BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Hasil

Pada bab ini membahas tentang asuhan keperawatan pada klien Ny. R dengan Post Operasi Apendidtis Didesa Tanjung Kabupaten Kampar.

Peneliti akan membahas meliputi segi pengkajian, diagnosa, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan mengenai kasus yang peneliti angkat.

1. Pengkajian

a. Identitas

Nama : Ny. R

Umur : 47 tahun

Pendidikan : SMA

Suku Bangsa : melayu riau

Pekerjaan : IRT

Agama : islam

Status perkawinan : kawin

Alamat : tanjung

Golongan darah : A

b. Penanggung jawab

Nama : Tn. I

Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : tanjung

No. Telp/HP :

c. Hasil pengkajian

Tanggal masuk RS : 17 juli 2020

Jam masuk RS : 18.00 wib

Yang mengirim/merujuk : klinik dokter

Cara masuk : IGD

Diagnosa Medis :Post Operasi Apendistis

d. Keluhan dan Riwayat kesehatan

Keluhan utama : nyeri dibagian perut sebelah kanan

Kondisi klien saat pengkajian: Composmentis

e. Riwayat Pengobatan Terakhir

Apakah sudah berobat : iya

Bila berobat kemana : klinik dokter

Penanganan yang di terima : terapi obat

f. Riwayat kesehatan yang lalu

Penyakit yang pernah diderita: maag

Penyebab penyakit : keturunan

Apakah sudah berobat : iya

Bila sudah dimana : klinik dokter

Penanganan yang diterima : terapi obat

Obat yang diterima : Ranitidine

Tindakan yang dilakukan : observasi

Sembuh : iya

Pernah dioperasi : tidak pernah

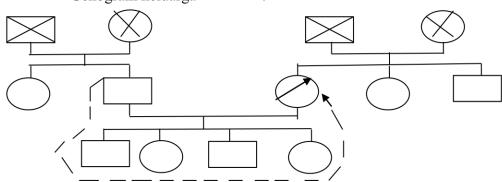
Alergi : tidak ada

Jelaskan :

g. Riwayat kesehatan keluarga

Kejadian penyakit keturunan : penyakit hipertensi

Genogram keluarga :



Keterangan:

: laki-laki hidup

: perempuan hidup

: laki-laki meninggal

: perempuan meninggal

: klien

h. Riwayat psikososial dan spiritual

1) Psikologis

Suasana hati/mood : baik

Karakteristik : periang

Keadaan emosional : tidak stabil

Konsep diri : Persepsi klien terhadap penyakitnya

Hal yang amat dipikirkan saat ini :klien ingin cepat sembuh

dan bisa beraktivtas seperti

biasanya

Harapan setelah menjalani perawatan: semoga tidak merasakan

nyeri lagi

Perubahan yang dirasakan setelah sakit: tidak bisa makan

seperti biasanya

2) Social

Orang terdekat dengan klien :keluarga

Hubungan antar keluarga : baik

Hubungan dengan orang lain : baik

Perhatian terhadap lawan bicara : merespon baik

Kegemara/hobi : makan

3) Spiritual

Pelaksanan ibadah : melaksanakan sholat 5

waktu

Ibadah yang dilakukan : shalat dan puasa senin

kamis

Keyakinan kepada : allah swt

Keluhan lain : tidak ada

i. Pola kesehatan fungsional

1) Pola Nutrisi dan Cairan

Makan

Sehat

Pola makan : 3 kali sehari

Makanan pantangan : tidak ada

Makanan kesukaan : nasi goreng

Sakit

Pola makan : 2 kali sehari

Keluhan : nyeri di bagian perut kanan

Makanan pantangan: -

Perubahan berat badan : menurun

Keluhan lain : tidak ada

Masalah keperawatan : nyeri tekan pada abdomen

2) Cairan/minum

Sehat

Pola minum : sering

Minuman kesukaan : jus pokat

Sakit

Intake cairan : oral

Keluhan lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada

3) Pola eliminasi

BAK

Sehat

Jumlah urine : 1300 cc

Warna : putih

Bau : tidak berbau

Sakit

Jumlah urine : 500 cc

Warna : kuning

Bau : pesing

Volume : agak kental

Keluhan lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada

4) BAB

Sehat

Konsistensi : 2 kali sehari

Bentuk : keras

Lendir : tidak ada

Darah : tidak ada

Pemakaian laksatif : tidak

Sakit

Konsistensi : jarang

Bentuk : lunak

Pola defekasi :

