregang dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi dan oligouria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, nyeri abdomen, demam dan leukositosis.

3. Abses

Abses merupakan peradangan apendisitis yang berisi pus. Teraba masa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Masa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi bila apendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum.

Menurut Tanjung, (2020) komplikasi dapat terjadi jika perawatan luka yang tidak sesuai dengan prosedur yaitu:

1. Hematoma (Hemoragi), balutan diinspeksi terhadap hemoragi pada interval yang sering selama 24 jam setelah pembedahan.
2. Selulitis adalah infeksi bakteri yang menyebar ke dalam bidang jaringan. Semua manifestasi inflamasi tampak dalam hal ini, *streptococcus* sering menjadi organisme penyebab.
3. Abses yaitu infeksi bakteri setempat yang ditandai dengan pengumpulan pus (bakteri, jaringan nekrotik, dan SDP).
4. Limfangitis adalah penyebaran infeksi dari selulitis atau abses ke sistem limfatik.

Berdasarkan penjelasan diatas, hal yang bisa mengakibatkan keparahan/komplikasi penyakit apendisitis dikarenakan dua hal yaitu faktor ketidaktahuan masyarakat dan keterlambatan tenaga medis dalam menentukan tindakan sehingga dapat menyebabkan abses, perforasi dan peritonitis.

2.2 Konsep Laparatomi

2.2.1 Definisi

Laparatomi adalah pembedahan yang dilakukan pada usus akibat terjadinya perlekatan usus dan biasanya terjadi pada usus halus (Cristie *dkk.*, 2021).

Laparatomi adalah pembedahan perut, membuka selaput perut dengan operasi (Purnamasari *dkk.*, 2023).

Laparatomi merupakan salah satu prosedur pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perforasi, kanker dan obstruksi). Laparatomi dilakukan pada kasus-kasus seperti apendiksitis, perforasi,

hernia inguinalis, kanker lambung, kanker colon dan rectum, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolestisitis dan peritonitis.

2.2.2 Klasifikasi

1. *Midline incision*

Metode insisi yang paling sering digunakan, karena sedikit perdarahan, eksplorasi dapat lebih luas, cepat di buka dan di tutup, serta tidak memotong ligamen dan saraf. Namun demikian, kerugian jenis insis ini adalah terjadinya hernia cikatrialis. Indikasinya pada eksplorasi gaster, pankreas, hepar, dan lien serta di bawah umbilikus untuk eksplorasi ginekologis, rektosigmoid, dan organ dalam pelvis.

2. *Paramedian*

Yaitu sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm). Terbagi atas 2 yaitu, paramedian kanan dan kiri, dengan indikasi pada jenis operasi lambung, eksplorasi pankreas, organ pelvis, usus bagian bagian bawah, serta plenektomi. *Paramedian insicision* memiliki keuntungan antara lain : merupakan bentuk insisi anatomis dan fisiologis, tidak memotong ligamen dan saraf, dan insisi mudah diperluas ke arah dan bawah

3. *Transverse upper abdomen incision*

Yaitu insisi di bagian atas, misalnya pembedahan *colesistomy* dan *splenektomy*.

4. *Transverse lower abdomen incision*

Yaitu insisi melintang di bagian bawah kurang lebih 4 cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya; pada operasi *appendectomy*. Latihan - latihan fisik seperti latihan napas dalam, latihan batuk, menggerakkan otot-otot kaki,

menggerakkan otot-otot bokong, Latihan alih baring dan turun dari tempat tidur. Semuanya dilakukan hari ke 2 *post* operasi (Purnamasari *dkk.*, 2023)

2.2.3 Etiologi

Menurut Sumiyasih (2021) etiologi sehingga dilakukan laparatomi adalah karena disebabkan oleh beberapa hal yaitu:

1. Trauma Abdomen (Tumpul atau Tajam)
2. Peritonitis
3. Perdarahan saluran cerna.
4. Sumbatan pada usus halus dan usus besar.
5. Massa pada abdomen

2.2.4 Patofisiologi

Laparotomi merupakan operasi besar dengan membuka rongga abdomen yang merupakan stressor pada tubuh. Respon tersebut terdiri dari respon sistem saraf simpati dan respon hormonal yang bertugas melindungi tubuh dari ancaman cedera. Stres terhadap sistem cukup gawat atau kehilangan banyak darah maka mekanisme kompensasi tubuh terlalu berat sehingga syok akan menjadi akibatnya. Respon metabolisme juga terjadi karbohidrat dan lemak dimetabolisme untuk memproduksi energi. Protein tubuh dipecah untuk menyajikan asam amino yang akan digunakan untuk membangun sel jaringan yang baru. Pemulihan fungsi usus, khususnya fungsi peristaltik setelah laparatomi jarang menimbulkan kesulitan. Illues adinamik atau paralitik selalu terjadi selama satu sampai empat hari setelah laparatomi, bila keadaan ini menetap disebabkan karena peradangan di perut berupa peritonitis atau abses dan karena penggunaan obat-obat sedatif (Rismawati *dkk.*, 2022).

Tindakan pembedahan menimbulkan adanya luka yang menandakan adanya kerusakan jaringan. Adanya luka merangsang reseptor nyeri sehingga mengeluarkan zat kimia berupa histamin, bradikimin, prostaglandin akibatnya timbul nyeri. Nyeri kram pada perut yang terasa seperti gelombang dan bersifat kolik. Klien dapat mengeluarkan darah dan mucus, tetapi bukan materi fekal dan tidak dapat flatus (sering muncul). Muntah mengakibatkan dehidrasi dan juga dapat mengalami syok. Konstipasi mengakibatkan peregangan pada abdomen dan nyeri tekan. Anoreksia dan malaise menimbulkan demam dengan tanda terjadinya takikardi. Klien mengalami diaphoresis dan terlihat pucat, lesu, haus terus menerus, tidak nyaman, dan mukosa mulut kering (Fachrurrozi, 2020).

2.2.5 Manifestasi klinis

Manifestasi yang biasa timbul pada klien *post* laparotomi menurut (Koten, 2020) diantaranya:

1. Nyeri tekan pada area sekitar insisi pembedahan
2. Dapat terjadi peningkatan respirasi, tekanan darah, dan nadi.
3. Kelemahan
4. Mual, muntah, anoreksia
5. Konstipasi
6. Kulit dingin dan terasa basah.

2.2.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien *post* operasi laparotomi menurut Pramono (2021) sebagai berikut:

1. Pemeriksaan rectum: adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar, kuldosentesis kemungkinan adanya darah dalam lambung, dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
2. Laboratorium: hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine.
3. Radiologi: bila diindikasikan untuk melakukan laparotomi.
4. IVP/sistogram: hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing.
5. Lavase peritoneal : pungsi dan aspirasi/bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritoneum .

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada klien *post* operasi laparotomi menurut Pramono (2021) yaitu sebagai berikut:

1. Klien dijaga tetap hangat tapi tidak sampai kepanasan
2. Dibaringkan datar di tempat tidur dengan tungkai dinaikkan.
3. Pemantauan status pernafasan dan CV.
4. Penentuan gas darah dan terapi oksigen melalui intubasi atau nasal kanul jika diindikasikan.
5. Penggantian cairan dan darah kristaloid (ex: RL) atau koloid (ex: komponen darah, albumin, plasma atau pengganti plasma).
6. Terapi obat : kardiotonik (meningkatkan efisiensi jantung) atau diuretik (mengurangi retensi cairan dan edema).

2.2.8 Komplikasi

Komplikasi pada klien *post* operasi laparotomi menurut Darmawan & Rihiantoro (2022) sebagai berikut:

1. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboplebitis. Tromboplebitis *post* operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboplebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboplebitis yaitu latihan kaki, ambulasi dini *post* operasi.
2. Infeksi, infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam pasca operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah *stapilococcus aureus*, organisme gram positif. *Stapilococcus* mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptik.
3. Kerusakan integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi.
4. Ventilasi paru tidak adekuat.
5. Gangguan kardiovaskuler: hipertensi, aritmia jantung.
6. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.
7. Gangguan rasa nyaman dan kecelakaan.

2.3 Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian fokus pada klien *post* laparotomi apendisitis menurut Tanjung, (2020) yaitu sebagai berikut:

- a. Identitas klien

Identitas klien *post* operasi laparotomi meliputi : nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, diagnosa medis, tindakan medis, nomor rekam medis, tanggal masuk, tanggal operasi dan tanggal pengkajian.

b. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab ini sangat penting untuk memudahkan klien selama perawatan, data yang dibutuhkan meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien.

c. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama yaitu Berisi keluhan utama klien saat dikaji, klien *post* laparotomi appendisitis biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi karena ada kerusakan integritas kulit.
2. Riwayat kesehatan sekarang yaitu ditemukan saat pengkajian yaitu diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian. Keluhan sekarang dikaji dengan menggunakan PQRST (*Provokatif* yaitu pemicu terjadinya nyeri dikarenakan apa, *Quality* yaitu nyeri yang dirasakan klien berbeda-beda, *Region* daerah nyeri yang dirasakan oleh klien, *Severity scale* yaitu nyeri mempunyai skala yang berbeda-beda sesuai dengan skala yang ditunjuk klien (skala 0-10) dan *Time* nyeri terjadi mempunyai waktu sendiri). Klien yang telah menjalani operasi appendisitis pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan atau ditekan dan umumnya berkurang setelah diberi obat dan diistirahatkan.

