

## **BAB IV**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Studi Kasus**

Pasien diagnose medis Appendisitis Kronik Bernama Ny. I berusia 46 tahun, beragama Islam, pendidikan terakhirnya SMP, pekerjaannya sebagai Ibu Rumah Tangga dan beralamatkan di Kp. Pasirtiril RT/RW.02/11 Ds. Ciwidey Kec. Ciwidey kab. Bandung, serta ditemani oleh Tn. D berusia 46 tahun selalu suaminya.

##### **4.1.1 Hasil Pengkajian**

Pengkajian pada pasien dilakukan pada tanggal 12 April 2023 pada pukul 08.00 WIB dimana pasien datang ke rumah sakit pada tanggal 11 April 2023 pada pukul 09.00 WIB ke IGD. Di IGD pasien diobservasi dan disarankan untuk periksa ke poli dalam dan masuk IGD kembali pada pukul 5 sore hingga pasien dilakukan tindakan untuk di operasi pengangkatan usus buntu pada pukul 23.00 WIB.

Pasien Ny. I dengan mengatakan mengeluh nyeri disertai dengan perih pada area luka post operasi di perut tengah, nyerinya semakin terasa jika pasien bergerak dan berkurang jika di istirahatkan, nyeri yang dirasakan seperti melilit dan perih, dengan skala nyeri 7 (0-10), serta nyeri yang dirasa hilang timbul. Pada luka bekas operasi terdapat tanda-tanda infeksi yaitu adanya kemerahan, sedikit perdarahan, dan pada luka operasi adanya panas seperti terbakar. Selain itu pasien juga mengeluh mual dan tidak nafsu makan dari selepas operasi hingga saat

dilakukannya pengkajian. Pasien juga mengatakan bingung untuk perawatan lukanya pada saat nanti sudah dirumah. Pasien sebelumnya belum pernah sampai dirawat di rumah sakit dan pasien tidak memiliki Riwayat penyakit keturunan dari keluarganya.

Pada pola aktivitas sehari-hari pola kebiasaan makan pada Ny. I pada saat dirumah pasien mengatakan frekuensi makan 1-2x/hari dengan nasi, sayur, lauk pauk, sering mengkonsumsi makanan yang pedas dan jarang mengkonsumsi buah-buahan. Selain itu, pasien juga sering mengkonsumsi minuman instan dan kopi setiap hari dan jarang mengkonsumsi air putih. Pasien juga mengatakan saat perutnya terasa sakit nafsu makan menurun dan makan hanya sedikit. Pada pola eliminasi juga pasien mengatakan BAB nya kadang terjadi konstipasi dan BAB frekuensi BAB sebanyak 1x/hari.

Kesadaran Ny. I Compos mentis GCS 15 (E4V5M6). Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil Tekanan darah : 130/90 mmHg, Suhu 36,5 °C, Nadi 90 x/menit Respirasi : 20x/menit, SpO2 : 98%. Sebelum sakit berat badan Ny. A 65 Kg sedangkan sesudah sakit menjadi 58 Kg TBnya 155 Cm dengan IMT 24,1 masi dalam skala normal. Dalam pemeriksaan fisik didapat hasil konjungtiva tidak anemis, mukosa bibir kering dan pucat, tidak ada lesi dan tidak ada kelainan pada mulut dan bibir, terdapat nyeri tekan pada abdomen terutama pada sekitar luka post operasi, pada saat dipalpasi tidak terdapat pembesaran hati, ketika diperkusi terdengar suara timpani disekitar abdomen, terdengar bising usus 26 x/menit, tidak terdapat distensi abdomen, anus tampak bersih, tidak ada hemoroid dan tidak ada lesi, turgor kulit >2 detik. Selain itu, pasien tampak lemas dan

meringis, terdapat luka post operasi pada perut tengah menjalar vertikal kurang lebih 10 cm, tampak meringis kesakitan, terdapat nyeri pada luka bekas operasi, terdapat sedikit perdarahan, tampak kemerahan dan adanya hematoma, serta pasien terlihat kebingungan dan merasa khawatir akan kesembuhan lukanya.

