

LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permohonan menjadi Responden

Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Bandung, Poltekkes Kemenkes Bandung:

Nama : NADIRA PARHAH H

NIM : P17320120048

Menuliskan surat permohonan ini dengan maksud akan melaksanakan Studi Kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi *Appendectomy* dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman : Kerusakan Integritas Kulit di Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat" sebagai persyaratan untuk menyelesaikan program studi D-III Keperawatan. Oleh karena itu, saya memohon kesediaan bapak/ibu/saudara/i untuk berpartisipasi sebagai responden dalam studi kasus ini.

Segala informasi yang disampaikan oleh bapak/ibu/saudara/i akan saya jamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan studi kasus ini. Saya akan bertanggung jawab jika ada informasi yang merugikan responden. Apabila bapak/ibu/saudara/i berkenan menjadi responden, mohon kiranya menandatangani lembar persetujuan menjadi responden (lembar *informed consent*).

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Bandung, April 2023

(Nadira Parhah H)

Lampiran 2 Lembar Persetujuan menjadi Responden

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama (Inisial): Ny. I

Umur : 49 tahun

Alamat : kp. Pasirtini RT02/RW 11 Ds. Ciwidey

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden studi kasus yang akan dilaksanakan oleh mahasiswa D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Bandung, Poltekkes Kemenkes Bandung yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi *Appendectomy* dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman : Kerusakan Integritas Kulit di Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat".

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani tanpa adanya paksaan dan agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 12 April 2023

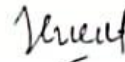
Mengetahui,

Pelaksana Studi Kasus

Peserta Studi Kasus

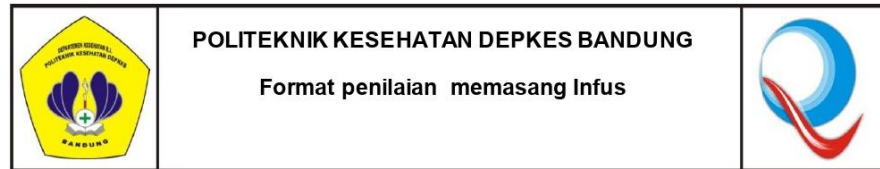


(Nadira Parhah H)



(.....)

Lampiran 3 SOP Perawatan Luka



PROSEDUR PERAWATAN LUKA(MENGGANTI BALUTAN)

1. Tujuan
 - 1.1 Mencegah terjadinya infeksi
 - 1.2 Memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien dan orang lain
 - 1.3 Mencegah infeksi silang
2. Ruang Lingkup
Dilakukan pada setiap luka yang dibalut, pada waktu-waktu tertentu atau bila diperlukan
3. Acuan
 - 3.1. Smeltzer SC, Bare BG, 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, EGC, Jakarta
 - 3.2. Perry-Potter, 2006, Clinical Nursing Skills and Techniques, Elsevier Mosby
 - 3.3. Perry-Peterson-Potter,2002, Ketrampilan dan Prosedur Dasar, EGC, Jakarta
4. Definisi
Menukar balutan atau penutup luka yang sudah kotor atau lama dengan penutup atau pembalut luka yang baru
5. Prosedur
 - 5.1 Tanggung jawab dan wewenang
 - 5.1.1. Bagian akademik bertanggung jawab dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pencapaian kompetensi
 - 5.1.2. Koordinator mata ajaran terkait bertanggung jawab dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi SOP ini
 - 5.1.3. Anggota Tim dan Instruktur Klinik bertanggung jawab atas penggunaan SOP dan pencapaian kompetensi di klinik / di lahan praktek
 - 5.2. Pelaksanaan
 - 5.2.1. Pastikan kebutuhan klien akan pengobatan dengan cara kompres terbuka
 - 5.2.2. Persiapan klien
 - 5.2.2.1. Sampaikan salam (lihat SOP komunikasi terapeutik)
 - 5.2.2.2. Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan
 - 5.2.3. Persiapan alat
 - 5.2.3.1. Seperangkat peralatan steril dalam tempatnya meliputi :
 - 5.2.3.1.1. Piset anatomis (2 buah)
 - 5.2.3.1.2. Pinset cirurgis
 - 5.2.3.1.3. Gunting jaringan
 - 5.2.3.1.4. Kasa steril
 - 5.2.3.1.5. Kom kecil scalpel
 - 5.2.3.1.6. Sarung tangan



- 5.2.3.1.7. alat tenun steril
- 5.2.3.1.8. lidi watten

5.2.3.2. Seperangkat peralatan tidak steril meliputi ;

- 5.2.3.2.1. Gunting verban
- 5.2.3.2.2. Plester
- 5.2.3.2.3. Wash bensin dalam tempatnya
- 5.2.3.2.4. Bengkok
- 5.2.3.2.5. Obat atau alat luka sesuai kebutuhan
- 5.2.3.2.6. Masker
- 5.2.3.2.7. Barak schort
- 5.2.3.2.8. Tutup kepala
- 5.2.3.2.9. Tempat sampah

5.2.4. Persiapan pasien

- 5.2.4.1. Pasien diberi informasi tentang rencana tindakan dengan komunikasi terapeutik
- 5.2.4.2. Mengatur posisi sesuai kebutuhan dengan memperhatikan keamanan dan kenyamanan serta privacy pasien

5.2.5. Persiapan lingkungan

Jaga privacy klien dengan menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman

5.2.6. Mencuci tangan sesuai SOP mencuci tangan

5.2.7. Balutan lama dibuka dan dibuang ke tempatnya

5.2.8. Bekas plester dibersihkan dengan wash bensin menggunakan lidi watten

5.2.9. Luka dibersihkan dengan kapas yang dibasahi larutan desinfektan dan dilakukan satu arah dari dalam ke luar

5.2.10. Kapas kotor dibuang ke tempatnya

5.2.11. Pinset yang telah dipakai dibuang ke dalam bengkok



5.2.12. Luka diberi obat yang telah ditentukan

5.2.13. Luka ditutup dengan kain kasa steril menggunakan pinset steril. Usahakan serat kasa jangan melekat pada luka

5.2.14. Luka dibalut atau diplester secara rapi

5.2.15. Setelah selesai pasien dirapihkan

5.2.16. Peralatan dibersihkan. Dobereskan dan dikembalikan ke tempatnya semula

 RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat	MENUTUP LUKA		
	No. Dokumen 445/SPO.13/IBS	No. Revisi: 1	Halaman 1
SPO (STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL)	Tanggal Terbit 2 April 2018	Disetujui Oleh, Plt. Direktur RSUD Al Ihsan Prov Jabar  H. Undang Nomoruddin, Sp.An.KIC Pembina Utama Muda NIP. 196002051989011001	
PENGERTIAN	Penutupan luka operasi secara aman dan nyaman dengan tetap memperhatikan tehnik sterilisasi.		
TUJUAN	Mencegah terjadinya komplikasi pada luka operasi.		
KEBIJAKAN	Prosedur Pelayanan Anestesi Dan Bedah No. 445/Kep 388/IBS.RS.Ihsan/2016		
PROSEDUR	Bismillahirrahmanirrahim 1. Luka operasi dibersihkan dengan kassa lembab, kemudian dibersihkan kembali dengan menggunakan kassa kering. 2. Luka operasi ditutup dengan kassa steril. 3. Luka operasi yang telah ditutup dengan kassa steril selanjutnya difiksasi atau menggunakan tutup luka yang sudah ada fiksasi dan pedding nya,		
UNIT TERKAIT	Staf IBS, dokter bedah, Instalasi Farmasi		

Lampiran 4 Asuhan Keperawatan pada Ny. I Post Operasi Apendiktomi dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman : Kerusakan Integritas Kulit di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat

**ASUHAN KEPERAWATAN Ny. I POST OPERASI APENDIKTOMI
DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN RASA AMAN : KERUSAKAN
INTEGRITAS KULIT DI RUANGAN KHALID BIN WALID RSUD AL-
IHSAN PROVINSI JAWA BARAT**

A. PENGKAJIAN

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. I
Tanggal Lahir/ Umur	: 21 Agustus 1977/45 tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: IRT
Golongan Darah	: O
Diagnosa Medis	: Appendisitis Kronik
Nomor Register	: -
Nomor Medrec	: 00870973
Tanggal Masuk RS	: 11 April 2023 Jam : 09.00 (IGD)
Tanggal Pengkajian	: 12 April 2023
Alamat	: Pasirtiril RT/RW.02/11 Ds. Ciwidey

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. D
Umur	: 46 Tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: STM
Pekerjaan	: Karyawan Swasta

