

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.N DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN PRE DAN
POST OPERASI APENDIKTOMI DI RUANG
RAWAT INAP ANGGREK RSUD CURUP
TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

RIA OKTIA
NIM. P00320119022

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021/2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.N DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN PRE DAN
POST OPERASI APENDIKTOMI DI RUANG
RAWAT INAP ANGGREK RSUD CURUP
TAHUN 2022**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

RIA OKTIA
NIM. P00320119022

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2021/2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Ria Oktia
Tempat, Tanggal Lahir : Kepala Curup, 16 Oktober 2001
N I M : P00320119022
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan *Pre Dan Post* Operasi Apendiktomi Di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Curup.

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 29 Juli 2022

Curup, 29 Juli 2022

Pembimbing



Mulyadi, M. Kep
NIP.196407121986031005

LEMBAR PENGESAHAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN *PRE* DAN *POST* OPERASI APENDIKTOMI DI
RUANG RAWAT INAP ANGGREK RSUD CURUP
TAHUN 2022**

Disusun oleh :

RIA OKTIA
NIM. P00320119022

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III
Keperawatan Curup Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 29 Juli 2022, dan dinyatakan

LULUS

Ketua Penguji


Almaini, S.Kp., M.Kes
NIP: 196406101986031001

Anggota Penguji I


Winike Nopriyanti, S.Kep.Ners
NIP: 198811092010012009

Anggota Penguji II


Mulyadi, M/Kep
NIP.196407121986031005

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu


Ns.Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP.197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN *PRE* DAN *POST* OPERASI APENDIKTOMI
DIRSUD CURUP TAHUN 2022**

ABSTRAK

Latar Belakang: Pasien *Apendiksitis* dengan gejala awal adalah nyeri atau rasa tidak nyaman di sekitar *umbilikus*. Dengan keluhan mengalami nyeri tekan dan nyeri pada saat bergerak pada kuadran kanan bawah, Gejala ini umumnya berlangsung lebih dari 1-2 hari. Tindakan untuk mengatasi keluhan tersebut yaitu dengan tindakan Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam. **Tujuan:** Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien dengan *apendiksitis* meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan *pre* 2 hari perawatan didapatkan hasil diagnosa pertama nyeri akut teratasi, diagnosa kedua dengan ansietas teratasi, dan diagnosa pada *post* oper perawatan dengan diagnosa pertama nyeri akut teratasi dan diagnosa kedua risiko infeksi teratasi. **Kesimpulan:** Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam digunakan dalam mengurangi nyeri dan kecemasan pada klien.

Kata kunci: Asuhan keperawatan, *apendiksitis*, Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam

**NURSING CARE IN PATIENTS WITH DIGESTIVE SYSTEM DISORDERS
PRE AND POST OPERATION APPENDICTOMI
DIRSUD CURUP IN 2022**

ABSTRACT

Background: Appendicitis patients with initial symptoms are pain or discomfort around the umbilicus. With complaints of experiencing tenderness and pain when moving in the right lower quadrant, these symptoms generally last more than 1-2 days. The action to overcome these complaints is by taking the Deep Breathing Relaxation Technique. **Objective:** To find out nursing care for clients with appendicitis including assessment, intervention, implementation, and evaluation of nursing. **Results:** After 2 days of pre-treatment nursing care, the results of the first diagnosis of acute pain were resolved, the second diagnosis with anxiety was resolved, and the diagnosis in post-operative care with the first diagnosis of acute pain resolved and the second diagnosis of infection risk resolved. **Conclusion:** Deep Breathing Relaxation Technique is used to reduce pain and anxiety in clients.

Keywords: Nursing care, appendicitis, Deep Breathing Relaxation Technique

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan *Pre* Dan *Post* Operasi Apendiktomi Diruang Anggrek RSUD Curup”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program studi diploma III keperawatan. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materi maupun moral dari berbagai Pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana, SKM.,MPH Selaku Direktur Poltekes Kemenkes Bengkulu.
2. Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara,S.Kep.,M.Kep. selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekes Kemenkes Bengkulu.
3. Bapak Mulyadi ,M.Kep selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan pnulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Bapak Almaini, S.Kp., M.Kes selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
5. Ibu Winike Nopriyanti, S.Kep.Ners penguji I yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.