Pemeriksaan psikososial dan spiritual didapatkan bahwa pasien merasa cemas karena bingung untuk perawatan luka post operasinya saat nanti dirumah, kopingnya baik, dapat berkomunikasi dengan baik, pasien dapat menerima keadaan dirinya sebagai seorang perempuan dan seorang ibu dari anak-anaknya serta tidak merasa malu terhadap penyakitnya dan keadaannya sekarang, pasien senantiasa bersyukur, bersabar dan ikhlas serta berserah diri kepada Allah. Swt. Pasien tidak putus asa dan yakin bahwa dirinya bisa cepat sembuh dan bisa beraktivitas Kembali, pasien selalu berdoa, mengaji dan beribadah 5 waktu.

Pemeriksaan laboratorium telah dilakukan pada tanggal 11 April 2023 pre operasi didapatkan hasil Hematologi yaitu darah rutin dengan hasil Hemoglobin 12.1 g/dL, Leukosit 11200 sel/uL, Eritrosit 6760 sel/uL, Eritrosit 4.72 juta/uL, Hematokrit 36.6%, Trombosit 290000 sel/uL. Hasil pemeriksaan Kimia Klini yaitu AST (SGOT) 106 U/L, ALT (SGPT) 112 U/L, Ureum 10 mg/dL, Kreatinin 0.71 mg/dL, Glukosa Darah Sewaktu 104 mg/dL. Hasil pemeriksaan Imunologi Rapid Antigen Covid (-) Negatif.

Pada pemeriksaan laboratorium pada tanggal 14 April 2023 saat post operasi didapatkan hasil Hemoglobin 12.3 g/dL, Leukosit 8400 sel/ uL, Protein total 7.4 g/dL, Albumin L 3.8 g/dL, Glukosa sewaktu 151 mg/dL dan Anti HIV Non Reaktif. Pasien diberikan terapi obat Panproprazole 1x40 mg (IV), Pain Loss

2x400 mg (IV), Ondansentron 3x4 (IV), Paracetamol 4x1 gr (Oral) dan Vip albumin 3x2 (Oral).

#### **4.1.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut dilakukan analisis dan sesuai dengan didapatkan Diagnosa Keperawatan yang akan diatasi diantaranya 1) Kerusakan integritas kulit b.d terputusnya luka operasi (faktor mekanik) d.d luka insisi post operasi di abdomen dengan Panjang luka  $\pm 10$  cm dan terdapat hematoma pada area luka operasi, 2) Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (Prosedur oprasi) d.d pasien tampak meringis kesakitan, nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang bila pasien istirahat, nyeri yang dirasakan seperti melilit dan perih dengan skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakn pada luka post operasi, nyeri yang dirasakan hilang timbul, Nadi : 90x/menit, 3) Risiko defisit nutrisi d.d faktor psikologi (keengganan untuk makan), tidak nafsu makan dan mual, BB sebelum sakit 65 kg setelah sakit 58 kg, bising usus 26x/menit, 4) Risiko infeksi d.d prosedur invasive, terdapat tanda-tanda risiko infeksi sedikit perdarahan, kemerahan dan rasa terbakar, Suhu : 36,9°C, dan 5) Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi ditandai dengan menanyakan masalah yang dihadapi, pasien tampak kebingungan dan khawatir.

#### **4.1.3 Intervensi Keperawatan**

Perencanaan Keperawatan penulis memfokuskan kepada intervensi untuk mengatasi masalah Kerusakan Integritas Kulit, yaitu Observasi penyebab gangguan integritas kulit, mengubah posisi seitan 2 jam, Anjurkan menggunakan pelembab (ex : lotion, serum), melakukan perawatan luka, memonitor

karakteristik luka, Anjurkan mengkonsumsi makan tinggi kalium dan protein, Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri dan Kolaborasi dengan dokter pemberian cairan IV yaitu cairan infus RL 20 Tpm, serta kolaborasi pemberian Vip albumin 3x2 (Oral).

Selain intervensi untuk mengatasi masalah utama Kerusakan Integritas Kulit penulis juga tetap melakukan perencanaan untuk memenuhi masalah keperawatan yang lainnya yaitu Nyeri diantaranya mengobservasi karakteristik nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan Kolaborasi pemberian obat analgesic Pein loss 2x400 mg (IV) dan Paracetamol (Oral). Sedangkan intervensi untuk masalah risiko defisit nutrisi yaitu sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai (tetap hangat), ciptakan lingkungan yang nyaman berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi dan kolaborasi dengan tim gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.