3. Riwayat kesehatan dahulu yaitu berisi pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh pada penyakit yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.
4. Riwayat kesehatan keluarga yaitu perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

5. Riwayat Psikologis

Secara umum klien dengan *post* apendiktomi tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi psikologis. Namun demikian tetap perlu dilakukan mengenai kelima konsep diri klien (citra tubuh, identitas diri, fungsi peran, ideal diri dan harga diri).

6. Riwayat Sosial

Klien dengan *post* laparotomi apendisitis tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosial dengan orang lain, akan tetapi harus dibandingkan hubungan sosial klien antara sebelum dan sesudah menjalani operasi.

7. Riwayat Spiritual

Pada umumnya klien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam hal ibadah. Perlu dikaji keyakinan klien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

d. Kebiasaan Sehari-hari

Klien yang menjalani operasi pengangkatan apendiks pada umumnya mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri yang akut dan kelemahan. Klien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri. Klien akan mengalami pembatasan masukan oral sampai fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang

normalnya. Klien kemungkinan akan mengalami mual muntah dan konstipasi pada periode awal *post* operasi karena pengaruh anastesi. Intake oral dapat mulai diberikan setelah fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Klien juga dapat mengalami penurunan haluaran urin karena adanya pembatasan masukan oral. Pola istirahat klien dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakan.

e. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Klien *post* operasi laparotomi mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam setelah di operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung pada periode akut rasa nyeri.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan tanda-tanda vital berupa, tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas dan suhu tubuh.

c. Pemeriksaan *head to toe*

1) Kepala

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, fontanel sudah tertutup atau belum, kebersihan kepala klien, apakah ada pembesaran kepala, apakah ada lesi pada klien. Klien dengan *post* operasi laparotomi akan ditemukan rambut tampak kotor dan lengket akibat peningkatan suhu tubuh.

2) Mata

Perhatikan apakah jarak mata lebar atau kecil, amati kelopak mata terhadap penepatan yang tepat, periksa alis mata terhadap kesimetrisan

dan pertumbuhan rambutnya, amati distribusi dan kondisi bulu matanya, periksa warna konjungtiva dan sclera, pupil isokor atau anisokor, lihat apakah mata tampak cekung atau tidak serta amati ukuran iris apakah ada peradangan atau tidak. Klien dengan *post* operasi laparatomi akan ditemukan kondisi konjungtiva tampak pucat akibat intake nutrisi yang tidak adekuat.

3) Hidung

Amati ukuran dan bentuk hidung, lakukan uji indra penciuman dengan menyuruh anak menutup mata dan minta anak untuk mengidentifikasi setiap bau dengan benar, tampak adanya pernapasan cuping hidung, kadang terjadi sianosis pada ujung hidung, lakukan palpasi setiap sisi hidung untuk menentukan apakah ada nyeri tekan atau tidak.

4) Mulut

Periksa bibir terhadap warna, kesimetrisan, kelembaban, pembengkakan, lesi, periksa gusi lidah dan palatum terhadap kelembababan dan pendarahan, amati adanya bau, periksa lidah terhadap gerakan dan bentuk, periksa gigi terhadap jumlah, jenis keadaan infeksi faring menggunakan spatel lidah dan amati kualitas suara, reflek suara.

5) Telinga

Periksa penempatan dan posisi telinga, amati menonjol atau pendatan telinga, periksa struktur telinga luar dan ciri-ciri yang tidak normal, periksa saluran telinga luar terhadap hygiene. Lakukan penarikan apakah ada nyeri atau tidak dilakukan palpasi pada tulang yang

menonjol dibelakang telinga untuk mengetahui adanya nyeri tekan atau tidak.

6) Leher

Kaji apakah ada pembesaran kelenjar getah bening dan peningkatan vena jugularis.

7) Dada

Amati kesimetrisan dada terhadap retraksi atau tarikan dinding dada kendala, amati jenis pernapasan, amati gerakan pernapasan, dan lama inspirasi serta ekspirasi, lakukan perkusi diatas sela iga, bergerak secara simetris atau tidak dan lakukan auskultasi lapangan paru, amati apakah adanya di sekitar dada, suara napas terdengar ronkhi, kalau ada pleuritis terdengar suara gesekan pleura pada tempat lesi, kalau ada efusi pleura suara nafas melemah.

8) Abdomen

Periksa kontur ketika sedang berdiri atau berbaring telentang, simetris atau tidak, periksa warna dan keadaan kulit abdomen, amati turgor kulit. Lakukan palpasi pada perut untuk mengetahui adanya krepitus dinding perut, adanya nyeri tekan perut atau massa perut. Lakukan auskultasi terhadap bising usus dengan nilai normal 5-30 x/menit, serta perkusi pada abdomen bagian bawah ke atas sampai didapatkan perubahan suara dari timpani ke dullness, berikan tanda, ukur jarak tersebut, nilai normalnya 6-12 cm. Klien dengan *post* operasi laparotomi akan ditemukan nyeri tekan pada abdomen setelah operasi.

9) Genetalia dan anus

Periksa terhadap kemerahan dan ruam, kaji kebersihan sekitar genetalia, periksa tanda-tanda hemoroid.

10) Punggung

Periksa kelainan punggung apakah terdapat skoliosis, lordosis, kifosis.

11) Ekstremitas

Kaji bentuk kesimetrisan bawah dan atas, kelengkapan jari, apakah terdapat sianosis pada ujung jari. Adanya atrofil dan hipertrofi otot, masa otot tidak simetris, tonus otot meningkat, rentang gerak terbatas, kelemahan otot, Gerakan abnormal seperti tremor, dystonia, edema, tanda kering positif (nyeri bila kaki diangkat dan dilipat), turgor kulit tidak cepat kembali setelah dicubit kulit kering dan pucat, amati apakah ada *clubbing finger*. (Hendrawati & Amalia, 2022).

2.3.2 Diagnosis keperawatan

Tabel 2. 1 Diagnosis keperawatan

Diagnosa keperawatan	Definisi	Tanda dan gejala
Nyeri akut (D.0077)	Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	Tanda dan gejala Mayor Subjektif 1. (Tidak tersedia) Objektif 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis waspada, posisi menghindar nyeri)
Penyebab : 1. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).	Kondisi terkait : 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis	Tanda dan gejala Minor Subjektif 1. (Tidak tersedia) Objektif 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri

Diagnosa keperawatan	Definisi	Tanda dan gejala
	3. Infeksi 4. Infeksi 5. Sindrom koroner akut 6. Glukoma	7. Diaforesis
Hipertermia (D.0130) Penyebab : 1. Dehidrasi 2. Terpapar lingkungan panas 3. Proses penyakit (mis: infeksi, kanker) 4. Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan 5. Peningkatan laju metabolisme 6. Respon trauma 7. Aktivitas berlebihan 8. Penggunaan inkubator	Hipertermia merupakan diagnosis kematian yang didefinisikan sebagai suhu tubuh meningkat melebihi jarak normal tubuh. Kondisi Terkait 1. Proses infeksi 2. Hipertiroid 3. Stroke 4. Dehidrasi 5. Trauma 6. Prematuritas	Tanda dan gejala Mayor Subjektif 1. (tidak tersedia) Objektif 1. Suhu tubuh diatas nilai normal Tanda dan gejala Minor Subjektif 1. (tidak tersedia) Objektif 1. Kulit merah 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat
Risiko infeksi (D.0142) Faktor risiko : 1. Penyakit kronis (mis: diabetes melitus) 2. Efek prosedur invasif 3. Malnutrisi 4. Efek prosedur invasif 5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik; kerusakan integritas kulit; perubahan sekresi pH; penurunan kerja siliaris; ketuban pecah lama; ketuban pecah sebelum waktunya; merokok; statis cairan tubuh) 6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin; immunosupresi; leukopenia; supresi respon inflamasi; vaksinasi tidak adekuat)	Risiko infeksi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Kondisi Terkait 1. AIDS 2. Luka bakar 3. Penyakit paru obstruktif 4. Diabetes melitus 5. Tindakan invasi 6. Kondisi penggunaan terapi steroid 7. Penyalahgunaan obat 8. Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW) 9. Kanker	Tanda dan gejala Mayor Subjektif 1. (tidak tersedia) Objektif 1. (tidak tersedia) Tanda dan gejala Minor Subjektif 1. (tidak tersedia) Objektif 1. (tidak tersedia)

Diagnosa keperawatan	Definisi	Tanda dan gejala
	10.Gagal ginjal 11.Imunosupresi 12.Lymphedema 13.Leukositopedi 14.Gangguan fungsi hati	
Gangguan mobilitas fisik D.0054 Penyebab (etiologi) untuk masalah gangguan mobilitas fisik adalah: 1. Kerusakan integritas struktur tulang 2. Perubahan metabolisme 3. Ketidakbugaran fisik 4. Penurunan kendali otot 5. Penurunan massa otot 6. Penurunan kekuatan otot 7. Keterlambatan perkembangan 8. Kekakuan sendi 9. Kontraktur 10.Malnutrisi 11.Gangguan musculoskeletal 12.Gangguan neuromuscular 13.Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia 14.Efek agen farmakologis 15.Program pembatasan gerak 16.Nyeri 17.Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik 18.Kecemasan 19.Gangguan kognitif 20.Keengganan melakukan pergerakan 21.Gangguan sensori-persepsi	Gangguan mobilitas fisik merupakan Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Kondisi klinis: 1. Stroke 2. Cedera medula spinalis 3. Trauma 4. Fraktur 5. Osteoarthritis 6. Ostemalasia 7. Keganasan	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif 1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Objektif 1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun Gejala dan Tanda Minor Subjektif 1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak Objektif 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah

Sumber : SDKI, 2019

2.3.3 Intervensi keperawatan

Langkah ketiga dalam proses perawatan adalah tindakan perawat untuk merencanakan intervensi atau perawatan, yang mencakup merumuskan tujuan dan

hasil yang diharapkan untuk klien khusus. Penetapan prioritas dilakukan dengan berkolaborasi bersama klien dan keluarganya selama proses intervensi. Hal ini melibatkan konsultasi dengan tim kesehatan lainnya, pengumpulan dokumentasi, penyediaan informasi terkait modifikasi dalam perawatan medis, serta mempertimbangkan kebutuhan kesehatan klien dan manajemen klinis (Nursalam, 2020).

Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Risiko Infeksi D.0142	Tingkat Infeksi L.14137 Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi. Ekspektasi: Menurun. Kriteria hasil: 1. Demam (1-5) 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri (1-5) 4. Bengkak (1-5) 5. Kadar sel darah putih (1-5) Skala: 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	Manajemen Imunisasi/Vaksinasi I.14508 Observasi 1. Identifikasi Riwayat Kesehatan dan Riwayat alergi 2. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis: reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan/atau sakit parah dengan atau tanpa demam) 3. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan Terapeutik 4. Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral 5. Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis: nama produsen, tanggal kadaluarsa) 6. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat Edukasi 7. Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping 8. Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis: hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertussis, H. influenza, polio, campak, measles, rubela) 9. Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis: influenza, pneumokokus) 10. Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis: rabies, tetanus) 11. Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi Kembali

No	SDKI	SLKI	SIKI
			<p>12. Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis</p> <p>Pencegahan Infeksi I.14539 Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 5. Pertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
2.	Nyeri Akut (D.0077)	Tingkat Nyeri L.08066 Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan. Ekspektasi: Menurun. Kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri (1-5) 2. Meringis (1-5)	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 10. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music,

No	SDKI	SLKI	SIKI
		3. Sikap protektif (1-5)	biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
		4. Gelisah (1-5)	
		5. Kesulitan tidur (1-5)	11. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
		6. Frekuensi nadi (1-5)	12. Fasilitasi istirahat dan tidur
		Skala :	13. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
		1. Meningkatkan	Edukasi
		2. Cukup meningkat	14. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		3. Sedang	15. Jelaskan strategi meredakan nyeri
		4. Cukup menurun	16. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
		5. Menurun	17. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
			18. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
			Kolaborasi
			19. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
			Pemberian Analgesik (I.08243)
			Observasi
			1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis: pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
			2. Identifikasi Riwayat alergi obat
			3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis: narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
			4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik
			5. Monitor efektifitas analgesik
			Terapeutik
			6. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, jika perlu
			7. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
			8. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons klien
			9. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan
			Edukasi
			10. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat
			Kolaborasi

No	SDKI	SLKI	SIKI
			11. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
3.	Hipertermia (D.0130)	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>Definisi : Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.</p> <p>Ekspektasi: Membaik.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>1. Suhu tubuh (1-5)</p> <p>Skala :</p> <p>1. Meningkat</p> <p>2. Cukup meningkat</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Cukup menurun</p> <p>5. Menurun</p>	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, paparan lingkungan panas, penggunaan inkubator)</p> <p>2. Pantau suhu tubuh</p> <p>3. Pantau kadar elektrolit</p> <p>4. Pantau halluaran urin</p> <p>5. Pantau komplikasi akibat hipertermia</p> <p>Terapeutik</p> <p>6. Sediakan lingkungan yang dingin</p> <p>7. Longgarkan atau lepaskan pakaian</p> <p>8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh</p> <p>9. Berikan cairan oral</p> <p>10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)</p> <p>11. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, perut, aksila)</p> <p>12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</p> <p>13. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>14. Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>15. Kolaborasi memberikan cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</p> <p>Regulasi Suhu (I.14578)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Pantau suhu tubuh bayi sampai stabil (36,5 – 37,5°C)</p> <p>2. Pantau suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu</p> <p>3. Pantau tekanan darah, frekuensi pernapasan dan nadi</p> <p>4. Pantau warna dan suhu kulit</p> <p>5. Pantau dan catat tanda dan gejala hipotermia atau hipertermia</p> <p>Terapeutik</p> <p>6. Pasang alat pemantau suhu kontinu, jika perlu</p> <p>7. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang memadai</p> <p>8. Bedong bayi segera setelah lahir untuk mencegah kehilangan panas</p>

No	SDKI	SLKI	SIKI
			9. Masukkan bayi BBLR ke dalam plastik segera setelah lahir (mis: bahan polietilen, poliuretan) 10. Gunakan topi bayi untuk mencegah kehilangan panas pada bayi baru lahir 11. Tempatkan bayi baru lahir di bawah Radiant Warmer 12. Pertahankan kelembaban inkubator 50% atau lebih untuk mengurangi kehilangan panas karena proses evaporasi 13. Atur suhu inkubator sesuai kebutuhan 14. Hangatkan terlebih dahulu bahan-bahan yang akan kontak dengan bayi (mis: selimut, kain bedongan, stetoskop) 15. Hindari meletakkan bayi di dekat jendela terbuka atau di area aliran pendingin ruangan atau kipas angin 16. Gunakan matras penghangat, selimut hangat, dan penghangat ruangan untuk menaikkan suhu tubuh, jika perlu 17. Gunakan Kasur pendingin, selimut sirkulasi air, <i>ice pack</i> , atau gel pad dan kateterisasi pendingin intravaskular untuk menurunkan suhu tubuh 18. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan klien Edukasi 19. Menjelaskan cara pencegahan kelelahan panas dan serangan panas 20. Menjelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin 21. Demonstrasikan Teknik perawatan metode kanguru (PMK) untuk bayi BBLR Kolaborasi 22. Kolaborasi pemberian antipiretik, jika perlu
4.	Gangguan mobilitas fisik	Mobilitas fisik L.05042 Definisi: kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Ekspektasi: meningkat Kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas (1-5) 2. Kekuatan otot (1-	Dukungan Ambulasi (I.0617) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik,

No	SDKI	SLKI	SIKI
		5)	jika perlu
3.	Rentang gerak (ROM) (1-5)		7. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi
	Skala :		Edukasi
	1. Meningkatkan		8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
	2. Cukup meningkat		9. Anjurkan melakukan ambulasi dini
	3. Sedang		10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
	4. Cukup menurun		
	5. Menurun		
Dukungan Mobilisasi (I.05173)			
Observasi			
			1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
			2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
			3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
			4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
Terapeutik			
			5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
			6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
			7. Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan
Edukasi			
			8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
			9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
			10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Sumber : SLKI dan SIKI, 2019

2.3.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik, yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah dibuat tindakan keperawatan tersebut antara lain dengan mengaji tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak, nyeri semakin meningkat, dan teraba hangat), merawat luka

dengan aseptik, mempertahankan kondisi luka tetap kering, mempertahankan lingkungan yang nyaman, menganjurkan klien tidak menyentuh luka atau balutan, dan menganjurkan mengonsumsi makanan sesuai program (Nursalam, 2020).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan catatan perkembangan klien dengan berpedoman pada hasil dan tujuan yang hendak dicapai untuk menilai efektivitas proses keperawatan dari tahap pengkajian, intervensi, dan implementasi.

Evaluasi disusun menggunakan metode SOAP, yaitu:

- a. *S (Subjektif)* : berisi tentang data dari klien melalui anamnesis/wawancara yang merupakan ungkapan secara langsung. Contoh : klien mengatakan lukanya sudah mengering.
- b. *O (Objektif)* : data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik. Contoh : luka tampak bersih dan kelembaban terjaga.
- c. *A (Assesment)* : membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan masalah teratasi, masalah teratasi sebagian dan masalah belum teratasi.
- d. *P (Planning)* : merupakan rencana tindakan yang akan diberikan untuk intervensi yang belum teratasi.

Evaluasi yang diharapkan pada klien dengan resiko infeksi *post* operasi laparotomi adalah:

- a. Mengetahui tanda-tanda infeksi lokal.
- b. Mengetahui pentingnya merawat luka *post* operasi tetap bersih dan kering agar tidak infeksi.

- c. Mengidentifikasi sensasi *post* operasi dan menyadari bahwa sensasi tersebut merupakan bagian normal dari pemulihan *post* operasi.
- d. Tidak terjadi infeksi luka *post* operasi (Purnamasari *dkk.*, 2023).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian studi kasus. Penelitian studi kasus adalah rancangan penelitian terdiri dari pengkajian satu unit dalam penelitian terdiri dari pengkajian yang intensif misalnya klien, keluarga, kelompok, komunitas dan institusi (Halisyah, 2023).

Penelitian studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis di ruang Yudhistira RSUD Jombang.

3.2 Batasan Istilah

Penelitian ini sangat penting karena untuk memberikan batasan masalah yang digunakan dalam sebuah penelitian karena untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian dengan cara sebagai berikut:

1. Asuhan keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Nursalam, 2020).

2. Apendisitis

Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10-30 tahun.

3. Laparatomi merupakan salah satu tindakan bedah abdomen yang beresiko terjadinya komplikasi infeksi pasca operasi dibandingkan tindakan bedah lainnya.