Alamat : Pasirtiril RT/RW.02/11 Ds.
Ciwidey

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan utama

Pasien mengeluh nyeri disertai dengan perih dan rasa terbakar pada perut kanan bagian bawah

b) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Pasien mengatakan nyeri perut kurang lebih selama 1 minggu SMRS, lalu pasien dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit Al-Ihsan pada hari selasa pukul 09.00 WIB, Pasien masuk IGD untuk diobservasi hingga pasien di sarankan 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, setelah pasien selesai melakukan operasi pengangkatan usus buntu pasien di pindahkan keruang rawat inap pasca bedah (khalid bin Walid) kamar 216 bed 1 pada pukul 01.00 malam.

c) Keluhan saat dikaji

Pasien mengeluh nyeri disertai dengan perih pada area luka post operasi di perut kanan bagian bawah, 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 apabila sudah dirumah untuk mengganti perban pada luka post operasinya.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan belum pernah ada Riwayat operasi sebelumnya ataupun dirawat dirumah sakit sebelumnya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang pernah mengalami penyakit yang diderita pasien dan pasien mengatakan bahwa dikeluarganya tidak terdapat penyakit keturunan seperti DM, Asma dan Hipertensi dan menular seperti TBC dan HIV.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Aktivitas	Di Rumah	Saat Di Rumah Sakit
1. Makan		
a. Jenis	Nasi, Sayur lauk pauk	Pasien diit susu
b. Frekuensi	1-2x/hari	
c. Keluhan	Tidak ada	
2. Minum		
a. Jenis	Air putih, kopi, teh	
b. Frekuensi		Pasien diit susu
c. Keluhan	Tidak ada	
3. Tidur dan Istirahat		
a. Tidur Siang	Jarang tidur siang	2-3 jam/hari
b. Tidur Malam	Jam 9-4	5-6 jam
c. Keluhan	Tidak ada	Sering terbangun
4. Eliminasi BAB & BAK		
- BAB		
a. Frekuensi	1x/hari	Belum BAB
b. Konsistensi	lembek	-
c. Warna	coklat kekuningan	-

d. Keluhan	Tidak ada	-
- BAK		
a. Frekuensi	5-6x/hari	Pasien mengatakan tidak terhitung karena pasien memakai pampers
b. Warna	Kuning jernih	
c. Keluhan	Tidak ada	
5. Personal Hygiene		
a. Mandi	2x/hari	Belum mandi
b. Keramas	3x/minggu	Belum keramas
c. Gosok gigi	2x/hari	Belum gosok gigi
6. Kegiatan		
a. Olahraga	Kadang-kadang	Tidak ada
b. Merokok	Tidak pernah	

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

- Tingkat kesadaran : Composmentis
- Penampilan secara umum : Pasien tampak lemas dan Meringis kesakitan
- Tanda-tanda vital :
 - TD : 130/90 mmHg
 - RR : 20 x/menit
 - Nadi : 90 x/menit
 - Suhu : 36,5 °C
- Antropometri :
 - BB sebelum sakit : 65 kg
 - BB sesudah sakit : 58 kg
 - TB : 155 cm
 - IMT : 24,1 (normal)

2) Sistem Pernafasan

Hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret, tidak ada polip, septum berada di tengah, tidak ada perdarahan, tidak ada lesi, serta patensi jalan napas baik, tidak ada nyeri tekan pada sinus dan tidak ada deformitas pada hidung. Bentuk dada

simetris, pengembangan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada retraksi dinding dada, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, dilakukan perkusi pada paru terdengar bunyi sonor. Pada saat dilakukan auskultasi terdengar bunyi pernapasan vesikuler di semua lapang paru.

3) Sistem kardiovaskular

Bentuk dada normo chest, saat dilakukan palpasi tidak ada nyeri tekan, ictus cordis teraba kuat di daerah intercosta 4 mid klavikula sinistra. Pada saat diperkusi pada paru terdengar bunyi sonor, jantung dalam batas normal, tidak terjadi pembesaran jantung, batas jantung ics 2-3, batas kanan jantung linea sternalis sinistra, batas kiri jantung linea mid klavikula sinistra, batas bawah jantung intercosta 4-5. Batas kanan jantung linea sternalis sinistra, batas kiri jantung linea mid klavikula sinistra, batas bawah jantung intercosta 4-5. Bunyi jantung I dan II normal dan regular, tidak ada bunyi jantung tambahan.

4) Sistem pencernaan

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mulut sedikit kotor, tidak ada tonsilitis, mukosa bibir kering dan pucat, tidak ada lesi dan tidak ada kelainan pada mulut dan bibir, bentuk perut datar, umbilikus menonjol, tidak ada lesi, tidak ada benjolan. Pada saat dilakukan auskultasi terdengar bising usus 26x/menit. Pada saat dilakukan palpasi tidak terdapat pembesaran hati. Pada saat dilakukan perkusi terdengar bunyi timpani.

5) Sistem perkemihan (genetalia)

Tidak terpasang kateter, tidak terlihat adanya pembengkakan. Pada saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan.

6) Sistem penglihatan

Posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, sclera berwarna putih, pupil isokor, tidak

ada tanda radang, tidak memakai alat bantu baca, adanya reflek cahaya pada kedua mata, terdapat bekas luka pada iris mata.

7) Sistem Endokrin

Bentuk leher simetris, tidak ada lesi. Pada saat dipalpasi tidak terdapat pembengkakan di area leher, tidak ada benjolan, tidak ditemukan pembesaran kelenjar tyroid, nadi karotis teraba, tidak ada memar maupun nyeri

8) Wicara dan THT

Pasien tidak ada kesulitan dalam berbicara dan dapat mendengar dengan jelas tanpa diulang.

9) Sistem musculoskeletal

a) Ekstremitas atas

Ekstremitas atas kanan dan kiri lengkap, tidak terdapat pembengkakan, tidak ada kelainan, tidak ada nyeri, CRT >2 detik, kekuatan otot 5/5

b) Ekstremitas bawah

Ekstremitas bawah kanan dan kiri lengkap, tidak terdapat pembengkakan, tidak terdapat kelainan, tidak ada nyeri dengan kekuatan otot 5/5

10) Sistem Integument

Tidak ada sianosis, terdapat luka post operasi pada perut kanan bagian bawah, warna kulit sawo matang, terdapat nyeri pada luka post operasi, tampak kemerahan dan hematoma pada luka bekas operasi, elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, tidak ada perdarahan yang serius, turgor kulit normal, CRT <2 detik.

11) Sistem persyarafan

a) Nervus I (Olfactorius)

Fungsi penciuman baik, pasien dapat membedakan bau wangi dan bau tidak sedap, pasien dapat membedakan bau kayu putih dan bau parfum

b) Nervus II (Opticus)

Letak kedua mata simetris, jarak pandang pasien normal, fungsi penglihatan baik terlihat saat perawat meminta pasien untuk menyebutkan jari yang di perlihatkan ke pasien

c) Nervus III (Okulomotorius)

Bentuk kedua mata simetris, pergerakan kedua mata normal, pasien dapat menggerakkan kedua bola matanya

d) Nervus IV (Throklearis)

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri, pasien dapat memutar bola matanya

e) Nervus V (Trigeminus)

Pasien dapat membuka dan menutup mata dengan baik, pasien dapat mengunyah dan menelan dengan baik

f) Nervus VI (Abdusen)

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke samping dan ke depan

g) Nervus VII (Facialis)

Senyum pasien simetris, pasien dapat mengangkat alis dan menggerakkan lidah

h) Nervus VIII (Vestibulo)

Pendengaran pasien normal, ditandai dengan pasien mampu menjawab setiap pertanyaan yang di ajukan oleh perawat

i) Nervus IX (Glosofaringeus)

Pasien dapat membedakan rasa manis dan asin pada saat makan

j) Nervus X (Vagus)

Gerakan lidah baik, fungsi sensorik dan motorik baik, pasien dapat menelan saliva

k) Nervus XI (Acessoris)

Gerakan kepala dan bahu normal, ditandai dengan pasien dapat mengikuti arahan dari perawat dan dapat mengangkat bahu ketika dikasih sedikit penekanan oleh tangan perawat

l) Nervus XII (Hipoglosus)

Pasien dapat menjulirkan lidah dengan menggerakkan dari kiri ke kanan dan dari kanan ke kiri

f. Data psikologis

1) Status Emosi :

Pasien dapat mengontrol emosinya

2) Kecemasan. :

Pasien cemas karena tidak bisa melakukan pola aktivitas seperti biasanya

3) Pola koping. :

Masalah yang dialami pasien yaitu merasakan kurang sempurna seperti dulu dan pasien menyadari kurang mampu mencapai ideal dirinya sebagai ibu dan istri. Sehingga pasien akan semangat dalam menjalankan pengobatan agar segera sembuh.