Selanjutnya penulis juga melakukan perencanaan untuk mengatasi masalah Risiko Infeksi diantaranya memonitor tanda dan gejala terjadinya infeksi, mempertahankan Teknik aseptik pada pasien, menganjurkan meningkatkan asupan makanan yang membantu mempercepat penyembuhan luka. Sedangkan untuk masalah yang terakhir yaitu defisit pengetahuan intervensi yang bisa dilakukan yaitu: menyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan pada saat melakukan Pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dan memberikan pasien kesempatan untuk bertanya kembali.

#### **4.1.4 Implementasi keperawatan**

Pelaksanaan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah direncanakan perawat juga melaksanakan Implementasi keperawatan yang berfokus kepada pemenuhan kebutuhan rasa aman: gangguan integritas kulit, yang dilakukan selama 5 hari asuhan keperawatan dimana 3 hari dilakukan di rumah sakit dan 2 harinya dilakukan dengan home visit.

Implementasi yang dilakukan pada Ny. I di hari pertama yaitu berfokus pada masalah kerusakan integritas kulit dan nyeri. Untuk masalah kerusakan integritas kulit yaitu memonitor TTV dan didapat hasil TD : 130/90 mmHg, N : 90x/menit, S : 36,5°C dan RR : 21x/menit. Selanjutnya mengidentifikasi adanya gangguan kerusakan integritas kulit, didapatkan hasil terdapat luka insisi operasi kurang lebih 10cm dan pasien mengatakan bahwa pada luka post operasinya terasa nyeri dan perih. Selain itu, menganjurkan dan merubah posisi pasien setiap 2 jam untuk mengurangi tekanan dan mencegah dekubitus, dan untuk menghindari kulit kering pada area luka operasi perawat menganjurkan pasien menggunakan pelembab (lotion, serum, dll).

Untuk mengatasi masalah lainnya, yaitu nyeri maka yang pertama dilakukan yaitu mengkaji nyeri dan didapatkan hasil skala untuk nyerinya yaitu 7 (0-10), untuk mengatasi nyeri tersebut perawat memberikan terapi non farmakologi relaksasi nafas dalam untuk mengalihkan rasa nyeri, menjelaskan kepada pasien penyebab dan pemicu nyeri, serta kolaborasi pemberian Paracetamol 4x1 gr (1 tab). Selanjutnya, memonitor BB pasien sebelum dan sesudah sakit, menyajikan makanan agar tetap hangat, pasien diberikan diit susu

dan kolaborasi pemberian obat Ondansentron 3x4 mg (IV). Untuk masalah risiko infeksi juga dilakukan monitor tanda dan gejala lokal dan siskemik dan mempertahankan Teknik aseptik cuci tangan sbelum dan sesudah kontak dengan pasien.

Implementasi yang dilakukan pada Ny. I di hari kedua mengobservasi TTV dan didapat hasil TD : 132/97 mmHg, N : 100x/menit, S : 36,4°C, RR : 20x/menit. Mengkaji nyeri pada pasien karena masih terlihat meringis terutama pada skala nyerinya dan didapat hasil pasien mengatakan nyeri berkurang dan skala nyeri 5 (0-10). Karena pasien mengatakan masih nyeri selanjutnya perawat memberikan terapi non farmakologi relaksasi nafas dalam, distraksi musik dan mengajak bicara pasien untuk mengalihkan rasa nyeri dan skala nyeri menurun dari 6 menjadi 5, menganjurkan untuk melakukan Teknik nonfarmakologi Teknik relaksasi nafas dalam apabila nyeri muncul dan kolaborasi pemberian Paracetamol 1x40mg (Oral). Setelah itu melakukan perawatan luka , mengganti perban luka dan mengobservasi luka didapatkan hasil adanya kemerahan, perdarahan dan hematoma, masih ada rasa terbakar pada luka selanjutnya luka dibersihkan dan perban diganti. Setelah melakukan perawatan luka, mengajarkan pasien untuk mobilisasi dini, seperti duduk, berpindah posisi sampai ke kamar mandi sendiri. Selanjutnya memberikan diit susu, mempertahankan makanan agar tetap hangat, dan memberikan terapi Ondansentron 3x4 (IV) dan Vib albumin 3x2 (Oral). Selain itu, selanjutnya perawat menjelaskan tanda gejala infeksi dan menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein,