4. Masalah muncul ketika terdapat ketidaksesuaian antara apa yang seharusnya terjadi dengan kenyataan, ketidaksesuaian antara teori dan praktik, perbedaan antara aturan dan implementasinya.

5. Potensi risiko infeksi muncul karena adanya insisi bedah laparatomi yang ditandai dengan keluhan klien tentang rasa gatal dan kemerahan di sekitar lokasi operasi, dan ketika luka diperiksa, terlihat adanya kemerahan.

6. Rumah sakit umum daerah jombang adalah rumahh sakit di kota jombang yang dijadikan tempat penelitian.

3.3 Partisipan

Subjek yang digunakan untuk penelitian adalah 1 klien atau 1 kasus dengan diagnosa medis yang mengalami *post* operasi laparatomi apendisitis di ruang Yudhistira RSUD Jombang, dengan kriteria klien sebagai berikut:

1. Klien *post* operasi laparatomi apendisitis hari ke 1.
2. Klien dalam keadaan sadar, GCS : E = 4, V = 5, M = 6
3. Klien berjenis kelamin laki-laki atau perempuan dengan usia 20-30 tahun.

4. Klien dan keluarga yang bersedia untuk dilakukan studi penelitian.

3.4 Lokasi dan waktu penelitian

1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian ini berada di ruang Yudhistira RSUD Jombang Jl. KH.

Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen, Kec. Jombang Jawa Timur.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Juli 2024.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah cara agar memperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini berikut ini metode pengumpulan data sebagai berikut:

1. Wawancara

Pengumpulan data dengan cara tanya jawab secara langsung, hasil anamnesis yang berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, *Sumber data primer* dari klien dan keluarga.

2. Observasi

Observasi adalah hasil pengamatan yang dapat dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas dan hanya pada apa yang dilihat. diperoleh dari hasil observasi adalah ruang (tempat), pelaku, kegiatan, objek, perbuatan, kejadian atau peristiwa, waktu dan perasaan. Alasan penelitian melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistis perilaku atau kejadian,

untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku manusia dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu melakukan umpan baik terhadap pengukuran tersebut.

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, agenda dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati (Halisyah, 2023). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil data rekam medik, dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimasukkan untuk menguji kualitas data informasi yang di dapatkan dalam penelitian dan menghasilkan data dengan validitas tinggi, uji Keabsahan data dapat dilakukan dengan:

1. Waktu penelitian yang sudah ditentukan sesuai dengan intervensi yaitu 3 hari, akan tetapi apabila pada klien apendisitis kondisi memburuk maka waktu diperpanjang selama 1 minggu, agar data yang diinginkan mencapai validitas.
2. Sebelum melakukan pengamatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi diharapkan melakukan kontrak waktu terlebih dahulu kepada penguji, pembimbing 1 dan pembimbing 2.
3. Triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan memanfaatkan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh dari responden, adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu keluarga klien, orang terdekat

klien yang pernah menderita yang sama dengan klien dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien.

3.7 Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak penelitian di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil Interpretasi wawancara. Teknik Analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data, selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk rekomendasi dalam Intervensi tersebut yaitu:

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi hasil ditulis dalam catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip.

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk *transkrip* dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan maupun teks. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan cara menyembunyikan identitas responden hanya menggunakan nama inisialnya.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, data kemudian diolah dan dibandingkan dengan hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.8 Etika Penelitian

Prinsip prinsip etik yang perlu diperhatikan antara lain:

1. *Informed Consent* (persetujuan)

Persetujuan sebelumnya adalah bentuk persetujuan antara peneliti dan responden. Sebelum melakukan penelitian sebagai responden, peneliti meminta persetujuan dengan memberikan formulir persetujuan. Hasil dari persetujuan sebelumnya adalah agar subyek memahami maksud, tujuan, dan konsekuensi dari penelitian (Nursalam, 2020).

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Saat mengumpulkan data diberikan setiap lembar kode yang bertujuan untuk menjaga kerahasiaan para relawan dan peneliti tidak hanya menyebutkan nama subjek (Adiputra *dkk.*, 2021)

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti akan selalu menjaga kerahasiaan informasi yang diterimanya dan hanya akan diungkapkan kepada kelompok tertentu yang terlibat dalam

penelitian. Untuk memastikan bahwa topik penelitian berikut ini bersifat rahasia (Adipultra dkk 2021)

4. *Ethical Clearance* (Kelayakan Etik)

Menurut Pusat Penelitian dan Pengembangan LIPI (2022) *Ethical Clearance* adalah instrumen untuk mengukur akseptabilitas etis dari serangkaian proses penelitian. Izin etik penelitian menjadi acuan bagi peneliti untuk menjunjung nilai integritas, kejujuran dan keadilan dalam melakukan penelitian. Selain itu juga, guna melindungi peneliti dari tuntutan terkait etika penelitian (Halisyah, 2023)..

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi dan pengumpulan data

Lokasi penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners studi kasus dan pengambilan data berada di ruang Yudhistira RSUD Jombang. Ruang Yudhistira terdapat 2 lantai yaitu Yudhistira lantai 1 dan Yudhistira lantai 4, dengan total bed ada 68. Yudhistira lantai 1 dibedakan menjadi 2 yaitu Yudhistira timur dan Yudhistira barat. Yudhistira timur meliputi HCU mulai dari Bed 1 – 24 sedangkan Yudhistira barat meliputi HCU Bed 25 – 32, kelas 2 dan ruangan *combustion*. Yudhistira lantai 4 meliputi klien kelas 1. Klien dalam studi kasus ini dirawat di Yudhistira barat bagain HCU bed 30.

4.1.2 Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian identitas klien

Tanggal masuk	: 28 Februari 2024
Jam masuk	: 17:29 WIB
Tanggal pengkajian	: 29 Februari 2024
Jam pengkajian	: 22.30 WIB
No RM	: 619955
Nama	: Sdr. R
Umur	: 19 Tahun
Jenis kelamin	: Laki-Laki
Agama	: Islam

Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat : Kesamben, Jombang
Status pernikahan : Belum menikah

2. Penanggung jawab klien

Nama : Tn. A
Umur : 37 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Kesamben, Jombang
Hubungan dengan klien : Ayah klien

3. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Luka *post* operasi di perut kanan bawah tertutup kassa.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Tanggal 24 Februari 2024 pagi klien mengeluh nyeri perut kanan bawah, nyeri yang dirasakan hilang timbul, mual, muntah 2 x, badan meriang. Kemudian tanggal 28 Februari 2024 pukul 17:25 WIB dibawa ke IGD RSUD Jombang dengan diagnosa susp. Apendisitis perforasi, lalu klien disarankan rawat inap di ruang Yudhistira di HCU Bed 30 pada tanggal 29 Februari 2024 pukul 01:09 WIB. Pasien rencana operasi pada tanggal 29

Februari 2024 pukul 20:00 WIB. Pasien selesai operasi pada tanggal 29 Februari 2024 pukul 22.15 WIB.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat menderita hipertensi dan DM.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada yang menderita sakit seperti klien.

4. Pola fungsi kesehatan

a. Pola makan

Di rumah klien makan 3x sehari dengan menu mencakup nasi, hidangan protein dan sayur. Namun, setelah operasi hari ke-1 klien dianjurkan untuk puasa minimal 6 jam kemudian boleh minum sedikit-sedikit jika dirasa tidak mual muntah boleh makan tapi yang lunak seperti roti.

b. Pola eliminasi

Di rumah klien biasanya buang air besar (BAB) 1x dalam sehari saat bangun pagi, dengan warna kuning dan berkemih (BAK) 6x dalam sehari. Namun, klien belum Buang Air Besar (BAB) sejak masuk rumah sakit sampai hari ini (setelah operasi) dan buang air kecil (BAK) dibantu dengan alat (kateter) urine tampung sebanyak 800 cc/24 jam dengan warna kuning.

c. Pola istirahat

Klien tidak memiliki kebiasaan tidur, sebelum dirawat di RS klien tidur 8 jam/hari, setelah dirawat di RS klien tidur 5 jam/hari. Klien mengalami masalah tidur susah tidur karena nyeri pasca operasi.

d. Pola kegiatan

Di rumah klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan sendiri, namun setelah di rawat di rumah sakit klien berbaring di tempat tidur. Saat melakukan aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

Tabel 4. 1 Aktivitas dan Latihan Klien

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum			√		
Mandi			√		
Toileting		√			
Berpakaian			√		
Berpindah			√		
Mobilisasi di tempat tidur & ambulasi ROM			√		

Sumber data primer: 2024

Total skala ADL :11

Alat bantu : kateter/DK no.16, tidak terpasang NGT

Data lain : Keluarga klien mengatakan aktivitas dan latihan dibantu oleh orang lain, klien tampak hanya berbaring ditempat tidur, klien tampak dibantu orang lain saat melakukan aktivitas dan latihan.

Keterangan:

0 : Mandiri

1 : Menggunakan alat bantu

2 : Dibantu orang

3 : Dibantu orang lain dan alat

4 : Tergantung total

5. Pemeriksaan fisik

a. Observasi pemeriksaan fisik

Tekanan darah: 120/80 mmHg

Suhu : 37,6°C

Nadi : 84 x/menit

RR : 20 x/menit

GCS : Composmentis

Keadaan umum : Lemah

SPO₂ : 98 %

b. Pemeriksaan *Head To Toe* Klien

1) Kepala

Bentuk kepala bulat dan simetris, warna rambut hitam, kuantitas rambut lebat, tekstur rambut halus dengan kulit kepala bersih.