Bentuk : kuning

Keluhan lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada

5) Pola aktivitas/latihan

Sehat

Pola aktivitas sehari-hari : pekerjaan rumah tangga

Latihan fisik : tidak ada

Jenis : tidak ada

Frekuensi : -

Lama : -

Aktivitas yang membuat lelah : -

Gangguan pergerakan : tidak ada

Penyebab : -

Gejala :-

Efek :-

sakit

Pola aktivitas sehari-hari : pekerjaan rumah tangga

Latihan fisik : tidak ada

Jenis : tidak ada

Frekuensi : -

Lama :-

Aktivitas yang membuat lelah : pekerjaan rumah

Gangguan pergerakan : tidak ada

Penyebab : -

Gejala :-

Efek :-

Keluhan lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada

6) Pola istirahat/tidur

Sehat

Pola tidur : 2 kali sehari

Malam : 8 jam

Siang : 2 jam

Total : 10 jam

Alat bantu : tidak ada

Sakit

Pola tidur : 2 kali sehari

Malam : 7jam

Siang : 2 jam

Total : 9 jam

Alat bantu : obat

Keluhan lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada

7) Personal hygiene

Sehat

Mandi : 2 kali sehari

Gosok gigi : 2 kali sehari

Cuci rambut : sekali sehari

Potong kuku : sekali seminggu

Hambatan pemenuhan

Kebutuhan personal hygiene :sering

Sakit

Mandi : 2 kali sehari

Gosok gigi : 2 kali sehari

Cuci rambut : sekali sehari

Potong kuku : sekali seminggu

Hambatan pemenuhan

Kebutuhan personal hygiene : sering

Keluhan lain : tidak ada

Masalah keperawatan : tidak ada

8) Catatan khusus

Pemeriksaan fisik

a) Umum

Keadaan umum : baik

Tingkat kesadaran : Composmentis

Tinggi badan : 150 cm

Berat badan : 61 kg

Masalah keperawatan : tidak ada

b) Tanda tanda vital

TD : 120/70 MmHg

HR: 85 kali/ permenit

RR : 20 kali/ menit

S : 36,6 C

c) Integument

Kulit

Inspeksi : bersih

Kebersihan kulit : bersih

Warna kulit : normal

Lesi : tidak

Jaringan parut : tidak

Edema : tidak

Kelembaban : lembab

Palpasi

Suhu : hangat

Tekstur : halus

Turgor : baik

Masalah keperawatan : tidak ada

d) Kuku

Inspeksi

Warna : normal

Bentuk : normal

Lesi : tidak

Keadaan : bersih

Palpasi

Capillary refill : normal

Masalah keperawatan : tidak ada

e) Rambut dan kepala

Inspeksi

Kuantitas : lebat

Distribusi : normal

Palpasi

Tekstur : kasar

Kulit kepala : normal

Keadaan rambut : ketombe

Tekstur : kasar

Masalah keperawatan : tidak ada

f) Wajah/muka

inspeksi

simetris : ya

ekspresi wajah : tidak

	kelainan	: tidak
g)	Leher	
	Inspeksi	
	Warna	: normal
	Palpasi	
	Leher	: normal
	Kelenjar limfae Submandibula	: tidak
	Kelenjar Tiroid	: tidak
	JVD	: tidak
	Masalah keperawatan	: tidak ada
h)	Thorax / Dada dan Paru-paru	
	Inspeksi	
	Postur	: normal
	Bentuk	: normal
	Pola nafas	: Eupnea
	Sifat pernafasan	: dada
	Retraksi interkostalis	: tidak
	Batuk	: tidak
	Palpasi	
	Eksepansi paru dada	: simetris
	Sisikanan dan kiri	
	Taktil fremitus	
	Anterior	: normal

Posterior : normal Perkusi paru : normal Auskultasi Bunyi nafas : vesikuler Masalah keperawatan : tidak ada Masalah keperawatan : tidak ada i) Payudara Inspeksi : normal **Palpasi** : normal Masalah keperawatan : tidak ada j) Kardiovaskuler Inspeksi Pulsasi alpikal : terlihat Perkusi auskultasi Murmur : ya Bunyi jantung S1: normal S2 : normal : tidak ada Masalah keperawatan k) Abdomen/perut 1) Abdomen Inspeksi : normal