Implementasi pada hari ke tiga mengobservasi TTV didapat hasil TD : 128/88 mmHg, N : 71x/menit, S : 36,9°C, RR : 18x/menit, mengkaji nyeri pasien dan skala nyeri sudah menurun skala 4 (0-10). Karena masih dirasa nyeri perawat memberikan terapi non farmakologi relaksasi nafas dalam dan mengajak bicara pasien untuk mengalihkan rasa nyeri dengan hasil pasien sudah tidak merasa nyeri dibandingkan dengan sebelumnya dan skala nyeri menurun menjadi 3. Pasien diberikan terapi obat Pain Loss 2 x 400 mg (IV), Paracetamol 4x1 gr (Oral), Vib Albumin 3x2 (Oral). Setelah itu karena pasien direncanakan untuk pulang, dilakukan persiapan untuk perawatan luka terlebih dahulu dan memonitor tanda dan gejala kerusakan integritas kulit dan didapat hasil Pasien mengatakan rasa terbakar sudah mulai berkurang pada luka, masih terdapat kemerahan dan perdarahan, luka dibersihkan dan perban diganti. Selain itu, enganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein dan Menganjurkan untuk melaksanakan teknik nonfarmakologi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri jika nyeri muncul. Kolaborasi dengan ahli gizi pemberian diit makanan tinggi protein dan serat, menciptakan lingkungan yang nyaman saat akan makan dan menyajikannya agar tetap hangat.

Implementasi pada hari ke empat dilanjutkan home visit dirumah mengobservasi TTV dengan hasil TD :127/79 mmHg, N : 93x/menit, RR : 21x/menit, S : 36,0°C. Mengkaji nyeri dan pasien mengatakan masih terdapat nyeri saat bergerak dengan skala 2 (0-10). Melakukan dan mencontohkan perawatan luka kepada pasien dan keluarga serta menyebutkan bahan dan alat saja yang diperlukan dan mengobservasi luka post operasi dan didapat hasil luka



post operasi bagus, sudah tidak ada rasa terbakar pada luka, sudah mulai kering, masih terdapat sedikit hematoma, sedikit kemerahan, dan sudah tidak terdapat perdarahan. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri kepada pasien dan keluarga tetapi pasien masih merasa kebingungan karena tidak berani dan takut salah tindakan. Untuk menangani nyeri yang masih dirasakan memberikan terapi non farmakologi relaksasi nafas dalam dan terapi music sehingga pasien mengatakan lebih rileks dan tenang. Memonitor BB pasien terdapat peningkatan menjadi 60 kg dan menganjurkan mengkonsumsi suplemen makanan untuk menambah nafsu makan.

Implementasi hari kelima dilanjutkan home visit dirumah kembali dengan mengobservasi TTV dengan hasil TD : 131/80 mmHg, N : 96x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,8°C. Mengkaji nyeri dan pasien mengatakan sudah tidak nyeri seperti sebelumnya dengan skala nyeri 1 (0-10). Melakukan perawatan luka dan membiarkan keluarga pasien mencoba dengan bimbingan dari perawat dan mengobservasi luka post operasi dan hasil yang didapat luka post operasi bagus, sudah mulai kering, sudah tidak ada rasa terbakar pada luka, sudah tidak terdapat hematoma. Perawat juga menganjurkan pasien melakukan Teknik nonfarmakologi Teknik relaksasi nafas dalam jika nyeri muncul, Memberikan penkes mengenai tanda dan gejala infeksi, Memberikan penkes mengenai diet tinggi kalori tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka dan Menganjurkan untuk menggunakan pelembab (lotion, serum, dll) disekitar luka operasi untuk menghindari kulit kering dan tetap lembab sehingga tidak memperburuk pada luka operasi. Selain itu melakukan monitor Bb pasien kembali BB = 60 kg dan

menganjurkan untuk selalu makan sedikit tapi sering untuk membantu penyembuhan luka.