2) Mata

Konjungtiva kuning, sclera warna putih, reflek pupil isokor, bola mata bulat normal.

3) Telinga

Bentuk telinga normal, dan kedua telinga simetris, tidak ada cairan yang keluar dari lubang telinga.

4) Hidung dan sinus

Bentuk hidung simetris antara lubang tidak terlihat pernafasan cuping hidung, warna hidung tidak sianosis.

5) Mulut dan tenggorokan

Bibir lembab, mukosa kering, gigi dan lidah bersih, palatum normal tidak ada kelainan, faring normal tidak ada kelainan.

6) Leher

Bentuk simetris, posisi trakea berada ditengah-tengah, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, dan tidak terdapat tanda-tanda peningkatan pada vena jugularis.

7) Thorax

Paru-paru

Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20x/menit, kedalaman nafas normal, jenis pernafasan dada, retraksi dada tidak ada, irama nafas reguler, ekspansi paru normal, vocal fremitus teraba, tidak ada nyeri dada dan tidak ada bunyi nafas tambahan.

Jantung

Ictus cordis terasa, bunyi jantung S1 S2 tunggal dan tidak ada nyeri.

8) Abdomen

Bentuk abdomen soepel, lingkaran perut 90 cm (normal), bising usus 8x/menit, tidak ada massa, tidak ada acites, terdapat luka *post* operasi terbalut kasa steril (perut bagian kanan bawah kuadran 2).

P : *post* operasi laparotomi apendisitis

Q : seperti ditusuk-tusuk

R : kanan bawah abdomen

S : skala nyeri 5

T : hilang timbul

9) Genetalia

Menggunakan kateter no. 16, berwarna urine kuning, aroma yang khas, urin output sebanyak 800 cc/24 jam.

10) Ekstremitas

Turgor < 2 detik, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, akral hangat, penurunan ROM, kelemahan semua ekstremitas efek anestesi.

$$\frac{3}{3} \bigg| \frac{3}{3}$$

6. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4. 2 Pemeriksaan laboratorium tanggal 28 Februari 2024

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	15.0	g/dl	13.2 ~ 17.3
Leukosit	19.48	10 ³ /ul	3.8 ~ 10.6
Hematokrit	43.6	%	40 ~ 52
Eritrosit	5.41	10 ⁶ /ul	4.4 ~ 5.9
MCV	80.6	fl	82 ~ 92
MCH	27.7	pg	27 ~ 31
MCHC	34.4	g/l	31 ~ 36
RDW-CV	12.5	%	11.5 ~ 14.5
Trombosit	277	10 ³ /ul	150 ~ 440
Hitung Jenis			
Eosinofil			2 - 4
Basofil			0 - 1
Batang	-		3 - 5
Segmen	84	%	50 ~ 70
Limfosit	6	%	25 ~ 40
Monosit	10	%	2 ~ 8
Immature Granulocyte (IG)	0.5	%	3
Neutrofil Absolut (ANC)	16.35	10 ³ /ul	2.5 ~ 7
Limfosit Absolut (ALC)	1.1	10 ³ /ul	1.1 ~ 3.3
NLR	14.86		< 3.13
Ret-He	!		> 30.3
Immature Platelet (IPF)	!		1.1 - 6.1
Normoblas (NRBC)	0.00	%	
I/T ratio	0.01		< 0.2

Sumber data primer: 2024

Tabel 4. 3 Pemeriksaan laboratorium tanggal 28 Februari 2024

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
URINALISA.			
Berat Jenis	1.030		1 ~ 1.03
pH	6.0		5.5 ~ 7
Protein	(+) 1		Negatif
Glukosa	Negatif		Negatif
Bilirubin	Negatif		Negatif
Urobilinogen	Normal		Normal
Keton	(+) 2		Negatif
Nitrit	Negatif		Negatif

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leukosit	Negatif		Negatif
Eritrosit	Negatif		Negatif
Sedimen			
Leukosit	1-2		0 - 2
Eritrosit	1-3		0 - 1
Silinder	Negatif		Negatif
Epitel	2-4		1 - 2
Kristal	Negatif		Negatif
Lain-lain	-		

Sumber data primer: 2024

Tabel 4. 4 Pemeriksaan laboratorium tanggal 29 Februari 2024

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
KOAGULASI			
PT	12	Detik	11 ~ 15
APTT	31	Detik	25 ~ 35
KIMIA DARAH			
Glukosa darah sewaktu	71	mg/dl	< 200
Kreatinin	0.99	mg/dl	0.9 ~ 1.3
Urea	27.5	mg/dl	13 ~ 43
SGOT	19	U/l	15 ~ 40
SGPT	15	U/l	10 ~ 40
Natrium	134	mEq/l	135 ~ 147
Kalium	4.75	mEq/l	3.5 ~ 5
Klorida	97	mEq/l	95 ~ 105

Sumber data primer: 2024

7. Terapi medik

- a. Infus tutosol 1500 cc /24 jam
- b. Inj. Metamizole 3 x 10 mg (IV)
- c. Inj. Omeprazole 2 x 10 mg (IV)
- d. Inj. Metoclopramide 3 x 10 mg (IV)
- e. Inj. Ceftriaxone 2 x 1 gr (IV)

8. Analisa data

Tabel 4. 5 Analisa data tanggal 29 Februari 2024

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>DS : Terdapat luka <i>post</i> operasi di perut kanan bawah.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum lemah Terdapat luka <i>post</i> operasi laparatomi apendisitis di abdomen kanan bawah (kuadran 2) tertutup kassa TTV : TD : 120/80 mmHg N : 84 x/menit S : 37,6⁰C RR : 22 x/menit SPO² : 98 % Kesadaran Composmentis 	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi D. 0142
<p>DS : Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post</i> operasi.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum lemah Klien meringis kesakitan Terdapat luka <i>post</i> operasi laparatomi apendisitis di abdomen kanan bawah tertutup kassa Kesadaran Composmentis TTV : TD : 120 mmHg N : 84 x/menit S : 37,6⁰C RR : 22 x/menit SPO² : 98 % P : <i>post</i> operasi laparatomi apendisitis Q : seperti ditusuk-tusuk R : kanan bawah abdomen S : skala nyeri 5 T : hilang timbul 	Agen cedera fisik	Nyeri akut D. 0077
<p>DS : Klien mengatakan semua ekstremitas mengalami kelemahan.</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum lemah Rentang gerak menurun 	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik D.0054

12

3

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
3 3		
3 3		
3. Klien hanya berbaring ditempat tidur		
4. TTV :		
TD : 120 mmHg		
N : 84 x/menit		
S : 37,6 ⁰ C		
RR : 22 x/menit		
SPO ² : 98 %		

Sumber data primer: 2024

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

1. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 6 Intervensi Keperawatan tanggal 29 Februari 2024

Diagnosa	SDKI	SLKI	SIKI															
1.	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indikator</th> <th>Indeks</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>1 2 3 4 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kemerahan</td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Bengkak</td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Indeks			1 2 3 4 5	1.	Kemerahan	√	2.	Nyeri	√	3.	Bengkak	√	Pencegahan Infeksi I.14539 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi, memonitor suhu tubuh. 2. Mengajarkan klien dan keluarga tanda dan gejala infeksi. 3. Mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan yang benar. 4. Mengajarkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi dan minum air putih secukupnya. 5. Rawat luka 1 kali sehari setiap pagi hari. 6. Kolaborasi pemberian (antibiotik) Inj. Ceftriaxone.
No	Indikator	Indeks																
		1 2 3 4 5																
1.	Kemerahan	√																
2.	Nyeri	√																
3.	Bengkak	√																
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Indeks</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Indeks			Manajemen Nyeri I.08238 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri.											
No	Indeks																	

Diagnosa	SDKI	SLKI					SIKI		
	pencedera fisik		Indikator	1	2	3	4	5	2. Mengkaji tanda-tanda vital 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologi tarik nafas dalam untuk mengurangi nyeri. 4. Menjelaskan kepada klien dan keluarga penyebab dan pemicu nyeri. 5. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri. 6. Menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup.
		1.	Keluhan nyeri					√	
		2.	Merangis					√	
		3.	Sikap protektif					√	
3.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:					Dukungan Mobilisasi I.05173 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan nyeri lainnya. 2. Menjelaskan klien tujuan dan prosedur melakukan mobilisasi. 3. Menganjurkan klien untuk melakukan mobilisasi sederhana (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur) 4. Melibatkan keluarga untuk membantu klien melakukan mobilisasi.		
		No	Indikator	Indeks					
			Pergerakan	1	2	3	4	5	
		1.	ekstremitas		√				
		2.	Kekuatan otot		√				

Sumber data primer: 2024

4.1.5 Implementasi keperawatan

Tabel 4. 7 Implementasi Keperawatan Hari ke-1

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
1.	Kamis/ 29/02/24	22.20	Memonitor tanda dan gejala infeksi, memonitor suhu tubuh (37,6 ⁰ C)	
		22.30	Mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan yang benar	
		05.00	Mengajarkan klien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	
		05.15	Menganjurkan klien untuk minum sedikit-sedikit jika tidak muntah boleh makan tapi yang lunak	
2.	Kamis/ 29/02/24	22.25	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri P : post operasi laparatomi apendisitis Q : seperti ditusuk-tusuk R : kanan bawah abdomen S : skala nyeri 5	

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
			T : hilang timbul	
		22.25	Mengkaji tanda-tanda vital: TD : 120/80 mmHg N : 84 x/menit S : 36,80C RR : 22 x/menit SPO2 : 98 %	
		22.35	Memberikan analgetik, inj. Metamizole 10 mg (IV)	
		22.40	Menjelaskan kepada klien dan keluarga penyebab dan pemicu nyeri.	
		22.45	Menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup.	
3.	Kamis/ 29/02/24	22.20	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan nyeri lainnya (tidak ada kelemahan pada ekstremitas)	
		05.05	Menjelaskan klien dan keluarga tujuan dan prosedur melakukan mobilisasi	
		05.10	Mengedukasi klien untuk melakukan mobilisasi sederhana (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur)	
		05.20	Melibatkan keluarga untuk membantu klien melakukan mobilisasi.	