1) Gaya komunikasi

Pasien berkomunikasi dengan baik, terbukti pasien dapat menjawab pertanyaan dan memberikan umpan balik kepada perawat saat dilakukan pemeriksaan.

2) Konsep diri

a) Body image : pasien merasakan kurang sempurna seperti dahulu karena sekarang sedang sakit.

b) Ideal diri : pasien menyadari dirinya harus mampu berperan sebagai ibu dan istri yang baik kepada anak dan istrinya,

akan tetapi karena sakit pasien kurang mampu mencapai ideal dirinya.

- c) Peran diri : pasien menyadari sebagai seorang ibu dan istri yang baik kepada anak dan istrinya. Namun anak-anaknya tidak memperlakukan sakitnya, sehingga pasien dapat diterima di tengah keluarganya.
- d) Identitas diri : pasien mengatakan bahwa dirinya seorang perempuan.
- e) Harga diri : walaupun pasien tidak mencapai ideal dirinya, pasien tidak merasa rendah diri. Karena keluarganya mau menerima keadaan pasien yang sekarang dan selalu memberikan dukungan moril.

g. Data sosial

Pasien dapat berhubungan baik dengan keluarga dan orang lain, terbukti saat pasien menunjukkan sikap baik dan kooperatif pada tim medis.

h. Data spiritual

- 1) Makna hidup: Pasien mengatakan makna hidupnya yaitu membangun hubungan yang selaras dengan tuhan, dan manusia serta alam sekitarnya.
- 2) Pandangan terhadap sakit : Pasien dan keluarga berpandangan bahwa penyakit pasien adalah cobaan dari Allah SWT. Yang mana rasa sakit itu adalah bentuk kasih sayang Allah kepada hambanya.
- 3) Keyakinan akan kesembuhan : Karena Pasien dan keluarga yakin bahwa penyakitnya bersumber dari Allah, maka akan hilang dan sembuh atas seizin Allah pula dengan perantara perawat dan dokter,
- 4) Kemampuan beribadah saat sakit : Pasien beribadah berbaring di atas kasur Rumah Sakit, Pasien juga terkadang hilang

konsentrasi karena sering mengeluh nyeri pada area luka operasinya.

i. Data penunjang

Hasil laboratorium

Tanggal : 11/04/2023

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
HEMATOLOGI		
Hemoglobin	12.1 g/dL	12.0 – 16.0
Lekosit	11200 sel/uL	3800 – 10600
Eritrosit	4.72 juta/uL	3.6 – 5.8
Hematokrit	36.6 %	35-47
Trombosit	290000 sel/uL	150000 - 440000
KIMIA KLINIK		
AST (SGOT)	106 U/L	10 - 31
ALT (SGPT)	112 U/L	9 - 36
Ureum	10 mg/dL	10 -50
Kreatinin	0.71 mg/dL	0.7 – 1.13
Glukosa Darah Sewaktu	104 mg/dL	70 - 200
IMUNOLOGI		
RAPID ANTIGEN COVID	Negatif	-

Hasil laboratorium

Tanggal : 14/04/2023

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
KIMIA KLINIK		
Hemoglobin	12.3 g/dL	12.0 – 16.0
Leukosit	8400 sel/uL	3800 - 10600
Protein Total	7.4 g/dL	6.6 – 8.3
Albumin	L 3.3 g/dL	3.7 – 5.3
Glukosa Sewaktu	151 mg/dL	70 – 200
MIKROBIOLOGI		
Mikobakterium TB	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdekteksi
Resistensi Rifampisi	Tidak Terdeteksi	Tidak Terdekteksi
IMUNOSEROLOGI		
Anti HIV	Non Reaktif	Non Reaktif

j. Program dan rencana pengobatan

Nama Obat	Dosis	Rute	Manfaat
Pantoprazole	1x40 mg	IV	Pantoprazole bermanfaat untuk mengurangi asam yang dihasilkan lambung. Jenis obat ini juga digunakan untuk mengatasi mulas, refluks asam, dan mengobati kerongkongan sebagai akibat dari kenaikan asam lambung
Pein loss	2x400 mg	IV	dengan indikasi pada labelnya adalah sebagai pengobatan nyeri sedang hingga

			berat sebagai terapi tambahan terhadap analgesik golongan opioid.
ondansetron	3x4	IV	Obat ini dapat digunakan sendiri atau dengan obat lain untuk mencegah mual dan muntah yang disebabkan oleh pengobatan obat kanker (kemoterapi) dan terapi radiasi. Obat ini juga digunakan untuk mencegah dan mengobati mual dan muntah setelah operasi
Paracetamol	4x1 gr	Oral	Paracetamol adalah obat penghilang rasa sakit dan nyeri yang umum digunakan
Vipalbumin	3x2	Oral	Vipalbumin adalah suplemen untuk meningkatkan sistem imun, menambah kadar albumin dan globulin, serta mempercepat penyembuhan luka

2. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
DS : Pasien mengatakan nyeri disertai dengan perih pada luka post operasinya	Apendiks ↓ Obstruksi Lumen ↓ Bendungan Mucus	Kerusakan Integritas Kulit

<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka insisi post operasi di abdomen tengah - Panjang luka menjalar vertikal ±10 cm - Terdapat hematoma 	<p>↓</p> <p>Tekanan Intra Lumen Meningkat</p> <p>↓</p> <p>Aliran Limfe Terhambat</p> <p>↓</p> <p>Apendisitis</p> <p>↓</p> <p>Appendectomy</p> <p>↓</p> <p>Luka Insisi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan Integritas Kulit</p>	
<p>DS :</p> <p>P : Nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang bila pasien beristirahat</p> <p>Q : nyeri yang di rasakan seperti melilit dan perih</p> <p>R : Nyeri dirasakan pada luka post operasi (apendektomi) yang berada di perut bawah</p> <p>S : Skala nyeri 7(0-10)</p> <p>T : Nyeri yang di rasakan hilang timbul</p>	<p>Apendiks</p> <p>↓</p> <p>Obstruksi Lumen</p> <p>↓</p> <p>Bendungan Mucus</p> <p>↓</p> <p>Tekanan Intra Lumen Meningkat</p> <p>↓</p> <p>Aliran Limfe Terhambat</p> <p>↓</p> <p>Apendisitis</p> <p>↓</p> <p>Appendectomy</p> <p>↓</p> <p>Luka Insisi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan Jaringan</p> <p>↓</p> <p>Ujung Saraf Terputus</p> <p>↓</p> <p>Proses Prostaglandin</p> <p>↓</p> <p>Spinal Cord</p> <p>↓</p>	<p>Nyeri Akut</p>
<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis menahan nyeri - Skala nyeri 7 - Pasien tampak berhati-hati saat bergerak - Pasien tampak lemas - Pasien terus-terusan mengeluarkan keringat - Tanda-tanda vital TD : 130/90 mmHg 		

R : 20 x/menit N : 90x/menit	Cortex Selebri ↓ Nyeri dipersepsikan ↓ Nyeri Akut	
DS : Pasien mengatakan ada mual dan tidak nafsu makan DS : - Terdapat penurunan BB - BB menurun 7% dari sebelum sakit - Membran mukosa kering - Bising usus 26x/menit - BB sebelum sakit = 65 kg - BB sesudah sakit = 58kg	Appendectomy ↓ Anastesi ↓ Penurunan peristaltic ↓ Distensi abdomen ↓ Mual, muntal ↓ Anoreksia ↓ Risiko Defisit Nutrisi	Risiko Defisit Nutrisi
DS : Pasien mengatakan daerah lukanya terasa panas seperti terbakar DO : • Terdapat tanda-tanda infeksi : - Ada sedikit perdarahan - Rubor : kemerahan - Calor : rasa terbakar - Dolor : nyeri • Suhu : 36,9°C	Apendiks ↓ Obstruksi Lumen ↓ Bendungan Mucus ↓ Tekanan Intra Lumen Meningkat ↓ Aliran Limfe Terhambat ↓ Apendisitis ↓ Appendectomy ↓ Luka Insisi ↓ Pintu masuk kuman ↓ Risiko Infeksi	Risiko Infeksi
DS : Pasien mengatakan	Apendisitis ↓	Defisit Pengetahuan

bingung untuk perawatan luka mengganti balutannya saat sudah dirumah	DO :	Appendectomy ↓ Luka Insisi ↓ Kurang terpapar informasi mengenai perawatan luka operasi ↓ Defisit Pengetahuan
- Menanyakan masalah yang dihadapi	- Pasien dan keluarga tampak kebingungan	
- Pasien tampak khawatir		
- Pasien tampak tegang		

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Kerusakan integritas kulit b.d terputusnya luka operasi (faktor mekanik) d.d luka insisi post operasi di abdomen bawah dengan Panjang luka ±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 dirasakan pada luka post operasi, nyeri yang dirasakan hilang timbul, Nadi : 90x/menit.
3. Risiko defisit nutrisi d.d faktor psikologis (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 infeksi sedikit perdarahan, kemerahan dan rasa terbakar, Suhu : 36,9°C.
5. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang dihadapi, pasien tampak kebingungan dan khawatir.