#### **4.1.5 Evaluasi Keperawatan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di Rumah sakit dan 2 hari secara home visit pasien sudah membaik dan mengatakan sudah tidak merasa nyeri dan perih pada luka post operasinya, hematoma berkurang, tidak ada perdarahan dan kemerahan, luka operasi kering, namun untuk jahitan luka belum dibuka dan pada lapisan kulit yang rusak belum terbentuk lagi/ lapisan kulit belum menyambung kembali. Proses penyembuhan luka pada Ny. I berada pada fase Proliferasi atau pada fase ke dua dan proses ini terjadi pada hari 4 sampai dengan hari ke 21. Sehingga untuk masalah kerusakan integritas kulit sudah teratasi sebagian dan untuk menangani hal tersebut pasien diharapkan selalu membersihkan luka dengan cara perawatan luka yang sudah diajarkan, gunakan salep antibakteri untuk mempercepat penyembuhan, monitor luka setiap hari, jika terjadi tanda-tanda infeksi berkelanjutan segera pergi ke pelayanan Kesehatan terdekat, menghindari infeksi dan menghindari timbulnya bekas luka, serta selain terus mengkonsumsi makanan tinggi protein bisa juga dengan memanfaatkan pengobatan alami seperti lidah buaya dan madu.

Sedangkan untuk masalah yang lain yaitu nyerinya sudah berkurang, nafsu makan meningkat, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, dan pasien serta keluarga sudah tidak bingung lagi untuk melakukan perawatan luka dirumah dan mengetahui tanda-tanda infeksi serta pencegahannya. Oleh karena itu, untuk

masalah lainnya yaitu: nyeri, risiko defisit nutrisi, risiko infeksi dan defisit pengetahuan yang dialami pasien sudah teratasi dan intervensi dihentikan.

## **4.2 Pembahasan**

### **4.2.1 Pengkajian**

Berdasarkan hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien Ny. I selama 5 hari berturut-turut dimana 3 hari dilakukan asuhan keperawatan di rumah sakit dan 2 dilakukan secara home visit dengan setiap harinya telah dilakukan intervensi yang sesuai dengan masalah yang dialami pasien, dimana sesuai dengan yang sudah dibahas sebelumnya bahwa hasil studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendektomi dengan gangguan kebutuhan rasa aman : Kerusakan Integritas Kulit.

Hasil pengkajian yang dilakukan kepada Ny. I didapatkan keluhan utama pasien adalah nyeri disertai dengan perih pada area luka post operasi pengangkatan usus buntu yang dinamakan Appendektomi, sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Wainsani & Khoiriyah (2020) bahwa Appendektomi adalah pembedahan atau operasi pengangkatan apendiks. Appendektomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Appendektomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses.

Berdasarkan hasil pengkajian juga pasien mengeluh mual dan tidak nafsu makan disebabkan oleh efek anestesi prosedur operasi, menurut Hariyanto, A &

Rini (2015). Tetapi didapatkan data yang seharusnya tidak ada tetapi pada pasien Ny. I ada yaitu defisit pengetahuan pasien mengeluh kebingungan dan tidak tahu cara perawatan luka post operasinya saat sudah dirumah, dimana hal ini bisa terjadi karena pasien merasa khawatir dan kurang terpaparnya informasi mengenai perawatan luka operasi pada pasien dan keluarga. Pasien yang melakukan operasi akan merasakan cemas bila melihat lukanya dan akan takut untuk merawat lukanya itu. Hal itu dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pasien yang pertama kali post operasi belum tahu untuk cara mengatasi atau menghadapi kondisi seperti ini, belum adanya pengalaman dan kurang informasi serta pengetahuan untuk melaksanakan perawatan luka (Widyanto, Gianto. 2017). Selain itu, dilihat dari latar belakang pasien yang lulusan Sekolah Menengah Pertama bisa menjadi faktor pencetus sehingga pemahaman pasien mengenai perawatan luka sangat minim.

Pada pola aktivitas sehari-hari pola kebiasaan makan pada Ny. I pada saat dirumah pasien mengatakan frekuensi makan 1-2x/hari dengan nasi, sayur, lauk pauk, sering mengkonsumsi makanan yang pedas dan jarang mengkonsumsi buah-buahan. Selain itu, pasien juga sering mengkonsumsi minuman kemasan dan kopi setiap hari dan jarang mengkonsumsi air putih. Pasien juga mengatakan saat perutnya terasa sakit nafsu makan menurun dan makan hanya sedikit. Pada pola eliminasi juga pasien mengatakan BAB nya kadang terjadi konstipasi dan frekuensi BAB sebanyak 1x/hari. Hal tersebut sesuai dengan yang dikemukakan oleh Wainsani dan Khoiriyah (2020) bahwa faktor pencetus pada pola aktivitas pasien apendisitis pada nutrisi sering mengkonsumsi makanan yang kurang serat,

nafsu makan dan porsi makan menurun, sering mengkonsumsi makanan pedas, sering mengkonsumsi minuman kemasan dan kopi. Pada pola eliminasinya BAB kadang mengalami konstipasi karena kurang mengkonsumsi makanan yang berserat.