Sumber data primer: 2024

Tabel 4. 8 Implementasi Keperawatan Hari ke-2

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
1.	Jum'at/ 1/03/24	08.00	Memonitor tanda dan gejala infeksi, memonitor suhu tubuh (36,8 ⁰ C)	
		08.30	Memberikan (antibiotik), inj. ceftriaxone 10 mg (IV)	
		09.15	Melakukan perawatan luka <i>post</i> operasi, keluar cairan seperti nanah	
		09.45	Mengajarkan klien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	
		11.00	Mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan yang benar	
		11.10	Menganjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi (nasi, lauk, sayur, buah dan susu) serta minum air putih yang cukup	
2.	Jum'at/ 1/03/24	08.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri P : <i>post</i> operasi laparotomi apendisitis Q : seperti ditusuk-tusuk R : kanan bawah abdomen S : skala nyeri 3 T : hilang timbul	
		08.05	Mengkaji tanda-tanda vital:	

22

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
			TD : 120/80 mmHg N : 84 x/menit S : 36,80C RR : 22 x/menit SPO2 : 98 %	
		08.30	Memberikan analgetik, inj. Metamizole 10 mg (IV)	
		09.00	Menjelaskan kepada klien dan keluarga penyebab dan pemicu nyeri.	
		11.00	Menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup.	
3.	Jum'at/ 1/03/24	08.00	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan nyeri lainnya. (kelemahan pada ekstremitas mulai membaik)	
		08.05	Menjelaskan klien dan keluarga tujuan dan prosedur melakukan mobilisasi	
		08.30	Mengedukasi klien untuk melakukan mobilisasi sederhana (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur)	
		09.00	Melibatkan keluarga untuk membantu klien melakukan mobilisasi.	

Sumber data primer: 2024

Tabel 4. 9 Implementasi Keperawatan Hari ke-3

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
1.	Sabtu/ 2/03/24	08.00	Memonitor tanda dan gejala infeksi, memonitor suhu tubuh (36,6 ⁰ C)	
		08.30	Memberikan terapi inj. ceftriaxone 10 mg (IV)	
		09.15	Melakukan perawatan luka <i>post</i> operasi laparatomi apendisitis, tidak ada cairan pus keluar pada area jahitan	
		09.45	Mengajarkan klien dan keluarga teknik mencuci tangan yang benar	
		11.00	Mengajarkan klien dan keluarga tanda gejala infeksi	
		11.10	Menganjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi (nasi, lauk, sayur, buah dan susu) serta minum air putih yang cukup	
2.	Sabtu/ 2/03/24	08.00	Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri P : <i>post</i> operasi laparatomi apendisitis Q : seperti ditusuk-tusuk R : kanan bawah abdomen S : skala nyeri 1 T : hilang timbul	
		08.05	Mengkaji tanda-tanda vital: TD : 130/70 mmHg N : 90 x/menit S : 36,6 ⁰ C RR : 20 x/menit	

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf
			SPO2 : 99%	
		08.30	Kolaborasi pemberian analgetik, memberikan inj. Metamizole 10 mg (IV)	
		09.00	Menjelaskan kepada klien dan keluarga penyebab dan pemicu nyeri.	
		11.00	Menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup.	
3.	Sabtu/ 2/03/24	08.00	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan nyeri lainnya, (kelemahan pada ekstremitas mulai membaik)	
		08.35	Menjelaskan klien dan keluarga tujuan dan prosedur melakukan mobilisasi	
		10.00	Mengedukasi klien untuk melakukan mobilisasi sederhana (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur)	
		10.10	Melibatkan keluarga untuk membantu klien melakukan mobilisasi.	

Sumber data primer: 2024

4.1.6 Evaluasi

Tabel 4. 10 Evaluasi Keperawatan hari ke-1

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Kamis/ 29/02/24	07.00	<p>S : Klien mengatakan <i>post</i> operasi merembes, tidak demam, masih mual tapi tidak muntah, terasa nyeri luka pada <i>post</i> operasi.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum <i>post</i> operasi hari ke-1 lemah Terdapat luka <i>post</i> operasi di abdomen kanan bawah terbalut kasa TTV : TD : 120/80 mmHg N : 84 x/menit S : 36,8⁰C RR : 22 x/menit SPO2 : 98 % <p>A : Masalah risiko infeksi belum teratasi.</p> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan.</p>	
2.	Kamis/ 29/02/24	07.05	<p>S : Klien mengatakan nyeri pada luka <i>post</i> operasi.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum lemah Klien tampak meringis TTV : TD : 120/80 mmHg N : 84 x/menit S : 36,8⁰C 	

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Evaluasi	Paraf				
			RR : 22 x/menit SPO2 : 98 % P : <i>post</i> operasi laparatomi apendisitis Q : seperti ditusuk-tusuk R : kanan bawah abdomen S : skala nyeri 3 T : hilang timbul A : Masalah nyeri akut belum teratasi. P : Intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan.					
3.	Kamis/ 29/02/24	07.10	S : Klien mengatakan tangan dan kakinya mengalami kelemahan. O : 1. Keadaan umum lemah 2. Pergerakan ekstremitas menurun 3. Kekuatan otot menurun <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="padding: 2px 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</td> <td style="padding: 2px 5px;">3</td> </tr> </table> 4. TTV: TD : 120/80 mmHg N : 84 x/menit S : 36,8 ⁰ C RR : 22 x/menit SPO2 : 98 % A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : Intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan.	3	3	3	3	
3	3							
3	3							

Sumber data primer: 2024

Tabel 4. 11 Evaluasi Keperawatan Hari ke-2

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Jum'at/ 1/03/24	20.10	S : Klien mengatakan luka <i>post</i> operasi keluar cairan keruh seperti nanah, tidak demam, tidak mual, tidak muntah, terasa nyeri pada luka <i>post</i> operasi. O : 1. Keadaan umum lemah 2. Terdapat luka <i>post</i> operasi di abdomen kanan bawah terbalut kassa 3. Terdapat sedikit pus keluar dari luka <i>post</i> operasi 4. TTV : TD : 130/70 mmHg N : 90 x/menit S : 36,6 ⁰ C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Evaluasi	Paraf
			A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian	
			P : intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan	
2.	Jum'at/ 1/03/24	20.15	S : klien mengatakan nyeri luka <i>post</i> operasi.	
			O : 1. Keadaan umum lemah 2. Klien tampak meringis 3. TTV: TD : 130/70 mmHg N : 90 x/menit S : 36,60C RR : 20 x/menit SPO2 : 99% P : <i>post</i> operasi laparatomi apendisitis Q : seperti ditusuk-tusuk R : kanan bawah abdomen S : skala nyeri 1 T : hilang timbul	
			A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian.	
			P : Intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan.	
3.	Jum'at/ 1/03/24	20.20	S : Klien mengatakan kakinya masih mengalami penurunan pergerakan.	
			O : 1. Keadaan umum lemah 2. Pergerakan ekstremitas menurun 3. Kekuatan otot menurun 5 5 4 4 4. TTV: TD : 130/70 mmHg N : 90 x/menit S : 36,60C RR : 20 x/menit SPO2 : 99%	
			A : Masalah gangguan mobilitas teratasi sebagian.	
			P : Intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan.	

Sumber data primer: 2024

Tabel 4. 12 Evaluasi Keperawatan Hari ke-3

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Sabtu/ 2/03/24	11.20	S : Klien mengatakan luka <i>post</i> operasi sudah tidak keluar cairan keruh seperti	

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Evaluasi	Paraf				
			<p>nanah, tidak mual, tidak muntah, nyeri <i>post</i> operasi mulai berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan Umum baik Terdapat luka <i>post</i> operasi di abdomen kanan bawah terbalut kasa Tidak terdapat pus pada luka <i>post</i> operasi TTV : <ul style="list-style-type: none"> TD : 120/70 mmHg N :80 x/menit S : 36,6⁰C RR : 20 x/menit SPO₂ : 98% <p>A : Masalah risiko infeksi teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan, klien rencana pindah ke ruang Bima.</p>					
2.	Sabtu/ 2/03/24	11.25	<p>S : Klien mengatakan nyeri luka <i>post</i> operasi.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum lemah Klien tampak meringis TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD : 130/70 mmHg N : 80 x/menit S : 36,60C RR : 20 x/menit SPO₂ : 99% <p>P : <i>post</i> operasi laparatomi apendisitis</p> <p>Q : seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : kanan bawah abdomen</p> <p>S : skala nyeri 1</p> <p>T : hilang timbul</p> <p>A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian.</p> <p>P : Intervensi 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan, klien rencana pindah ke ruang Bima.</p>					
3.	Sabtu/ 2/03/24	11.30	<p>S : Klien mengatakan tangan dan kakinya sudah tidak mengalami kelemahan.</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum baik Pergerakan ekstremitas membaik Kekuatan otot membaik <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> ROM meningkat TTV: 	5	5	5	5	
5	5							
5	5							

Diagnosa	Hari/tgl	Jam	Evaluasi	Paraf
			TD : 120/70 mmHg N : 80 x/menit S : 36,60C RR : 20 x/menit SPO2 : 98%	
			A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian	
			P : Intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan, klien rencana pindah ke ruang Bima.	