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
Kerusakan	Tujuan:	Setelah Observasi :	Observasi :

<p>integritas jaringan berhubungan dengan terputusnya luka operasi (faktor mekanik) ditandai dengan luka insisi post operasi di abdomen bawah dengan Panjang luka ± 10 cm.</p>	<p>dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 5 x 7 jam diharapkan integritas jaringan meningkat.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfusi jaringan normal - Tidak ada tandatanda infeksi - Ketebalan dan tekstur jaringan normal - Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang - Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka 	<p>Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit.</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika titah baring. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab (ex : lotion, serum). 	<p>Untuk mengetahui adanya penyebab dari gangguan integritas kulit seperti perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas</p> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi tekanan dan mengubah posisi dengan sering mencegah dekubitus.
		<p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi :</p> <p>Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</p>	<p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu melembabkan kulit pasien <p>Perawatan Luka</p> <p>Observasi :</p> <p>Untuk memantau karakteristik luka pada pasien.</p>
		<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, 	<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agar pasien merasa nyaman 2. Untuk mencegah adanya infeksi

-
- | | | |
|----|--|---|
| | jika perlu | |
| 3. | Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan | 3. Merangsang penyembuhan luka dengan cepat |
| 4. | Bersihkan jaringan nekrotik | 4. Membantu mempercepat penyembuhan luka |
| 5. | Berikan salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu | 5. Mempercepat kesembuhan luka |
| 6. | Pasang balutan sesuai jenis luka | 6. Balutan dapat mencegah bakteri atau kuman masuk ke daerah luka |
| 7. | Pertahankan teknik steril saat perawatan luka | 7. Mencegah kontaminasi mikroorganisme |
| 8. | Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase | 8. Mencegah infeksi pada luka |

Edukasi :

1. Anjurkan mengkonsumsi makan tinggi kalium dan protein.
2. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Edukasi :

1. Makanan yang mengandung kalium dan protein tinggi dapat membantu mempercepat kesembuhan luka.
2. Membantu keluarga dan

				pasien bisa melakukan perawatan luka sendiri.
		Kolaborasi :		Kolaborasi :
		1. Kolaborasi pemberian antibiotik (mis: cefriaxone 1x2 amp)		1. Antibiotik merupakan jenis obat yang berfungsi melawan infeksi bakteri. Selain sebagai perlawanan, manfaat antibiotik adalah untuk mencegah terjadinya infeksi bakteri.
Nyeri b.d cidera fisik pasien tampak meringis kesakitan.	Dalam waktu 5 x 7 jam pasca bedah, nyeri berkurang/hilang atau teradaptasi Kriteria evaluasi : - Secara subjektif melaporkan nyeri berkurang atau dapat teradaptasi - Skala nyeri 0-1 (0-4) - Dapat mengidentifikasi aktivitas yang meningkatkan atau menurunkan nyeri - Pasien tidak gelisah	Observasi 1. Identifikasi karakteristik nyeri, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan	Observasi 1. Mengetahui lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri 2. Mengetahui seberapa parah rasa nyeri yang dialami oleh pasien 3. Mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul 4. Mengetahui apa saja yang memperburuk	

	memperingan nyeri		dan memperingan keadaan nyerinya
	Terapeutik Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri		Terapeutik Mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien.
	Edukasi Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.		
	Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu		Edukasi Pendekatan dengan menggunakan relaksasi dan non-farmakologi lainnya dengan menunjukkan keefektifan dalam mengurangi nyeri. Kolaborasi Pemberian analgesic membantu proses penyembuhan pasien pasca operasi/untuk mengurangi nyeri.
Risiko defisit nutrisi b.d faktor psikologi (keengganan untuk makan)	Dalam waktu 5 x 7 jam asupan nutrisi pasien terpenuhi. Kriteria evaluasi : - Pasien dapat memepertahankan status asupan nutrisi yang adekuat. - Pernyataan motivasi yang kuat untuk memenuhi kebutuhan	Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor berat badan	Observasi 1. membantu menegtahui tanda dan gejala nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh 2. Mengetahui makanan yang pasien hindari dan tidak sukai 3. Membantu pasien mengetahui perubahan berat

	<p>nutrisinya.</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p>		<p>badan setelah diberikan informasi tentang memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Makanan secara menarik dapat meningkatkan nafsu makan pasien. 2. Makanan yang tinggi serat untuk mencegah terjadinya konstipasi. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menstabilkan sistem metabolisme tubuh ketika menyantap makanan dalam porsi kecil. <p>Kolaborasi</p> <p>Diet sesuai dengan kebutuhan nutrisi pasien</p>
<p>Risiko infeksi b.d prosedur invasive</p>	<p>Dalam waktu 5 x 7 jam tidak terjadi infeksi, terjadi</p>	<p>Observasi</p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi local</p>	<p>Observasi</p> <p>Mengetahui tindakan yang akan dilakukan.</p>

perbaikan pada integritas jaringan lunak.

Kriteria evaluasi:

- Tidak adanya tanda-tanda infeksi dan peradangan pada area luka pembedahan.
- Leukosit dalam batas normal.
- TTV dalam batas normal.

dan siskemik

Terapeutik

1. Perawatan kulit pada area edema
2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
3. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

Terapeutik






1. Mencegah risiko infeksi
2. Cuci tangan dapat mencegah risiko infeksi
3. Teknik aseptik menghindari pasien mengalami infeksi








Edukasi







1. Memberikan penjelasan membuat pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi
 2. Memberikan penjelasan membuat pasien mengetahui cara mencuci tangan dengan benar
 3. Memberikan penjelasan agar pasien memeriksa kondisi luka atau operasi
 4. Memberikan penjelasan agar pasien meningkatkan asupan nutrisi
-







<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi d.d menyakan masalah yang dihadapi, pasien tampak kebingungan dan khawatir.</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 2 x 7 jam diharapkan Tingkat pengetahuan Meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga paham tentang tanda-tanda infeksi - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan tentang tanda-tanda infeksi tersebut - Pasien dan keluarga paham tentang Langkah-langkah perawatan luka - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan perawatan luka secara mandiri 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kedepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 2. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kesiapan dan kemampuan pasien dalam menerima informasi <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Materi dan media pendidikan untuk membantu mempermudah pasien dalam menerima informasi kesehatan 2. Membuat kontrak waktu dengan pasien yang terjadwal 3. Memberikan kesempatan pada pasien agar lebih paham <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kesadaran pasien untuk mau menjalankan hidup bersih dan sehat. 2. Memberikan tips cara menjaga hidup sehat yang bisa diterapkan pasien dalam kehidupan sehari-hari.
---	--	--	--








D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN






No	Tanggal	Jam	Tindakan	DP	Paraf
1.	12 April 2023	08.00	Mengobservasi TTV E/ TD : 130/90 mmHg N : 120 x/menit S : 36,5°C RR : 21 x/menit	1,2,4	
2		08.15	Mengidentifikasi adanya gangguan kerusakan integritas kulit E/ Terdapat luka insisi operasi dan pasien mengatakan bahwa pada luka post operasinya terasa nyeri dan perih	1	 Nadira
		08.30	Mengkaji Nyeri E/ Pasien mengatakan nyeri disertai dengan perih dan rasa terbakar pada luka post operasi P : nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang bila pasien beristirahat Q : nyeri yang dirasakan seperti melilit dan perih R : nyeri pada luka post operasinya (abdomen bawah) S : skala nyeri 7 (0-10) T : nyeri yang dirasakan hilang timbul	2	 Nadira
		08.45	Mengidentifikasi status nutrisi pasien E/ Pasien mengatakan beberapa hari kebelakang ia tidak nafsu makan dan makan dengan porsi sedikit	3	 Nadira
		08.50	Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan E/ Pasien mengatakan bahwa dirinya	3	