Hasil pemeriksaan fisik didapat hasil pasien tampak lemas, Kesadaran Ny. I Compos mentis GCS 15 (E4V5M6). Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil Tekanan darah : 130/90 mmHg, Suhu 36,5 °C, Nadi 90 x/menit Respirasi : 20x/menit. Terdapat data SpO2 yaitu 98%. SpO2 tersebut dikaji karena pasien saat operasi mengalami anestesi total sehingga kesadaran menurun dan membuat saluran pernapasan tidak dapat berproses dengan baik juga biasanya pada SpO2 terkadang turun akibat efek anestesi sehingga selalu dimonitor. Selain itu juga, menurut Aini dan Harjana (2018) obat bius membuat otot-otot di dalam tubuh menjadi lemah, termasuk otot pernapasan.

Sebelum sakit berat badan Ny. A 67 Kg sedangkan sesudah sakit menjadi 58 Kg TBnya 155 Cm dengan IMT 24,1 masi dalam skala normal. Terdapat luka post operasi pada perut bagian tengah, tampak meringis kesakitan, mukosa bibir kering dan pucat. Panjang luka insisi kurang lebih 10 cm, jenis operasi ini berbeda dengan operasi apendiktomi pada biasanya tidak dilakukan di area Mc. Burney, luka operasi berada di medial dan vertical sehingga operasi yang dilakukan adalah apendiktomi per laparatomi. Jenis operasi ini merupakan cara pembedahan yang konvensional atau terbuka, dilakukan dengan membuat irisan dengan panjang sayatan 3 inci atau minimal 7,6 cm. Hal itu bisa terjadi karena apendisitis pada pasien sudah terjadi perforasi karena sudah terlalu lama serta penanganannya

lambat dan memiliki riwayat sakit abdomen lebih dari 2 minggu karena setiap dibawa ke dokter selalu mengatakan bahwa penyakit yang diderita pasien itu penyakit lambung sehingga pada saat dibawa kerumah sakit sudah terjadi perforasi (Muslim & Baharudin, 2019). Pada luka bekas operasi terdapat tanda-tanda infeksi yaitu adanya kemerahan, sedikit perdarahan, pada luka operasi adanya panas seperti terbakar, dan terdapat hematoma. Hal ini sesuai dan mengarah kepada diagnosa kerusakan integritas kulit menurut PPNI (2017).

Hasil dari pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada Ny. I pada tanggal 12 April 2023 didapat data bahwa terjadi peningkatan pada Leukosit yaitu 11200 sel/uL dengan nilai Normal 3800 - 10600 sel/uL, hal ini sesuai dengan hasil pemeriksaan penunjang yang dikemukakan oleh Nurarif & Kusuma (2015) bahwa dari hasil pemeriksaan darah rutin akan terdeteksi peningkatan leukosit sesuai dengan diagnose medis pasien bahwa jumlah leukosit pada apendisitis akut umumnya meningkat yaitu sekitar 10000-18000 sel/uL dan dari kenaikan leukosit melebihi batas normal pada pasien apendisitis kemungkinan sudah terjadi perforasi.

Leukosit sendiri ialah suatu indikasi untuk peradangan. Peradangan terjadi karena adanya suatu infeksi dari kuman atau virus yang menyerang masuk kedalam tubuh dan mengaktifkan sistem imun. Salah satu komponen sisten imun yang aktif pada saat terjadi peradangan ialah leukosit. Leukosit berfungsi untuk menyerang bakteri atau virus tersebut, sehingga leukosit dapat meningkat pada keadaan peradangan, termasuk pada penyakit apendisitis terutama pre operasi. (Abdul Mutholib, ST, MT. 2019)

Pada pemeriksaan laboratorium post operasi pada tanggal 14 April 2023 didapatkan hasil Hemoglobin 12.3 g/dL, Leukosit 8400 sel/ uL, Protein total 7.4 g/dL, Albumin L 3.8 g/dL, Glukosa sewaktu 151 mg/dL dan Anti HIV Non Reaktif. Sehingga dari hasil leukosit pasien normal dan tidak terjadi infeksi berkelanjutan(Nurarif & Kusuma, 2015)