6. Ibu Ns. Yossy Utario, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.An selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan penulis untuk segera menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswi, salah satunya menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
7. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekes Kemenkes Bengkulu.
8. Untuk Kedua Orang Tua saya Bapak Hairul Mukminin dan Almarhuma Ibu Suharti serta Keluarga besar saya yang memberikan dukungan, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
9. Untuk Sahabat saya yang selalu memberi suport dan semangat dalam menyelesaikan penelitian ini sehingga dapat diselesaikan tepat waktu.
10. Dan lain-lain yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Semoga bimbingan dan bantuan serta nasihat dan nikmat yang telah diberikan akan menjadi amal baik dan dibalas oleh Allah SWT. Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan baik dari segi penulisan maupun teori yang mendasar, sehingga penulis berharap ada saran yang sifatnya membangun dari semua pihak demi menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Curup,.....2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit Apendiksitis	8
2.1.1 Definisi Apendiksitis	9
2.1.2 Etiologi Apendiksitis	9
2.1.3 Manifestasi Klinis Apendiksitis.....	10
2.1.4 Anatomi Fisiologi Apendiksitis.....	11
2.1.5 Patofisiologi Apendiksitis.....	12
2.1.6 Web Of Caution(WOC) Apendiksitis.....	14
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Apendiksitis.....	15
2.1.8 Tindakan Medis Apendiksitis	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	18
2.2.1 Pengkajian.....	19
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	21
2.2.3 Rencana Keperawatan.....	25
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	32

2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	33
2.3 Konsep Implementasi Utama Keperawatan.....	34
2.3.1 Pengertian Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam	34
2.3.2 Manfaat Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam	35
2.3.3 Prosedur Terapi Relaksasi Tarik Napas Dalam	36
BAB III TINJAUAN KASUS	
3.1 Data Asuhan Keperawatan	38
3.1.1 Pengkajian Pre Operasi	38
3.1.2 Analisa Data.....	39
3.1.3 Diagnosa Keperawatan Pre Operasi.....	45
3.1.4 Intervensi Keperawatan Pre Operasi.....	53
3.1.5 Implementasi Keperawatan Pre Operasi.....	55
3.1.6 Evaluasi Keperawatan Pre Operasi.....	59
3.1.7 Pengkajian Post Operasi	61
3.1.8 Analisa Data Post Operasi	61
3.1.9 Diagnosa Keperawatan Post Operasi	61
3.1.10 Intervensi Keperawatan Post Operasi	62
3.1.11 Implementasi Keperawatan Post Operasi	85
3.1.12 Evaluasi Keperawatan Post Operasi	87
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Pengakian Keperawatan.....	93
4.2 Diagnosa Keperawatan	95
4.3 Intervensi Keperawatan.....	97
4.4 Implementasi Keperawatan	99
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	100
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	101
5.2 Saran	105
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
2.1	Gambar Apendiksitis	11

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
2.1	Intervensi Keperawatan Apendiksitis	24
3.1	Pola Kebiasaan sehari-hari	44
3.2	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pre Operasi	51
3.3	Terapi Penatalaksanaan Pre Operasi	51
3.4	Analisa Data Keperawatan Pre Operasi	52
3.5	Intervensi Keperawatan Pre Operasi	53
3.6	Implementasi Keperawatan Pre Operasi	55
3.7	Evaluasi Keperawatan Pre Operasi	59
3.8	Hasil Pemeriksaan Laboratorium Post Operasi	67
3.9	Terapi Penatalaksanaan Post Operasi	67
3.10	Analisa Data Keperawatan Post Operasi	68
3.11	Intervensi Keperawatan Post Operasi	70
3.12	Implementasi Keperawatan Post Operasi	72
3.13	Evaluasi Keperawatan Post Operasi	80

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul
1.	Lembar Konsul
2.	Pernyataan
3.	Biodata
4.	Surat Pengambilan Kasus dari Kampus
5.	Surat Pengambilan Kasus dari RSUD
6.	Surat Selesai Melaksanakan Dinas RSUD
7.	Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organisation* (WHO 2014) angka kejadian *apendicitis* di dunia mencapai 384 juta kasus setiap tahunnya, terdapat 236 juta kasus apendisitis pada laki-laki di seluruh dunia, sedangkan pada perempuan terdapat 148 juta kasus apendisitis, statistik di Amerika mencatat setiap tahun terdapat 20-35 juta kasus apendisitis. Sumber lain juga menyebutkan bahwa apendisitis terjadi pada 7% populasi di Amerika Serikat, dengan insiden 1,1 kasus per 1000 orang per tahun. Penyakit ini juga menjadi penyebab paling umum dilakukannya bedah abdomen darurat di Amerika Serikat (Lisnawati, 2015).