	tidak ada alergi makanan		Nadira
09.00	Memberikan terapi non farmakologi relaksasi nafas dalam untuk mengalihkan rasa nyeri E / Pasien dapat mengikuti instruksi dari perawat dan dapat melakukan terapi non farmakologi sesuai arahan. Pasien mengatakan menjadi lebih rileks, tenang dan skala nyeri masih 7 setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam	2	 Nadira
09.15	Menjelaskan kepada pasien penyebab dan pemicu nyeri E / Pasien memahami apa yang telah dikatakan oleh perawat untuk tidak terlalu banyak bergerak dulu untuk saat ini selama luka operasi belum kering	2	 Nadira
11.00	Menganjurkan dan mengubah posisi pasien setiap 2 jam untuk mengurangi tekanan dan mencegah dekubitus E/ Pasien mengatakan paham dan akan mencoba untuk selalu mengubah posisi setiap 2 jam	1	 Nadira
11.30	Memonitor BB sebelum dan sesudah sakit E/ BB sebelum sakit 65 kg BB sesudah sakit 58 kg	3	 Nadira
11.40	Menyajikan makanan/ diit pasien agar tetap dalam keadaan hangat E/ Pasien diberikan diit susu yang masih hangat	3	 Nadira
11.45	Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit E/ Pasien dibaerikan diit susu	3	 Nadira
12.00	Memberikan terapi obat Paracetamol 4x1 gr (1 tab), Ondansentron 3x4 mg (IV) E / Pasien mengatakan bersedia menerima	2,3	 Nadira








			injeksi obat		Nadira
		13.00	Memberikan terapi non farmakologi (relaksasi nafas dalam dan mengajak bicara pasien untuk mengalihkan rasa nyeri E/ Pasien tampak lebih tenang dan rileks, pasien mengatakan nyeri berkurang dari sebelumnya dengan skala 7 menjadi 6 (0-10)	2	 Nadira
		13.30	Menganjurkan pasien untuk merubah posisi E/ Pasien mengerti dan sudah merubah posisinya setiap 2 jam	1	 Nadira
		13.40	Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering E/ Pasien mengerti dan akan mencoba makan sedikit sedikit makanan yang lembut-lembut	3	 Nadira
		13.45	Mengajarkan dan mengingatkan untuk tetap selalu menjaga kebersihan badan seperti mencuci tangan agar selalu terhindar dari infeksi E/ Pasien paham dan mengajarkan pasien Langkah-langkah mencuci tangan	4	 Nadira
		14.00	Menganjurkan pasien menggunakan pelembab (lotion, serum, dll) untuk menghindari kulit kering pada area sekitar luka operasi E/ Pasien mengerti dan menggunakan lotion pada area sekitar luka operasi	1	 Nadira
2.	13 April 2023	08.00	Mengobservasi TTV E/ TD : 132/97 mmHg N : 100x/menit S : 36,4°C RR : 20x/menit SPO2 : 98%	1,2,4	 Nadira
		08.10	Mengkaji Nyeri E/	2	









	<p>Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang P : nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang bila pasien beristirahat Q : nyeri yang dirasakan seperti melilit dan perih R : nyeri pada luka post operasinya (abdomen bawah) S : skala nyeri 5 (0-10) T : nyeri yang dirasakan hilang timbul</p>		 Nadira
08.30	<p>Memberikan terapi non farmakologi (relaksasi nafas dalam, distraksi musik dan mengajak bicara pasien untuk mengalihkan rasa nyeri E / Pasien dapat mengikuti instruksi dari perawat dan dapat melakukan terapi non farmakologi sesuai arahan. Pasien mengatakan menjadi lebih rileks, tenang dan skala nyeri menurun dari 5 menjadi 6 setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam dan distraksi musik</p>	2	 Nadira
08.45	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi E/ Terdapat tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, perdarahan dan rasa terbakar.</p>	4	 Nadira
09.00	<p>Melakukan perawatan luka , mengganti perban luka dan mengobservasi luka E / Terdapat hematoma, luka dibersihkan dan perban diganti</p>	1	 Nadira
09.20	<p>Menjelaskan tanda gejala infeksi E/ Pasien mengatakan sebelumnya tidak mengetahui tanda dan gejala infeksi, setelah diberikan edukasi pasien tampak memahami tanda dan gejala infeksi</p>	4	 Nadira
09.30	<p>Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi terutama mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E/</p>	1,3,4	 Nadira







	Pasien mengatakan bingung dengan jenis makanan apa saja yang harus dikonsumsi untuk mempercepat proses penyembuhan luka operasi		Nadira
11.45	Menyajikan makanan/ diit pasien agar tetap dalam keadaan hangat E/ Pasien diberikan diit susu yang masih hangat	3	 Nadira
12.00	Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit E / Pasien diberikan diit susu	3	 Nadira
12.15	Memberikan terapi Ondansentron 3x4 (IV), Paracetamol 1x40mg (Oral), Vib albumin 3x2 (Oral) E / Pasien mendapat infus RL 20 tts/mnt dan pasien mengatakan bersedia menerima injeksi obat	1,2,3	 Nadira
12.30	Mengajarkan pasien untuk mobilisasi dini E/ Pasien dapat melakukan mobilisasi dini seperti bangun hingga duduk ditempat tidur, berdiri dan belajar kekamar mandi	1	 Nadira
13.00	Menganjurkan kembali untuk merubah posisi E/ Pasien mengerti dan sudah merubah posisinya minimal setiap 2 jam	1	 Nadira
13.15	Mengajarkan teknik nonfarmakologi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri jika nyeri muncul. E/ Pasien mengerti dan bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam sendiri.	2	 Nadira
13.30	Memonitor BB pasien E/ BB pasien 59kg	3	 Nadira

		13.45	Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat E/ Pasien menyadari bahwa perilaku hidup bersih dan sehat itu penting untuk mencegah terjangkitnya penyakit.	5	 Nadira
		14.00	Menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering E/ Pasien mengerti dan akan mencoba makan sedikit sedikit makanan yang lembut-lembut	3	 Nadira
3.	14 April 2023	14.30	Mengobservasi TTV E / TD : 128/88 mmHg N : 71x/menit S : 36,9°C RR : 18x/menit SPO2 : 99%	1,2,4	 Nadira
		15.30	Mengkaji Nyeri E / Pasien mengatakan nyeri berkurang P : nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang bila pasien beristirahat Q : nyeri yang dirasakan seperti melilit dan perih R : nyeri pada luka post operasinya (abdomen bawah) S : skala nyeri 3 (0-10) T : nyeri yang dirasakan hilang timbul	2	 Nadira
		16.00	Memberikan terapi non farmakologi (relaksasi nafas dalam dan mengajak bicara pasien untuk mengalihkan rasa nyeri E / Pasien dapat mengikuti instruksi dari perawat dan dapat melakukan terapi non farmakologi sesuai arahan. Pasien mengatakan menjadi lebih rileks, tenang dan skala nyeri menurun dari sebelumnya setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam.	2	 Nadira
		17.00	Menyajikan makanan/ diit pasien agar tetap dalam keadaan hangat	3	


	E/ Pasien diberikan diit susu yang masih hangat		 Nadira
17.00	Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit E/ Pasien diberikan diit susu	3	 Nadira
18.00	Memberikan terapi obat Pein Loss 2 x 400 mg (IV), Paracetamol 4x1 gr (Oral), Vib Albumin 3x2 (Oral) E/ Obat dimasukkan lewat intravena	1,2,3	 Nadira
18.30	Memonitor tanda dan gejala kerusakan integritas kulit dan tanda tanda infeksi E/ Pasien mengatakan rasa terbakar sudah mulai berkurang pada luka, masih terdapat kemerahan dan perdarahan, masih terdapat hematoma	1,4	 Nadira
18.45	Melakukan perawatan luka E/ Luka dibersihkan dan perban diganti	4	 Nadira
19.00	Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein E/ Pasien mengatakan paham dan sudah mengetahui dengan jenis makanan apa saja yang harus dikonsumsi untuk mempercepat proses penyembuhan luka operasi	1,4	 Nadira
19.15	Menganjurkan untuk melaksanakan teknik nonfarmakologi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri jika nyeri muncul. E/ Pasien mengerti dan akan mencoba Teknik tersebut jika nyeri muncul.	2	 Nadira
19.20	Mengajarjarkan stategi yang dapat digunakan untukmeningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	5	