#### **4.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan yang muncul pada pasien Ny. I sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Tim Pokja DPP PPNI (2017) yaitu berdasarkan hasil pengkajian tersebut dilakukan analisi dan didapatkan Diagnosa Keperawatan yang akan diatasi diantaranya 1) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan terputusnya luka operasi (faktor mekanik) ditandai dengan luka insisi post operasi di abdomen bawah dengan Panjang luka  $\pm 10$  cm, 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi) ditandai dengan pasien tampak meringis kesakitan, 3) Risiko defisit nutrasi berhubungan dengan faktor psikologi (keengganan untuk makan), dan 4) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive.

Selain itu muncul diagnosa yang seharusnya tidak ada tetapi muncul pada pasien Ny. I yaitu 6) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan menyakan masalah yang dihadapi, pasien tampak kebingungan dan khawatir. Hal itu terjadi karena faktor-faktor pasien yang pertama kali operasi yang dikemukakan oleh (Dewi & Pramono, 2017) yaitu belum tahu untuk cara mengatasi atau menghadapi kondisi seperti ini, belum adanya pengalaman dan kurang informasi serta pengetahuan untuk melaksanakan

perawatan luka. Selain itu, dilihat dari latar belakang pasien yang lulusan Sekolah Menengah Pertama, jarang mengikuti kegiatan diposyandu, jarang mengikuti penyuluhan Kesehatan, tempat tinggal jauh dari layanan kesehatan bisa menjadi faktor pencetus sehingga pemahaman pasien mengenai perawatan luka sangat minim.

### **4.2.3 Intervensi Keperawatan**

Rencana tindakan pada setiap masalah yang dialami pasien sudah sesuai dengan intervensi keperawatan dan dapat terlaksana semuanya terkait penyakit appendiktomi menurut SIKI (2019) dengan rencana tujuan keperawatan selama 5x7 jam yang diharapkan tidak terjadi kerusakan integritas pada kulit dan salah satu intervensi yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah Observasi TTV, mengidentifikasi penyebab gangguan kerusakan integritas kulit, mengubah posisi seitan 2 jam, Anjurkan menggunakan pelembab (ex : lotion, serum), berfokus melakukan perawatan luka secara aseptik dan masih menggunakan cara perawatan luka biasa yaitu dengan kapas dan kasa, memonitor karakteristik luka, Anjurkan mengkonsumsi makan tinggi kalium dan protein, Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, dan Kolaborasi pemberian antibiotik. Serta intervensi untuk mengatasi masalah nyeri diantaranya mengobservasi karakteristik nyeri, lokasi, durasi, frekuensi kualitas, dan intensitas nyeri. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan Kolaborasi pemberian analgesic.



Intervensi untuk mengatasi masalah risiko defisit nutrisi diantaranya mengobservasi status nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan dan memonitor berat badan, menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering dan kolaborasi Bersama ahli gizi. Intervensi untuk mengatasi masalah risiko infeksi diantaranya memonitor tanda dan gejala infeksi local dan siskemik, Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi dan menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Intervensi yang terakhir yaitu untuk masalah defisit pengetahuan dilakukan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media Pendidikan. Menjadwalkan penkes, memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan mengajarkan cara atau pola hidup sehat dan bersih.

Pada saat menentukan perencanaan keperawatan penulis tidak menemukan kesulitan karena penulis menggunakan buku Keperawatan Medikal Bedah tahun 2019, Muttaqin dan Sari pada tahun 2011 dan buku SIKI dari Tim Pokja DPP PPNI 2019 sebagai pegangan dalam merumuskan perencanaan keperawatan pada pasien.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Penulis telah melakukan Tindakan keperawatan yang dimulai pada tanggal 12 April 2023 hingga 16 April 2023 untuk mengatasi masalah-masalah yang dialami pasien salah satunya masalah kerusakan integritas kulit pada pasien Appendiktomi yang sudah direncanakan sesuai dengan SIKI tahun 2019 dimana

hari-hari demi hari keadaan pasien mengalami peningkatan, yaitu pasien tidak merasa nyeri dan perih, tidak ada kemerahan dan perdarahan pada luka, tidak ada rasa terbakar yang dirasakan, hematoma berkurang, integritas kulit membaik. Selain itu pasien mengatakan sudah tidak nyeri, skala nyeri 2 (0-10), tidak tampak meringis, dan sudah mulai leluasa untuk bergerak. Selanjutnya pasien juga mengatakan sudah tidak mual dan nafsu makan meningkat, mengatakan tidak ada rasa seperti terbakar kembali dan sudah tidak bingung untuk melakukan perawatan luka dirumah secara mandiri.