Auskultasi

Bising usus : terdengar

Perkusi

Hepar : normal

Limpa : normal

Abdomen : tymphani

Palpasi ringan : normal

2) Anus : normal

Masalah keperawatan : tidak ada

l) Musculoskeletal

Inspeksi

Otot : normal

Kontraktur : ya

Tremor : tidak

Tulang : normal

Tulang belakang : normal

Sendi : normal

ROM : normal

Palpasi

Otot : normal

Tulang : normal

Sendi : normal

Maslah keperawatan : tidak ada

m) Persyarafan/ neurologi

GCS (3-15) : 10

Orientasi : waktu

Atensi : baik

Berbicara : normal

Sensasi : sentuhan

Penciuman : baik

Pengecapan : baik

Ingesti/digesti :mengunyah (mampu)

Gerakan : berjalan (mampu)

Masalah keperawatan : tidak ada

n) Hasil pemeriksaan diagnostic

Tanggal 19 juli 2020

- HB 6,7 gr%

- Leukosit 25,8

o) Program dokter

- IUFD NaCL 20 tpm

- Inj. Ceftriaxone 1gr/12jam

- Inj. Lansoprazole 1 Ampl/24 jam

- Terapi untuk menghilangkan rasa nyeri

1. Analisa data dan Diagnosa keperawatan

a) Analisa data

No	DATA FOKUS	MASALAH	PENYEBAB
	(SUBJEKTIF DAN		
	OBJEKTIF		
1.	DS: Klien mengatakan sakit diseluruh bagian perut dan nafsu makan menurun dengan tingkat nyeri 4 DO: KU klien tampak meringis kesakitan dan	Perubahan pola makanan	Luka post op
	pemeriksaan		

b) Diagnosa keperawatan

No	DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN
	(BERDASARKAN PRIORITAS MASALAH
1.	Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur
	Pembedahan, cedera fisik dan luka post op

2. Rencana keperawatan

Nama klien : Ny. R

Umur : 47 tahun

Diagnosa Medis :Post Operasi Apendistis

tgl/	Diagnosa	tujuan dan	Rencana
.			
jam	Keperawatan	kriteria hasil	tindakan
20- Jul 2020	Kerusakan integritas Jaringan berhubungan	tujuan : setelah Dilakukan tindakan	Melaporkan nyeri yang terkontrol, Penampilan rileks,
2020	Dengan cedera fisik	klien mampu mengontrol nyeri dan mengidentifikasi tingkat nyeri,	Klien mengatakan nyeri berkurang, Skala nyeri dari 4 menjadi 0-2
	Dengan cedera risik	dengan indicator Mengenal kapan nyeri terjadi,	menjadi 0-2
		Menggunakan teknik non farmakologi kriteria hasil : * perfusi jaringan normal	Jaga kulit agar tetap kering dan bersih
		* tidak ada tanda- tanda infeksi * menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit	
		dan mencegah terjadinya cedera * menunjukkan proses penyembuhan luka	Anjurkan klien untuk memakai pakaian longgar

5. Tindakan

Nama klien : Ny. R

tgl		jam	NO. DX	TINDAKAN KEPERAWATAN
	20-Jul	1530	DX. 1	* membina hubungan saling percaya
	2020			Agar memudahkan perawatan klien
				* menganjurkan klien untuk memakai pakaian longgar* mobilisasi klien setiap 2 jam sekali
				*mengobservasi luka
			DX. 2	* monitoring status nutrisi klien
				*melakukan tekhnik perawatan luka
				Dengan prinsip steril
				*mengobservasi TTV

6. Evaluasi keperawatan

tgl	NO.DX	JAM	SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALISA,
			PLANING
			(SOAP)
20-Jul	DX.1	15.40	S : klien mengatakan nyeri diseluruh bagian
2020			perut
			O: KU lemah
			Kesadaran komposmentis TTV:
			TD: 120/75 MmHg
			HR: 68 kali/menit
			RR: 20 kali/menit
			S: 36,8 C
			A: masalah belum teratasi
			P: intervensi dilanjutkan
			Perawatan daerah sayatan
			Perlindungan infeksi

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini peneliti akan menjelaskan antara kesenjangan yang terjadi antara praktek dan teori yang di lakukan di Desa Tanjung dengan teori yang ada. Di sini peneliti akan menjelaskan kesenjangan tersebut. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat di ambil kesempatan atau pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi hingga dapat di gunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Data subjektif pada tinjauan kasus dilihat dari pengkajian di dapatkan keluhan yang tidak sama yang di alami klien 1 terjadi nyeri pada luka bekas operasi.