			E/ Memberikan tips untuk selalu mencuci tangan sesudah melakukan kegiatan agar terhindar dari penyakit dan mengajarkan makan dengan makanan yang sehat		 Nadira
4.	15 April 2023	09.00	Mengobservasi Tanda-tanda vital E/ TD :127/79 mmHg N : 93x/menit RR : 21x/menit S : 36,0°C Spo2 : 98%	1,2	 Nadira
		09.10	Mengkaji status nutrisi pasien E/ Pasien mengatakan saat dirumah nafsu makan sudah mulai bertambah dan sudah bisa menghabiskan 1 porsi bubur	3	 Nadira
		09.15	Memonitor BB pasien E/ BB pasien 59kg	3	 Nadira
		09.20	Mengkaji Nyeri E / Pasien mengatakan masih terdapat nyeri saat bergerak dengan skala 2 (0-10)	2	 Nadira
		09.30	Melakukan perawatan luka dan mengobservasi luka post operasi E / Luka post operasi bagus, sudah tidak ada rasa terbakar paa luka, sudah mulai kering, masih terdapat sedikit hematoma, sedikit kemerahan, da sudah tidak terdapat perdarahan.	1,4	 Nadira
		10.00	Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri kepada pasien dan keluarga E/ Pasien dan keluarga tampak masih kebingungan denga napa yang telah diajarkan karena tidak berani dan takut salah tindakan.	2	 Nadira
		10.15	Memberikan terapi non farmakologi	2	

			relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan menjadi lebih rileks dan tenang		 Nadira
		10.30	Menganjurkan untuk lebih meningkatkan asupan nutrisi pada pasien agar mempercepat untuk penyembuhan lukanya E/ Pasien mengerti dan paham apa yang dijelaskan oleh berawat	3	 Nadira
		10.45	Membuat kontrak waktu untuk melakukan penkes mengenai perawatan luka secara mandiri E/ Penkes akan dilakukan di hari senin tanggal 17 April 2023	5	 Nadira
5.	16 April 2023	10.00	Mengobservasi Tanda-tanda vital E/ TD : 131/80 mmHg N : 96x/menit RR : 20x/menit S : 36,6°C Spo2 : 99%	1,2	 Nadira
		10.15	Mengkaji status nutrisi pasien E/ Nafsu makan pasien meningkat dan sudah bisa menghabiskan 1 porsi makanan	3	 Nadira
		10.20	Memonitor BB pasien E/ BB pasien 60 kg	3	 Nadira
		10.25	Mengkaji Nyeri E/ Pasien mengatakan sudah tidak nyeri seperti sebelumnya dengan skala 2 (0-10)	2	 Nadira
		10.30	Menganjurkan terapi non farmakologi saat nyeri muncul E/ Pasien mengatakan akan melakukan terapi nafas dalam atau mendengarkan	2	 Nadira

	music saat nyeri muncul		
10.30	Melakukan perawatan luka dan mengobservasi luka post operasi E / Luka post operasi bagus, sudah mulai kering, sudah tidak ada rasa terbakar pada luka, sudah tidak terdapat hematoma, tidak terdapat rubor, kalor, tumor dan dolor	1,4	 Nadira
10.40	Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien untuk menerima informasi E/ Pasien sudah siap menerima informasi		 Nadira
10.45	Mengajarkan pasien dan keluarga melakukan perawatan luka secara mandiri E/ Pasien dan keluarga mengerti dan paham dengan yang diajarkan perawat	5	 Nadira
11.15	Memberikan penkes mengenai tanda dan gejala infeksi E/ Pasien mengatakan dapat memahami tanda dan gejala infeksi	5	 Nadira
11.45	Memberikan penkes mengenai diet tinggi kalori tinggi protein untuk mempercepat penyembuhan luka E / Pasien mengatakan memahami dan sudah bisa menentukan jenis makanan apa saja yang bagus untuk dikonsumsi dan yang seharusnya dihindari	3	 Nadira
12.00	Menganjurkan untuk menggunakan pelembab (lotion, serum, dll) disekitar luka operasi untuk menghindari kulit kering dan tetap lembab sehingga tidak memperburuk pada luka operasi E/ Pasien mengerti dan sudah rutin menggunakan pelembab pada area sekitar luka setiap hari	1	 Nadira

E. EVALUASI

Tanggal / Waktu	Dx	Catatan Perkembangan / Evaluasi	Paraf Pelaksana
16 April 2023 12.00	1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan sudah tidak ada nyeri yang diertai dengan perih- Pasien mengatakan akan merawat lukanya dengan sebaik mungkin selama dirumah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Keadaan pasien membaik- Integritas kulit membaik- Hematoma pada luka membaik- Belum terjadi penyambungan jaringan kembali pada luka post operasi <p>A : Masalah Kerusakan Integritas Kulit belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1) Lanjutkan perawatan luka yang sudah diajarkan secara aseptik mandiri dirumah2) Gunakan salep antibakteri untuk mempercepat penyembuhan, menghindari infeksi dan menghindari timbulnya bekas luka3) Monitor luka setiap hari4) Mengonsumsi makanan yang membantu untuk penyembuhan luka5) Memanfaatkan pengobatan secara alami seperti lidah buaya dan madu6) Jika terjadi tanda-tanda infeksi segera pergi ke pelayanan kesehatan terdekat	 Nadira

16 April 2023	2	<p>S :</p> <p>12.10 WIB Pasien mengatakan ia sudah tidak merasakan nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak tampak meringis - Skala nyeri 2 (0-10) - Leluasa untuk bergerak - TD : 131/80 mmHg <li style="padding-left: 20px;">N : 96x/menit <li style="padding-left: 20px;">RR : 20x/menit <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	 Nadira
<hr/>			
16 April 2023	3	<p>S :</p> <p>12.15 Pasien mengatakan sudah tidak mual dan nafsu makan meningkat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat kenaikan BB menjadi 60 kg - Pasien makan habis 1 porsi penuh - Membrane mukosa lembab - Bising usus 14x/menit <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	 Nadira
<hr/>			
16 April 2023	4	<p>S :</p> <p>12.20 Pasien mengatakan sudah tidak ada rasa terbakar dan perih pada luka post operasinya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sudah tidak terdapat tanda-tanda infeksi, tidak ada perdarahan, tidak ada kemerahan, masih sedikit 	 Nadira

rasa nyeri dan tidak ada rasa terbakar.

- S = 36,6°C

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan

16 April 2023 5

S :

12.30

Pasien mengatakan sudah tidak bingung karena sudah ada gambaran mengenai perawatan luka dari perawat

O :

- Pasien dan keluarga mengatakan paham tentang tanda-tanda infeksi
- Pasien dan keluarga mampu menjelaskan tentang tanda-tanda infeksi tersebut
- Pasien dan keluarga mengatakan paham tentang Langkah-langkah perawatan luka yang dicontohkan perawat
- Pasien dan keluarga mampu melaksanakan perawatan luka secara mandiri



Nadira

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

CARA PERAWATAN LUKA DI RUMAH

A. JUDUL

Perawatan Luka

B. TUJUAN :

1. Tujuan umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dan keluarga bisa melaksanakan perawatan luka dirumah.

2. Tujuan Khusus

Setelah diberikan penyuluhan kesehatan, diharapkan sasaran mampu :

- a. Mengetahui pengertian dari infeksi
- b. Mengetahui penyebab infeksi
- c. Menyebutkan tanda dan gejala infeksi
- d. Menyebutkan tujuan perawatan luka
- e. Menjelaskan Langkah-langkah perawatan luka

C. TEMPAT DAN WAKTU

1. Hari/Tanggal : Minggu, 16 April 2023
2. Pukul : 11.15 - Selesai
3. Lokasi : Rumah pasien

D. SASARAN : Pasien dan keluarga

E. METODE : Diskusi

F. MEDIA : Materi yang sudah disiapkan oleh pemateri dalam bentuk *leaflet*

G. RENCANA PELAKSANAAN


NO	WAKTU	RENCANA KEGIATAN	KEGIATAN PESERTA
1.	11.15 - 11.17 (2 Menit)	Persiapan - Ruang - Alat-alat dan media <i>leaflet</i>	Persiapan dan duduk menunggu
2.	11.17 – 11.20 (10 menit)	Pembukaan Memberikan salam - Perkenalan - Menjelaskan TIU dan TIK - Menyebutkan materi yang akan diberikan	- Menjawab salam - Mendengarkan dan memperhatikan
3.	11.20 – 11.25 (5 menit)	Proses penyampaian Materi - Menanyakan (review) kepada responden mengenai tanda gejala infeksi dan perawatan luka - Menjelaskan materi : <ul style="list-style-type: none"> • Mengetahui pengertian dari infeksi • Mengetahui penyebab infeksi • Menyebutkan tanda dan gejala infeksi • Menyebutkan tujuan perawatan luka • Menjelaskan Langkah-langkah perawatan luka Memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarga untuk bertanya	- Menjawab pertanyaan penyuluh - Mendengarkan dan Memperhatikan - Bertanya dan berdiskusi
4.	11.25 – 11.29 (4 menit)	Evaluasi Pasien dan/atau keluarga dapat menjelaskan kembali apa itu gejala infeksi dan perawatan luka serta memberikan souvenir kepada yang menjawab.	- Mendengarkan dan berdiskusi
5.	11.29 – 11.30 (1 menit)	Penutup Mengucapkan salam penutup	- Memperhatikan - Menjawab salam