Pelaksanaan asuhan keperawatan kepada Ny. I penulis tidak mendapatkan hambatan, implementasi dilakukan sesuai rencana pada intervensi. Penulis pun selalu melakukan koordinasi dengan perawat ruangan terkait dalam perawatan pasien khususnya pada luka post operasi, pemberian obat serta selalu berkoordinasi dalam melakukan Tindakan keperawatan lainnya kepada Ny. I. Untuk SOP juga tersedia baik dari rumah sakit maupun dari Institusi, namun terdapat beberapa perbedaan antara SOP rumah sakit dan Institusi yaitu dalam SOP rumah sakit tidak ada persiapan alat, persiapan lingkungan dan persiapan pada pasien, tetapi untuk langkah langkah perawatan lukanya sesuai. Selain itu, peralatan sudah tersedia di rumah sakit baik dari kampus, begitupun saat dirumah peralatan yang dibutuhkan meminjam dari kampus sehingga memudahkan pelaksanaan prosedur perawatan luka.

#### **4.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Berdasarkan data yang diperoleh tersebut tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan hasil yang diharapkan pada pasien Post operasi

appendiktomi dengan gangguan kebutuhan rasa aman : kerusakan integritas kulit menurut SIKI (2019) integritas kulit membaik, tidak ada tanda-tanda infeksi, hematoma berkurang, menunjukkan proses terjadinya penyembuhan luka, namun untuk jahitan luka belum dibuka dan pada lapisan kulit yang rusak belum terbentuk lagi/ belum ada penyambungan jaringan. sehingga untuk masalah kerusakan integritas kulit sudah teratasi sebagian dan untuk menangani hal tersebut pasien diharapkan selalu membersihkan luka dengan cara perawatan luka yang sudah diajarkan, gunakan salep antibakteri untuk mempercepat penyembuhan, menghindari infeksi dan menghindari timbulnya bekas luka, monitor luka setiap hari, jika terjadi tanda-tanda infeksi berkelanjutan segera pergi ke pelayanan Kesehatan terdekat, serta selain terus mengkonsumsi makanan tinggi protein bisa juga dengan memanfaatkan pengobatan alami seperti lidah buaya dan madu. Hal tersebut sesuai dengan yang diungkapkan dalam (Novyana & Susianti, 2016) bahwa lidah buaya mengandung glukomanan, zat yang membantu regenerasi sel dan menyebabkan tubuh memproduksi kolagen dan zat ini menjadi protein yang mendorong penyembuhan luka. Manfaat madu juga mampu mengurangi pembentukan bekas luka dan menghambat pertumbuhan bakteri pada luka akut dan luka bakar (Etty, Syam, Yuliana, Yusuf & Saldy, 2021)

Maka berdasarkan hal tersebut masalah yang dialami pasien Ny. I proses penyembuhan luka sedang berada pada fase Proliferasi atau fase kedua dimana proses ini terjadi pada hari ke 4 hingga hari ke 21 terjadi penurunan jumlah sel – sel inflamasi, tanda – tanda radang berkurang, munculnya sel fibroblast yang berproliferasi, pembentukan pembuluh darah baru, epitelialisasi dan kontraksi

luka (Antia, 2019). Selain itu untuk masalah yang lain evaluasi keperawatan yang dikemukakan oleh Hidayat tahun 2019 yaitu, adanya penurunan intensitas nyeri, tidak terdapat tanda-tanda infeksi, status nutrisi membaik dan pemahaman pasien mengenai perawatan luka dirumah teratasi.

#### **4.3 Keterbatasan Studi kasus**

Keterbatasan yang dialami penulis selama melakukan studi kasus ini adalah adanya perbedaan antara SOP rumah sakit dan Institusi, yaitu pada SOP rumah sakit tidak terdapat persiapan alat, persiapan lingkungan dan persiapan pasien. Selain itu, keterbatasan alat-alat untuk melakukan perawatan luka dirumah, sehingga penulis harus membawa terlebih dahulu alat-alat dari kampus untuk home visit kerumah pasien.