Di Afrika dan Asia angka prevalensinya lebih rendah akan tetapi cenderung meningkat oleh karena pola dietnya yang mengikuti orang barat, insiden apendisitis di negara maju lebih tinggi dari negara berkembang. Pada wilayah regional Asia Tenggara kejadian apendiks ditemukan 7-9 juta kasus hampir diseluruh wilayah Asia Tenggara, Indonesia dengan prevalensi, sekitar 596.123 kasus menempati urutan pertama sebagai negara dengan angka kejadian apendiks tertinggi, di susul dengan Filipina sekitar 473.816 kasus dan Vietnam sekitar 242.861 kasus, Hal ini juga disebabkan oleh karena mengikuti gaya makan orang yang banyak mengonsumsi makanan cepat saji (Lisnawati, 2015)

Menurut Nursaman (2015) angka kejadian apendiksitis disebagian besar wilayah Indonesia hingga saat ini masih tinggi, di Indonesia jumlah tertinggi

pasien yang menderita apendiksitis pada tahun 2015 berjumlah 596.132. secara umum di Indonesia apendiksitis masih merupakan penyokong terbesar untuk pasien operasi setiap tahunnya. Prevalensi tertinggi penyakit apendiksitis yaitu daerah kalimantan timur berjumlah sekitar 7.150 kasus dari jumlah penduduk, sedangkan di jawa tengah sejumlah 5.980 penderita, dan yang mengalami kematian sebanyak 177 dari penderita (Juliyansyah, 2016).

Berdasarkan penelitian secara deskrip-tif retrospektif di Indonesia pada tahun 2015, Rumah sakit yang mengalami kasus apendisitis terbesar adalah RSUP fatmawati didapatkan 1.118 pasien apendisitis, kasus yang paling banyak ialah apendisitis akut sebanyak 628 kasus, diikuti oleh apendisitis perforasi sebanyak 471 kasus, dan apendisitis kronik sebanyak 59 kasus. Kasus yang paling sedikit ialah peripendikuler infiltrat yang hanya ditemukan sebanyak 16 kasus(Sirna,2016).

Berdasarkan data Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr.M Yunus Bengkulu angka kejadian apendiksitis pada tahun 2015 terdapat 32 kasus, terjadi peningkatan pada tahun 2016 terdapat 125 kasus, dan terjadi penurunan pada tahun 2017 terdapat 72 kasus. (medical record RSUD Dr.M Yunus Bengkulu 2017)

Berdasarkan data tahunan yang di peroleh dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Curup, menunjukkan bahwa apendiksitis berada di 10 besar penyakit yang paling sering dirawat di ruang anggrek(bedah) rumah sakit. Pada tahun 2016 angka kejadian di RSUD Curup terdapat data 61 kasus dengan apendisitis, pada tahun 2017 meningkat terdapat 73 kasus apendisitis, sedangkan pada tahun 2018

kasus apendisitis meningkat terdapat 99 kasus dengan apendisitis, kemudian pada tahun 2019 terdapat 98 kasus apendiksitis, pada tahun 2020 mengalami penurunan terdapat 34 kasus dengan apendisitis yang dirawat di ruang bedah (Rekam medik RSUD Curup).

Menurut Elizabeth(2014) Dampak dari operasi apendisitis ada beberapa efek sampingnya yaitu radang selaput perut, luka infeksi, infeksi saluran perkemihan, obstruksi usus, rasa nyeri dan kelelahan. Dampak nyeri post operasi akan meningkatkan stress bagi klien dan penyembuhannya. Sehingga mengontrol nyeri sangat penting setelah operasi, nyeri yang di bebaskan dapat mengurangi kecemasan, bernafas lebih mudah dan dapat mentoleransikan mobilitas yang cepat. Pengkajian nyeri dan penggunaan analgetik harus digunakan untuk memastikan bahwa nyeri pasien post operasi dapat dibebaskan.