H. EVALUASI

1. Kriteria struktur
 - a. Sasaran dapat mengikuti kegiatan penyuluhan yang telah direncanakan.
 - b. Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di rumah pasien
2. Kriteria Proses.
 - a. Sasaran antusias dalam menerima materi yang disampaikan oleh penyuluh.
 - b. Sasaran dapat meriview kembali materi yang di sampaikan oleh penyuluh.
3. Kriteria yang diharapkan
 - a. Sasaran dapat menjelaskan pengertian dari infeksi
 - b. Sasaran dapat menjelaskan penyebab infeksi
 - c. Sasatan dapat menyebutkan 3 tanda dan gejala infeksi
 - d. Sasaran dapa menyebutkan 3 tujuan perawatan luka
 - e. Sasaran dapat menjelaskan Langkah-langkah perawatan luka

I. LAMPIRAN

1. Leaflet



PROSEDUR PERAWATAN LUKA DI RUMAH

ALAT DAN BAHAN

- Baskom
- Air hangat yang sudah di didihkan
- Kasa
- Betadin
- Air mengalir untuk cuci tangan
- Plester

LANGKAH - LANGKAH

- Siapkan alat dan bahan
- Cuci tangan menggunakan sabun dan tidak boleh menyentuh alat yang lain
- Buka balutan jika luka tertutup
- Bersihkan luka menggunakan kasa dan air hangat
- Oles luka dengan satu arah
- Keringkan
- Oles betadine
- Tutup luka dengan kasa
- Plester

Sumber:
<https://www.halodoc.com/kesehatan/perawatan-luka>

PENGERTIAN

Perawatan luka adalah tindakan merawat luka dengan upaya untuk mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman/bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.

TUJUAN PERAWATAN LUKA

- Membersihkan luka dari nanah dan sel-sel kulit mati.
- Mencegah luka dari infeksi.
- Mengganti perban atau balutan.
- Mempercepat penyembuhan.
- Meminimalkan bekas luka atau terbentuknya keloid.


JENIS PERAWATAN LUKA

PERAWATAN LUKA MINOR

Luka akut terjadi akibat adanya jaringan yang rusak karena trauma. Luka jenis ini bisa didapatkan secara sengaja, seperti dalam luka prosedur bedah.

PERAWATAN LUKA KRONIS

Luka yang tidak bisa diatasi dengan pengobatan selama jangka waktu tertentu (biasanya 4 minggu), dan terjadinya inflamasi.



POLTEKKES BANDUNG
D3 KEPARAWATAN BANDUNG

PERAWATAN LUKA



PENGERTIAN

Infeksi adalah masuknya bakteri atau kuman ke dalam tubuh dan jaringan yang terjadi pada individu.

PENYEBAB INFEKSI

- Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati di dalam tubuh
- Luka terbuka dan kotor
- Gizi buruk
- Daya tahan tubuh lemah
- Mobilisasi terbatas atau kurang gerak

TANDA DAN GEJALA INFEKSI

- Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas
- Merasa sakit atau nyeri pada daerah luka
- Ada kemeraha pada kulit didaerah luka
- Terjadi bengkak pada daerah luka
- Gangguan fungsi gerak pada daerah luka
- Luka berbau tidak sedap
- Terdapat cairan nanah pada luka

RESIKO INFEKSI



TERIMA KASIH

Sumber:
<https://www.halodoc.com/kesehatan/perawatan-luka>

2. Materi

1) Pengertian Perawatan Luka

Perawatan luka adalah tindakan merawat luka dengan upaya untuk mencegah infeksi, membunuh atau menghambat pertumbuhan kuman/bakteri pada kulit dan jaringan tubuh lainnya.

2) Tujuan Perawatan Luka

- Membersihkan luka dari nanah dan sel- sel kulit mati.
- Mencegah luka dari infeksi.
- Mengganti perban atau balutan.
- Mempercepat penyembuhan.
- Meminimalkan bekas luka atau terbentuknya keloid.

3) Jenis Perawatan Luka

a. Perawatan Luka Minor

Luka akut terjadi akibat adanya jaringan yang rusak karena trauma. Luka jenis ini bisa didapatkan secara sengaja, seperti dalam luka prosedur bedah.

b. Perawatan Luka Kronis

Luka yang tidak bisa diatasi dengan pengobatan selama jangka waktu tertentu (biasanya 4 minggu), dan terjadinya inflamasi.

4) Prosedur Perawatan Luka di Rumah

a. ALAT DAN BAHAN

- Baskom
- Air hangat yang sudah dididihkan
- Kasa
- Betadin
- Air mengalir untuk cuci tangan
- Plester

b. LANGKAH - LANGKAH

- Siapkan alat dan bahan
- Cuci tangan menggunakan sabun dan tidak boleh menyentuh alat yang lain
- Buka balutan jika luka tertutup
- Bersihkan luka menggunakan kasa dan air hangat
- Oles luka dengan satu arah
- Keringkan
- Oles betadine
- Tutup luka dengan kasa
- Plester

5) Pengertian Infeksi

Infeksi adalah masuknya bakteri atau kuman kedalam tubuh dan jaringan yang terjadi pada individu.

6) Penyebab Infeksi

- Adanya benda asing atau jaringan yang sudah mati di dalam tubuh
- Luka terbuka dan kotor
- Gizi buruk
- Daya tahan tubuh lemah
- Mobilisasi terbatas atau kurang gerak

7) Tanda dan Gejala Infeksi

- Merasa panas pada daerah luka atau suhu badan panas
- Merasa sakit atau nyeri pada daerah luka
- Ada kemeraha pada kulit didaerah luka
- Terjadi bengkak pada daerah luka
- Gangguan fungsi gerak pada daerah luka
- Luka berbau tidak sedap
- Terdapat cairan nanah pada luka

Lampiran 6 SAP Kebutuhan Nutrisi untuk Penyembuhan Luka

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

KEBUTUHAN NUTRISI UNTUK PENYEMBUHAN LUKA

A. JUDUL

Kebutuhan Nutrisi untuk Penyembuhan Luka

B. TUJUAN :

1. Tujuan umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dan keluarga bisa melaksanakan perawatan luka di rumah.

2. Tujuan Khusus

Setelah diberikan penyuluhan kesehatan, diharapkan sasaran mampu :

- f. Mengetahui makanan yang dapat mempercepat penyembuhan luka
- g. Mengetahui kebutuhan nutrisi untuk penyembuhan luka
- h. Mengetahui makanan yang harus dihindari jika sedang penyembuhan luka

C. TEMPAT DAN WAKTU

3. Hari/Tanggal : Minggu, 16 April 2023

4. Pukul : 11.30 – 11.45

5. Lokasi : Rumah pasien

D. SASARAN : Pasien dan keluarga

E. METODE : Diskusi

F. MEDIA : Materi yang sudah disiapkan oleh pemateri dalam bentuk *leaflet*

G. RENCANA PELAKSANAAN

NO	WAKTU	RENCANA KEGIATAN	KEGIATAN PESERTA
1.	11.30 - 11.32 (2 Menit)	Persiapan - Ruang - Alat-alat dan media <i>leaflet</i>	Persiapan dan duduk menunggu
2.	11.32 – 11.5 (5 menit)	Pembukaan Memberikan salam - Perkenalan - Menjelaskan tujuan - Menyebutkan materi yang akan diberikan	- Menjawab salam - Mendengarkan dan memperhatikan
3.	11.35 – 11.40 (5 menit)	Proses penyampaian Materi - Menanyakan (review) kepada responden mengenai makanan yang baik untuk penyembuhan luka - Menjelaskan materi : <ul style="list-style-type: none"> • Jenis makanan yang dapat mempercepat penyembuhan luka • Kebutuhan nutrisi untuk penyembuhan luka • Makanan yang harus dihindari jika sedang penyembuhan luka Memberikan kesempatan kepada pasien atau keluarga untuk bertanya	- Menjawab pertanyaan penyuluh - Mendengarkan dan Memperhatikan - Bertanya dan berdiskusi
4.	11.40 – 11.44 (4 menit)	Evaluasi Pasien dan/atau keluarga dapat menjelaskan kembali apa saja makanan yang dapat mempercepat penyembuhan luka serta memberikan souvenir kepada yang menjawab.	- Mendengarkan dan berdiskusi
5.	11.44 – 11.45 (1 menit)	Penutup Mengucapkan salam penutup	- Memperhatikan - Menjawab salam

H. EVALUASI

6. Kriteria struktur
 - a. Sasaran dapat mengikuti kegiatan penyuluhan yang telah direncanakan.
 - b. Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di rumah pasien
7. Kriteria Proses.
 - a. Sasaran antusias dalam menerima materi yang disampaikan oleh penyuluh.
 - b. Sasaran dapat meriview kembali materi yang di sampaikan oleh penyuluh.
8. Kriteria yang diharapkan
 - a. Sasaran dapat menjelaskan makanan yang dapat mempercepat penyembuhan luka
 - b. Sasaran dapat menjelaskan kebutuhan nutrisi untuk penyembuhan luka
 - c. Sasatan dapat menyebutkan makanan yang harus dihindari saat sedang proses penyembuhan luka

I. LAMPIRAN

1. Leaflet



POLTEKKES BANDUNG
D3 KEPERAWATAN
BANDUNG

KEBUTUHAN NUTRISI UNTUK PENYEMBUHAN LUKA





Mendapatkan Zinc Cukup

Zinc biasanya ditemukan dalam makanan protein tinggi, seperti : daging, seafood, ayam, kacang-kacang, keju dan susu.