Sumber data primer: 2024

4.2 Pembahasan

Peneliti mengulas kasus perawatan pada klien yang menjalani operasi laparatomi apendisitis di ruang Yudhistira RSUD Jombang. Lingkup pembahasan meliputi beberapa tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, imlementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Berdasarkan data pengkajian terhadap Sdr. R klien dengan *post* operasi laparatomi apendisitis hari ke 1, klien mengeluhkan nyeri perut kanan bawah, mengalami kelemahan pada ekstremitas, badan teasa panas, mual tidak muntah. Sesuai dengan observasi dari peneliti klien *post* operasi laparatomi hari ke-1 terdapat luka pembedahan di abdomen kanan bawah dengan terbalut kassa. Menurut peneliti nyeri perut dan kelemahan pada ekstremitas terjadi dari efek *post* pembedahan, terjadinya peningkatan suhu tubuh klien kemungkinan terjadi karena infeksi penyakit itu sendiri atau efek *post* operasi, sedangkan keluhan mual terjadi karena efek anestesi.

Menurut peneliti pengkajian pada penelitian ini sudah sesuai dengan terori, hasil pengkajian pada klien ditemukan mual, demam, sulit

menggerakkan badan atau bahkan mengalami kelemahan pada ekstremitas itu hal yang terjadi pada klien *post* operasi.

Berdasarkan penelitian Mombilia, Rosita, & Febrianti (2024) rasa nyeri selalu dirasakan pada klien *post* operasi karena adanya kerusakan jaringan akibat pembedahan. Sedangkan menurut Lestari, Supriyatno, & Sarwono (2023) selain nyeri klien *post* operasi juga mengalami keterbatasan dalam gerakan fisik pada ekstremitasnya, hal ini bisa disebabkan karena nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan atau merasa cemas saat bergerak. Menurut penelitian Manda (2022) yang didapatkan kasus demam yang sering kali diderita yaitu demam noninfeksi yang disebabkan oleh masuknya bibit penyakit dalam tubuh dan demam infeksi yang disebabkan oleh masuknya patogen misalnya bakteri atau prosedur invasif. Menurut Aditya & Satria (2024) mual muntah yang terjadi pada klien *post* operasi merupakan hal yang wajar terjadi karena efek dari anestesi selama pembedahan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan analisa data subjektif dan objektif, diagnosa keperawatan utama yaitu risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Penyebab terjadinya masalah ini adalah pasca operasi laparotomi apendisitis, dimana saat pengkajian mengidentifikasi adanya insisi jaringan dan terputusnya integritas jaringan yang menyebabkan peradangan karena luka insisi pasca operasi yang beresiko menyebabkan infeksi. Diagnosa risiko infeksi dipilih sebagai diagnosa utama karena jika tidak segera diatasi dapat memperburuk kondisi klien atau bahkan menyebabkan komplikasi. Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu nyeri akut

berhubungan dengan agen pencedera fisik yang mana rasa nyeri ini sering dialami pada klien *post* operasi yang disebabkan oleh prosedur pembedahan. Diagnosa nyeri akut dipilih sebagai diagnosa kedua karena tidak termasuk mengancam nyawa dengan skala nyeri 4. Diagnosa keperawatan ketiga yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, klien dengan *post* operasi akan mengalami kelemahan pada ekstremitas yang disebabkan oleh efek anestesi. Diagnosa mobilitas fisik dipilih menjadi diagnosa ketiga karena bukan diagnosa prioritas dan tidak mengancam nyawa

Berdasarkan penelitian menurut Nadianti & Minardo (2023) yang mengangkat diagnosa utamanya risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, yang mana luka *post* operasi beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenis yaitu penyakit kronis dan efek prosedur invasif. Diagnosa ini memiliki kesamaan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Halisyah (2023) dalam penelitian tersebut dengan diagnosa keperawatan utama risiko infeksi pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis berhubungan dengan efek dari prosedur invasif yang telah dilakukan.

Menurut peneliti dalam studi kasus ini, diagnosa keperawatan risiko infeksi terkait dengan efek prosedur invasif menjadi diagnosa utama sesuai dengan data pengkajian yang mencakup adanya luka *post* operasi pada bagian abdomen, suhu tubuh meningkat, hal ini menunjukkan luka *post* operasi beresiko terjadi infeksi.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah langkah berikutnya dalam proses perawatan setelah diagnosis. Tahap ini, perawat menetapkan tujuan dan kriteria hasil yang akan digunakan untuk mengevaluasi efektivitas perawatan klien. Peneliti merancang intervensi dalam penelitian ini dengan harapan bahwa setelah dilakukan perawatan 3 x 24 jam masalah tingkat infeksi yang dialami klien menurun dengan kriteria hasil: demam, kemerahan, nyeri dan begkak menurun. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan dapat berhasil mengendalikan risiko infeksi dengan memantau faktor-faktor yang muncul. Menurut peneliti intervensi yang direncanakan sesuai dengan pedoman SIKI namun ada intervensi yang tidak dicantumkan oleh peneliti karena intervensi yang dirancang menyesuaikan kondisi yang terjadi pada klien saat ini.

Berdasarkan teori menurut Setyaningrum (2022) intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan adalah serangkaian tindakan dalam praktik keperawatan yang berfokus pada klien dengan melibatkan menetapkan tujuan yang ingin dicapai dalam perawatan klien dan memilih tindakan keperawatan yang tepat untuk mencapai tujuan tersebut dengan efektif. Intervensi keperawatan yang diberikan untuk mengatasi masalah risiko infeski yaitu memonitor tanda dan gejala terjadinya infeksi, memberikan perawatan kulit pada edema, mengajarkan cara mencuci tangan yang baik dan benar, mempertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan untuk meningkatkan asupan nutrisi dan cairan yang cukup sesuai kebutuhan tubuh.

Menurut Mahendra (2021) intervensi yang dilakukan klien dengan *post* operasi laparotomi apendisitis untuk mencegah terjadinya infeksi yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi dengan cara memonitor suhu tubuh, berikan perawatan kulit pada area edema, mengajarkan klien dan keluarga cuci tangan yang benar, mengajarkan klien dan keluarga tanda dan gejala infeksi, menganjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi dan kolaborasi pemberian antibiotik. Sedangkan menurut SIKI (2019) intervensi yang dilakukan pada klien dengan risiko infeksi dilakukan pencegahan infeksi yaitu dengan monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, pertahankan teknik aseptik pada klien berisiko tinggi, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan etika batuk, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan cairan, kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

Menurut peneliti, intervensi keperawatan yang telah direncanakan sudah disesuaikan dengan kondisi klien untuk mencegah terjadinya infeksi. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi memonitor suhu tubuh, mengajarkan klien dan keluarga tanda dan gejala infeksi, mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan yang benar, menganjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi dan minum air putih secukupnya, rawat luka 1 kali sehari setiap pagi hari, kolaborasi pemberian (antibiotik) Inj. Ceftriaxone.

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan telah diberikan kepada klien sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya. Implimentasi yang diberikan pada hari ke-1 yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi, mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan yang benar, mengajarkan klien dan keluarga tanda gejala infeksi dan menganjurkan klien untuk minum sedikit-sedikit jika tidak muntah bolak makan makanan yang lunak. Hari ke-2 memonitor tanda dan gejala infeksi, mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan yang benar, mengajarkan klien dan keluarga tanda gejala infeksi, menganjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi dan kolaborasi pemberian antibiotik. Hari ke-3 memonitor tanda dan gejala infeksi, mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan yang benar, mengajarkan klien dan keluarga tanda gejala infeksi, melakukan perawatan luka, menganjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi dan kolaborasi pemberian antibiotik. Pelaksanaan implementasi yang telah dilakukan 3 hari tidak mengalami kendala, klien dan keluarga mengikuti tindakan yang diberikan.

Menurut Tanjung (2020) pelaksanaan keperawatan dilakukan secara bertahap, implementasi yang dilakukan hanya sebagian dihari pertama, hal ini dikarenakan menyesuaikan kondisi luka *post* operasi klien. Kemudian dihari kedua dan ketiga melakukan semua intervensi, hal ini dilakukan agar proses perawatan bisa optimal dan kondisi klien cepat membaik.

Menurut peneliti, implementasi yang dilakukan pada hari pertama tidak melakukan perawatan luka *post* operasi karena klien baru saja melakukan

operasi sehingga untuk perawatan luka dilakukan pada hari kedua dan ketiga. Penelitian ini terdapat kesesuaian atau tidak ada kesenjangan antara teori dengan implementasi yang diberikan kepada klien dengan masalah risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Klien menunjukkan peningkatan proses penyembuhan dalam hal ini menandakan tindakan yang dilakukan sudah tepat setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam keadaan klien menjadi lebih baik.

5. Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi perawatan selama 3 hari menunjukkan perkembangan yang baik bagi klien. Hari pertama, kriteria hasil belum tercapai karena keluhan dan tanda gejala infeksi masih ada. Hari kedua, luka *post* operasi mengeluarkan cairan berwarna keruh seperti nanah/pus. Hari ketiga, luka *post* operasi sudah tidak mengeluarkan cairan berwarna keruh seperti nanah/pus, hal ini menunjukkan telah terjadi perubahan positif dalam evaluasi keperawatan dengan menunjukkan peningkatan kondisi klien. Klien tidak mengalami demam, mual, muntah, diare atau luka *post* operasi tidak keluar pus/nanah. Dokter bahkan telah memberikan persetujuan kepada klien untuk pindah ke ruangan lain, hal ini menunjukkan bahwa kondisi klien telah membaik. Evaluasi keperawatan selama perawatan 3 hari menunjukkan perkembangan kondisi luka *post* operasi menunjukkan penurunan tanda gejala terjadinya infeksi yaitu pada jahitan luka *post* operasi tidak mengeluarkan pus, tidak tampak kemerahan dan bengkak.

Berdasarkan teori menurut Marhamah, Astuti, & Choire (2021) evaluasi keperawatan menunjukkan perkembangan luka *post* operasi sudah tidak

menunjukkan tanda-tanda infeksi. Kondisi luka *post* operasi yang awalnya terlihat kemerahan, bengkak dan adanya pus keluar dari jahitan pada luka menjadi menurun. Perubahan luka yang semakin membaik membuktikan bahwa implemtasi yang dilakukan sudah sesuai yaitu dengan tanda gejala terjadinya infesi menurun.

Menurut peneliti, evaluasi keperawatan yang dilakukan Sdr. R menggunakan metode SOAP. Berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan pada hari ke-1 masalah keperawatan yang dialami klien belum teratasi. Hari ke-2 masalah yang dialami klien teratasi sebagian, sedangkan hari ke-3 mengalami peningkatan masalah yang dialami klien teratasi dan kondisinya mulai menunjukkan perkembangan kondisi yang lebih baik.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan terhadap Sdr. R yang mengalami kasus *post* operasi laparatomi apendisitis, mual, demam, sulit menggerakkan badan bahkan mengalami kelemahan pada ekstremitas.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Sdr. R adalah risiko infeksi terkait dengan efek prosedur invasif, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan SLKI 2019 selama 3 hari tanda-tanda infeksi menurun.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan dengan pengamatan, tindakan mandiri, penyuluhan dan kerja sama dengan mengikuti tindakan yang telah dilakukan sesuai dengan SIKI 2019 untuk mencapai sasaran atau target yang diharapkan selama 3 hari.
5. Evaluasi perawatan pada klien yang mengalami masalah infeksi teratasi dengan ditandai infeksi menurun.

5.2 Saran

Berdasarkan beberapa saran sesuai dengan kesimpulan yaitu sebagai berikut:

1. Bagi perawat

Bagi perawat diharapkan saat proses pemberian asuhan keperawatan pada klien pelayanan yang optimal dapat diberikan khususnya pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis sehingga saat proses penyembuhan agar berjalan lebih cepat.

2. Bagi peneliti selanjutnya

Studi kasus ini bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi untuk menambah pengetahuan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien *post* operasi laparatomi apendisitis.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. W., Oktaviani, N. P. W., Munthe, S. A., Hulu, V. T., Budiastutik, I., ... Suryana, S. (2021). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Retrieved from <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/id/eprint/19810>
- Aditya, F., & Satria, M. (2024). Apendisitis Akut Pada Pasien Dewasa : Ulasan Singkat. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia (JIKI)*, 14, 583–586.
- Cristie, J. O., Wibowo, A. A., Noor, M. S., Tedjowitono, B., & Aflanie, I. (2021). Literature Review : Analisis Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Apendisitis Akut. *Journal of Nursing Care*, 59–68.
- Darmawan, A. A., & Rihiantoro, T. (2022). Pengetahuan, Sikap Dan Perilaku Mobilisasi Dini Pasien *Post* Operasi Laparatomi. *Jurnal Keperawatan*, XIII(1).
- Dewi, A. S., & Iriani, R. (2020). Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Gangguan Rasa Nyeri dengan *Post* Op Apendisitis di RSUD Budhi Asih Jakarta. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 7(25), 48–55.
- Dopi, D. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post* Op Laparatomi Eksplorasi Atas Indikasi Appendicitis Perforasi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di RSUD dr. Slamet Garut. *Journal of Nursing Care*.
- Fachrurrozi, H. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Laparatomi Eksplorasi a.i. Appendiksitis Perforasi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Marjan Bawah Rsud dr. Slamet Garut*.
- Halisyah, L. N. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Balita Dengan Post Operasi Laparatomi Appendicitis*. 4(1), 88–100.
- Hendrawati, H., & Amalia, R. F. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan *Post* Op Laparatomi Apendisitis Akut. *Jurnal Pustaka Keperawatan*, 1(2), 73–80.
- Ismail, N. A., Suciaty, S., & Ramli, R. R. (2020). Gambaran Efektivitas Penanganan Nyeri *Post* Operasi Appendisitis Di RSUD Undata Palu Tahun 2019. *Medika Alkhairaat : Jurnal Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*, 2(3), 125–130.
- Koten, Y. L. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Laparatomy Eksplorasi Atas Indikasi Appendiksitis Perforasi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruangan Wijaya Kusuma Lantai Ii RSUD Ciamis*.
- Kurniawati, Zainal, S., & Kadir, H. A. (2022). Gambaran Tentang Kejadian Apendisitis Di RS. TK II Pelamonia Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, 15(4), 371–377.
- Lestari, A. D., Supriyatno, H., & Sarwono, B. (2023). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan *Post* Operasi Apendisitis (Case Study: Nursing Care In Patient with *Post* Operation Appendicitis). *Jurnal Keperawatan Sehat Mandiri*, 1(1), 34–39.
- Mahendra, D. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operatif*

- Appendisitis Di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.*
- Manda, M. (2022). Gambaran Pasien Apendisitis Dan Infeksi Luka Operasi Pascaapendektomi Di Rumah Sakit Bethesda Kota Yogyakarta Periode 2019-2020. *Journal Of Medicine And Health*, 154–164. <https://doi.org/Doi:10.28932/Jmh.V4i2.4140>
- Marhamah, E., Astuti, W. T., & Choire, A. N. (2021). Literature Review : Efektifitas Mobilisasi Dini Untuk Meningkatkan Peristaltik Usus Pada Pasien Paska Operasi Abdomen. *Jurnal Keperawatan*, 7(1), 25–38.
- Mombilia, A., Rosita, R., & Febrianti, N. (2024). Implementasi Pencegahan Infeksi dengan Masalah Risiko Infeksi pada Pasien *Post* Operasi Apendisitis di RSUD Undata Sulawesi Tengah. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 7(3), 1304–1313. <https://doi.org/10.56338/jks.v7i3.4359>
- Nadianti, R. N., & Minardo, J. (2023). Manajemen Nyeri Akut pada *Post* Laparatomi Apendisitis di RSJ Prof. Dr. Sorejo Magelang. *Journal of Holistics and Healt Sciences*, 5(1), 75–87.
- Nursalam, N. (2020). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (5th ed.). Retrieved from opac.perpusnas.go.id
- Pramono, W. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Laparatomi Apendiks Perforasi Dengan Fokus Studi Nyeri Di RSUD Temanggung.*
- Purnamasari, R., Syahrudin, F. I., & Dirgahayu, A. M. (2023). Karakteristik Klinis Penderita Apendisitis. *UMI Medical Journal*, 8(2), 117–126.
- Rismawati, R., Harista, D. R., Widyyati, M. L. I., & Nurseskasatmata, S. E. (2022). Penerapan Terapi ROM Latihan Bola Karet terhadap Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke: Literature Review. *Nursing Sciences Journal*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.30737/nsj.v6i1.1949>
- Setyaningrum, W. A. (2022). Asuhan Keperawatan Pada Sdr. Y Dengan *Post* Operasi Appendiktomi Hari Ke-1 Di Ruang Dahlia RSUD Banyudono. *Journal of Nursing Care*.
- Sudirman, A. A., Syamsuddin, F., & Kasim, S. S. (2023). Efektifitas tehnik relaksasi napas dalam terhadap penurunan skala nyeri pada pasien appendisitis di ird rsud otanaha kota gorontalo. *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 1(2), 137–147.
- Sumiyasih, S. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post* Operasi Laparatomi. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia (JIKI)*.
- Tanjung, A. A. (2020). *Literature Review : Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Post Operasi Apendisitis Dengan Kerusakan Integritas Kulit Dalam Penerapan Perawatan Luka Di Rumah Sakit Umum Dr. Ferdinand Lumban Tobing Kota Sibolga Tahun 2020.* 53(9), 1689–1699. Retrieved from <https://learn-quantum.com/EDU/index.html%0Ahttp://publications.lib.chalmers.se/records/fulltext/245180/245180.pdf%0Ahttps://hdl.handle.net/20.500.12380/245180%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jsames.2011.03.003%0Ahttps://doi.org/10.>

1016/j.gr.2017.08.001%0Aht

16 Wijaya, W., Eranto, M., & Alfarisi, R. (2023). Perbandingan Jumlah Leukosit Darah Pada Pasien Appendisitis Akut Dengan Appendisitis Perforasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 341–346. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i2.288>

29 Yuliana, Y., Johan, A., & Rochana, N. (2021). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Penyembuhan Luka dan Peningkatan Aktivitas Pasien *Post* operasi Laparatomi. *Jurnal Akademka Baiturrahim Jambi (JABJ)*, 10(1), 238–249. <https://doi.org/10.36565/jab.v10i1.355>