Sedangkan menurut Menurut Thomas (2015) ada beberapa dampak yang akan timbul dari apendiktomy yaitu gangguan sistem pencernaan, perkemihan, dan sistem integumen. Dampak apendiktomi terhadap kebutuhan dasar manusia adalah kebutuhan dasar terhadap nutrisi. Pemenuhan nutrisi berkurang karena pada tanda dan gejala klien mengalami mual, muntah dan tidak nafsu makan, kebutuhan dasar cairan, pemenuhan cairan berkurang karena klien mengalami demam yang tinggi. Pada kasus pasien bedah klien di minta berpuasa sampai terjadi bising usus atau di tandai dengan klien mengalami flatus.

Menurut Nurarif & Kusuma, (2015) Pada kasus klien dengan apendiksitis dapat timbul berbagai masalah keperawatan baik itu masalah selama pre operasi,

maupun post operasi. Masalah keperawatan yang mungkin muncul selama pre operasi diantaranya nyeri akut, hipertermi, gangguan rasa nyaman dan ansietas.

Berdasarkan diagnosa yang paling sering muncul pada pre dan post operasi apendiktomy yaitu ansietas dan nyeri akut. Bentuk intervensi yang diberikan pada tindakan relaksasi pre dan post operasi apendiktomy berdasarkan 5 artikel penelitian yang dilakukan, Yohnatan Goa Rumbi,(2020) didapatkan bahwa relaksasi tarik nafas dalam terbukti secara signifikan dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan pasien pre operasi apendiksitis. Hal ini juga didukung Dalam penelitian yang dilakukan Mila Aprilia Pulungan(2021) didapatkan hasil bahwa Setelah dilakukan literature review terhadap 10 jurnal tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada post operasi apendisitis bahwa teknik relaksasi napas dalam berpengaruh untuk menurunkan nyeri setelah dilakukannya operasi apendiksitis

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas dengan semakin meningkatnya penderita apendiksitis setiap tahunnya, peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan terkait dengan kasus apendiksitis sangatlah penting dimana peranan sebagai penyelenggaraan pelayanan kesehatan mempunyai tugas utama yaitu memberikan asuhan keperawatan. Maka penulis tertarik ingin mengetahui gambaran dan penerapan“ Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan pre dan post operasi apendiktomi di ruang anggrek RSUD Curup pada tahun 2022” secara komperensif.

1.3 Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran penerapan Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post* operasi *apendiktomi* di ruang anggrek RSUD Curup.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien dengan gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post* operasi *apendiktomi* di ruang anggrek RSUD Curup.
- b. Mampu merumuskan diagnosa pada klien dengan gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post* operasi *apendiktomi* di ruang anggrek RSUD Curup.
- c. Mampu menyusun intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post* operasi *apendiktomi* di ruang anggrek RSUD Curup.
- d. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post* operasi *apendiktomi* di ruang anggrek RSUD Curup.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post* operasi *apendiktomi* di ruang anggrek RSUD Curup.

- f. Mampu melakukan pembahasan antara teori dan penerapan Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post* operasi apendiktomi di ruang anggrek RSUD Curup.

1.4 Manfaat Penulisan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak anantara lain;

- a. Manfaat bagi klien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat, sehingga dapat mengatasi dan mengaplikasikan perawatan ringan secara mandiri.

- b. Manfaat bagi perawat

Sebagai bahan informasi mengenai Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post* operasi apendisitis di ruang anggrek RSUD curup. Sehingga dapat menambah wawasan dan meingkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di Rumah Sakit.