Menurut Tsamsuhidajat & Wong de jong (2018) nyeri timbul karena robeknya jaringan tubuh disebabkan oleh benda tajam atau tumpul yang membuat ujung – ujung saraf rusak atau terputus gejala klasik post operasi apendisitis adalah Nyeri *visceral epigastrium* pindah ke kanan bawah ke titik *Mc Burney*, Kadang tidak terjadi nyeri tapi konstipasi dan Nafsu makan menurun.

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini peneliti menemukan kesamaan pada keluhan utama yang di alami oleh klien, yaitu sama sama mengeluh sakit di area perut bekas operasi. Dari semua keluhan yang dirasakan oleh klien merupakan gejala dari post operasi apendisitis, penyakit ini disebabkan karena adanya insisi atau

lesi karena proses pembedahan yang mengakibatkan kerusakan intergritas jaringan. Sehingga menurut peneliti menarik kesimpulan bahwa antara fakta dan teori terdapat kesamaan.

Menurut Tsamsuhidajat & Wong de jong (2018) jaringan tubuh setelah di operasi akan kembali dengan normal, proses regenerasi jaringan akan cepat jika luka post operasi dirawat dengan baik dan nutrisi tercukupi sesuai kebutuhan tubuh.

Data objektif pada pemeriksaan fisik antara klien didapatkan pemeriksaan fisik dengan tanda gejala yang tidak sama yakni data objektif yang muncul yaitu klien tampak cemas dan gelisah, nafsu makan turun, tampak keskitan pada seluruh bagian perut nyeri pada luka bekas operasi yang ada di perut.

Menurut Herman (2015) penyembuhan luka dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, nutrisi, cara perawatan luka yang benar. Kerusakan integritas jaringan pada post operasi akan kembali normal jika nutrisi tubuh tercukupi dan perawatan luka dilakukan dengan steril. Menurut peneliti kedua klien mengalami sakit nyeri di perut akibat kerusakan intergritas kulit karena proses pembedahan terputusnya ujung saraf, kelumpuhan yang sama yaitu nyeri atau sakit area perut bekas operasi. Pada gangguan nyeri disebabkan karena agen ijuri fisik perlukaan operasi.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada kien berdasarkan hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami kedua klien adalah Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur pembedahan.

Menurut Herman (2015) Kerusakan jaringan membrane mukosa, kornea, integument, atau subkutan meliputi Kerusakan jaringan (mis., kornea, membrane mukosa, kornea, integument, atau subkutan), Kerusakan jaringan, Faktor yang mempengaruhi yaitu Gangguan sirkulasi, Iritan kimia, Defisit cairan, Kelebihan cairan, Hambatan mobilitas fisik, Kurang pengetahuan, Faktor mekanik (mis., tekanan, koyakan/robekan, friksi), Factor nutrisi (mis., kekurangan atau kelebihan), Radiasi, Suhu ekstrim. Menurut peneliti dipengaruhi oleh proses pembedahan menyebabkan ujung ujung saraf rusak sehingga muncul ganggugan Kerusakan integritas jaringan

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang diberikan pada klien dengan diagnosa yang sama Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan terputusnya ujung saraf, intervensi yang digunakan yaitu NOC: Tissue integrity: skin and muccous, Wound healing: Primary and secondary intention. Kriteria Hasil: Perfusi jaringan normal, Tidak ada tanda-tanda infeksi, Ketebalan dan tekstur jaringan normal, Menunjukan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera,