Makanan Kaya Vitamin C

Vitamin C dapat membantu mempercepat proses penyembuhan dan dapat membantu dalam kekuatan jaringan untuk disembuhkan.

Makanan Kaya Vitamin E

Mendapatkan cukup vitamin E dalam diet dan dapat meningkatkan penyembuhan dan mengurangi pembentukan bekas luka.



Makanan Yang Harus Dihindari Jika Anda Sedang Penyembuhan Luka

Makanan yang mengandung rempah-rempah

Gula

Pada luka luar yang masih basah, sanga dibutuhkan penggumpalan darah agar cepat mengering, tetapi rempah-rempahnya bersifat sebaliknya, yaitu mengurangi risiko penggumpalan. Pembekuan darah sangat penting untuk penyembuhan luka.

MAKANAN YANG DAPAT MEMPERCEPAT PENYEMBUHAN LUKA

Mengandung Protein Tinggi

Tubuh anda membutuhkan asam amino dalam maknan yang kaya protein untuk meregenerasi sel-sel dan jaringan yang rusak oleh cedera atau luka.





Makanan Kaya Vitamin A

Vitamin A merupakan nutrisi penting lain untuk penyembuhan yang tepat. Ini berfungsi sebagai antioksidan, membantu untuk menekan peradangan dari cedera.



Kebutuhan Nutrisi Saat Luka

Nutrisi memainkan peran yang besar dalam proses penyembuhan luka, meskipun tergantung pula pada keparahan dari luka yang dialami.

Nutrisi menjadi bahan baku untuk tubuh bisa menjalankan proses tersebut hingga luka sepenuhnya pulih.

2. Materi

8) Makanan yang dapat mempercepat penyembuhan luka

a. Mengandung Protein tinggi

Tubuh anda membutuhkan asam amino dalam makanan yang kaya protein untuk meregenerasi sel-sel dan jaringan yang rusak oleh cedera atau luka.

b. Makanan kaya Vitamin A

Vitamin A merupakan nutrisi penting lain untuk penyembuhan yang tepat. Ini berfungsi sebagai antioksidan, membantu untuk menekan peradangan dari cedera.

9) Kebutuhan Nutrisi saat Luka

Nutrisi memainkan peran yang besar dalam proses penyembuhan luka, meskipun tergantung pula pada keparahan dari luka yang dialami. Nutrisi menjadi bahan baku untuk tubuh bisa menjalankan proses tersebut hingga luka sepenuhnya pulih.

a. Mendapatkan Zinc yang cukup

Zinc biasanya ditemukan dalam makanan protein tinggi, seperti : daging, seafood, ayam, kacang-kacang, keju dan susu.

b. Makanan kaya Vitamin C

Vitamin C dapat membantu mempercepat proses penyembuhan dan dapat membantu dalam kekuatan jaringan untuk disembuhkan.



c. Makanan kaya Vitamin E

Mendapatkan cukup vitamin E dalam diet dan dapat meningkatkan penyembuhan dan mengurangi pembentukan bekas luka.

10) Makanan yang harus dihindari jika sedang penyembuhan luka



- a. Makanan yang mengandung rempah-rempah
- b. Makanan yang mengandung gula

Lampiran 7 Lembar bimbingan









	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	



Nama Mahasiswa : Nadira Parhah H
 NIM : 17320120046
 Nama Pembimbing : Farmk. Dr. H. Asep Seliandri S.Kp., M. Kes
 Judul KTI : Asuhan keperawatan pasien post operasi amputasi dengan gangguan kebutuhan rasa aman : kerusakan integritas kulit di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Insan kab. Bandung

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	15 Mei 2023	Bimbingan BAB IV	Perbaiki BAB V, mulai menyusur BABV	<i>dllh.</i>	<i>g</i>
2.	23 Mei 2023	Revisi BAB IV dan BAB V	Perbaiki isi Pembahasan terutama dr	<i>dllh.</i>	<i>g</i>
3.	03 Juni 2023	Revisi BAB IV dan BABV	Perbaiki BAB IV dan V	<i>dllh.</i>	<i>f</i>
4.	04 Juni 2023	Bimbingan KTI	Perbaiki Pembahasan, kesimpulan	<i>dllh.</i>	<i>g</i>
5.	5 Juni 2023	Bimbingan KTI	Perbaiki Abstrak dan rekomendasi	<i>dllh.</i>	<i>g</i>
6.	6 Juni 2023	Bimbingan KTI	ACC	<i>dllh.</i>	<i>f</i>

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Nadira Parhan H
 NIM : P17320120048
 Nama Pembimbing : Prapak Ali Hamzah, S.Kp., M.Ns
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Post Operasi Appendicomi dengan gangguan kebutuhan rasa nyeri: kasus Integritas kulit di Ruang Said bin Zaid RSUD Al-Msan Bandung provinsi Jawa Barat

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
5.	23 Februari 2023	Revisi BAB III BAB II	BAB I Acc BAB II Penyesuaian Patway BAB III Fisiologi Anp PO selubung dengan format		
6.	15 Maret 2023	Revisi BAB I BAB II BAB III	Acc Acc Acc		
7.	21 Maret 2023	Revisi BAB II dan revisi BAB III, penyesuaian lembar penyesuaian proposal KTI	- Perhaluskan konsep Fisiologi Infeksi, Sistem Imun/nyeri		
8.	29 Maret 2023	Revisi BAB I, BAB II, BAB III, penyesuaian lembar Penyesuaian Propo KTI	Acc Esterline Sinyal Mening Uji Primal		

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Nadira Parhah H
 NIM : P17320170018
 Nama Pembimbing : Bapak Ali Hamzah S.Kp, MNS
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pasien Post Operasi
 Appendektomi dengan Gangguan keB. Pada amon :
 Kerusakan Integritas kulit di Ruang kholid bin wald
 RSUD Al-Insan Bandung

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1.	16 Mei 2023	Bimbingan BAB IV	Kan → lamb - melamb - det → det - det → det	<i>ditf.</i>	<i>[Signature]</i>
2.	Sabtu 27 Mei 2023	Revisi BAB IV dan BAB V	kan → lamb - det → det - det → det	<i>ditf.</i>	<i>[Signature]</i>
3.	Kamis 01 Juni 2023	Revisi BAB IV dan BAB V	Perbaiki di hasil Pembahasan dan rekomendasi	<i>ditf.</i>	<i>[Signature]</i>
4.	Minggu 04 Juni 2023	Bimbingan KTI	Perbaiki abstrak tambahkan Pembahasan, perbaikan rekomendasi	<i>ditf.</i>	<i>[Signature]</i>
5.	Senin 05 Juni 2023	Bimbingan KTI	Perbaiki abstrak, Pembahasan dan rekomendasi	<i>ditf.</i>	<i>[Signature]</i>
6.	Selasa 06 Juni 2023	Bimbingan KTI	Perbaiki abstrak dan pembahasan KTI	<i>ditf.</i>	<i>[Signature]</i>

Lampiran 8 Daftar Riwayat Hidup

BIODATA PENULIS



Nama : Nadira Parhah H

Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 9 Januari 2002

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Jl. Pasirmulya RT 05/RW 17 ds. Margamulya kec.
Pangalengan

Riwayat Pendidikan :

1. TK Nurul Huda II 2007-2008
2. SDN Pasirmulya 02 2008-2014
3. SMPN 1 Pangalengan 2014-2017
4. SMAN 1 Pangalengan 2017-2020
5. Poltekkes Kemenkes Bandung 2020-2023