Menunjukan proses penyembuhan luka NIC: Pressure ulcer prevention wound care Anjurkan pasien untuk memakai pakaian longgar, Jaga kulit agar tetap kering dan bersih, Mobilisasi pasien setap 2 jam sekali, oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan, Monitor kulit adanya kemerahan atau tidak, Monitor status nutrisi pasien, Observasi luka, Ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka, Lakukan tekhik perawatan luka dengan prinsip steril, Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka Perawatan Daerah Sayatan : Periksa daerah sayatan terhadap kemerahan, bengkak atau tanda tanda dehiscense atau eviserase, Monitor proses penyembuhan di daerah sayatan, Bersihkan daerah sekitar sayatan dengan pembersihan yang tepat, Periksa daerah sayatan terhadap kemerahan, bengkak tanda dehiscense atau tanda atau eviserase.Periksa kulit dan selaput lendir adanya kemerahan kehangatan ekstrim atau drainase, Periksa kondisi setiap sayatan bedah atau luka, Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup, Anjurkan istirahat, Pantau adanya perubahan tingkat energy dan malaise.

Menurut NANDA NIC-NOC (2013) intervensi yang dilakukan pada klien post operasi apendisitis: *Tissue integrity: skin and muccous, Wound healing: Primary and secondary intention.*

Menurut peneliti perencanaan keperawatan klien meliputi kelengkapan data, serta data penunjan lainnya, dan dilakuan menurut kondisi klien, sehinga peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan sudah sesuai dengan apa yang ada pada intervensi. Menurut Keliat (2018), Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien, dengan prinsip ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan sesuai kondisi saat ini, selain itu diharapkan klien intergritas jaringanya kulit.

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada kedua klien hampir sama yaitu : Membina hubunga saling percaya agar memudahkan perawat klien, Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian longgar, Menjaga kulit agar tetap kering dan bersih, Memobilisasi pasien setap 2 jam sekali, Monitoring status nutrisi pasien, Mengobservasi luka, Mengajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka, Melakukan tekhik perawatan luka dengan prinsip steril, Monitoring proses penyembuhan di daerah sayatan, Membersihkan daerah sekitar sayatan dengan pembersihan yang tepat, Menggunakan kapas steril untuk pembersihan jahitan benang luka yang efisiensi, luka dalam dan sempit, 1atau luka berkantong, Memberikan plester untuk menutup, Memberikan salep antiseptic, Mengobservasi luka, Memberikan posisi yang mengurangi tekanan

pada luka, Mengajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka, Melakukan tekhik perawatan luka dengan prinsip steril, Membersihkan daerah sekitar sayatan dengan pembersihan yang tepat, Memperiksa daerah sayatan terhadap kemerahan, bengkak atau tanda tanda dehiscense atau eviserase, Monitoring sayatan untuk tanda dan gejala infeksi, Menganjurakan pasin untuk istirahat, Membatasi jumlah pengunjung,yang sesuai, Menskrining semua pengunjung terkait penyakit menular, Mempertahankan asepsis untuk pasin beresiko, mempertahankan teknik-teknik isolasi yang sesuai.

5. Evaluasi keperawatan

keadaan umum Klien mengatakan sakit di seluruh bagian perut K/U lemah, Kesadaran Composmentis, GCS: 456 TTV Tekanan darah: 130/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi: 82 x/menit, Respirasi: 20 x/menit, klien tampak lemas, klien tampak cemasan terhadap bekas luka operasi, klien tampak kesakitan dan memegang perutnya.

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah memberikan asuhan keperawatan selama dua hari pada tanggal 20 juli 2020

- Peneliti mendapat gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga pada Ny.R, dengan permasalahan Apendistis post operasi ,mulai dari pengkajian, analisis data, penegakan diagnosis keperawatan, implementasi sampai dengan evaluasi
- Pada kasus Ny.R, ditegakkan diagnosa keperawatan manajemen kesehatan tidak efektif kurang terpapar informasi, dengan implementasi sebagai wujud dari perencanaan yang disusun, diagnosa tersebut dapat diatasi.

B. Saran

1. Bagi Perawat

Penelitian ini diharapkan dapat di gunakan dalam pengkajian sampai evaluasi keperawatan dengan teliti yang mengacu pada fokus permasalahan yang tepat sehingga dapat melaksanakan asuhan keperawatan secara tepat khususnya pada klien apendisitis post operasi.

2. Bagi Institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai tambahan wawasan ilmu pengetahuanatau informasi mengenai hubungan dengan asuhan keperawatan pada pasien Apendistis post opearasi.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai tambahan referensi tentang Asuhan Keperawatan pada klien dengan kasus post operasi apendisitis.