- c. Manfaat bagi institusi

- a) Institusi

Dapat memberikan informasi mengenai asuhan keperawatan pada klien gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post* operasi apendiktomi di ruang anggrek RSUD curup. sehingga dapat menambah wawasan dan meingkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit.

b) Pendidikan

Sebagai bahan tambahan dan referensi pelajaran tentang mengenai Asuhan Keperawatan pada klien gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post* operasi apendiktomi di ruang anggrek RSUD Curup.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Dasar Apendisitis

2.1.1 Definisi

Apendiksitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah *cecum*. Infeksi ini bisa menyebabkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Nanda, 2013). Apendiksitis adalah inflamasi saluran usus yang tersembunyi dan kecil yang berukuran sekitar 4 inci yang buntu pada ujung sekum (Rosdahl dan Mary T. Kowalski, 2015).

Apendiksitis adalah radang pada usus buntu atau dalam bahasa latinnya appendiks *vermiformis*, yaitu suatu organ yang berbentuk memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya, 2017).

Dari definisi diatas Dapat disimpulkan: Apendiksitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing. Infeksi ini bisa menyebabkan pernanahan, apabila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bisa pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau sekum.

Klasifikasi apendiksitis

Adapun klasifikasi apendiksitis Menurut Hidayat (2005) dalam Mardalena, Ida (2017). Apendiksitis dibagi menjadi 2, antara lain sebagai berikut :

1. Apendiksitis akut

Peradangan pada apendiks dengan gejala khas yang memberi tanda setempat. Gejala apendiksitis akut antara lain nyeri samar dan tumpul merupakan nyeri visceral di daerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini disertai rasa mual muntah dan penurunan nafsu makan. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik *McBurney*. Pada titik ini, nyeri yang dirasakan menjadi lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat

2. Apendiksitis Kronis

Apendiksitis kronis baru bisa ditegakkan apabila ditemukan tiga hal yaitu pertama, pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu tanpa alternatif diagnosa lain. Kedua, setelah dilakukan apendiktomi, gejala yang dialami pasien akan hilang. Ketiga, secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau *fibrosis* pada apendiks.

2.1.2 Etiologi

Menurut Mardalena (2019): Apendik umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya diantaranya adalah

obstruksi yang terjadi pada lumen apendik. Obstruksi ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (*fecalit*), *hiperplasia* jaringan limfoid, tumor apendik, striktur, benda asing dalam tubuh, dan cacing askaris. Penelitian epidemiologi menunjukkan peranan kebiasaan mengonsumsi makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Menurut Brunner dan Suddarth (2014), berikut tanda dan gejala apendisitis:

- a. Tanda awal: Nyeri mulai dari epigastrium atau region umbilicus disertai mual dan anoreksia.
- b. Nyeri pindah ke kanan bawah (yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk) dan menunjukkan tanda rangsangan peritonium lokal di titik *Mc. Burney* : nyeri tekan, nyeri lepas.
- c. Nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah ditekan (rovsing sign)
- d. Nyeri kuadran kanan bawah bila tekanan kiri dilepas (blumberg)
- e. Nyeri kanan bawah bila peritoneum bergerak seperti nafas dalam, berjalan, batuk, mencedan.
- f. Nafsu makan menurun.
- g. Demam yang tidak terlalu tinggi

- h. Biasanya terdapat konstipasi, tapi kadang-kadang terjadi diare.

2.1.4 Anatomi Fisiologi

a. Anatomi

Apendiksitis merupakan ujung seperti jari-jari yang kecil penjangnya kira-kira 10 cm (4 inci), melekat pada sekum tepat dibawah katup ileosekal (Smaltzer,2001) dalam (Bararah,2013). Apendiks atau umbai kecil yang menyerupai jari yang menempel pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Karena pengosongan isi apendiks, ke dalam kolon tidak efektif dan ukuran lumennya kecil, apendik mudah tersumbat dan rentan terinfeksi apendiksitis.(Brunner dan Suddarth,2013)

Gambar 2.1 Anatomi Apendik



Sumber :(wijaya,2015)

Apendiks (umbai cacing) merupakan perluasan sekum yang rata-rata panjangnya adalah 10 cm. Ujung apendiks dapat terletak di berbagai lokasi,

terutama di belakang sekum. *Arteri apendisialis* mengalirkan darah ke apendiks dan merupakan cabang dari arteri *ileokolika* (greundenmann (2006) dalam muttaqin (2011).

a. Fisiologi

Apendiks menghasilkan lendir I sampai 2 ml per hari. Lendir tersebut normalnya dicurahkan dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks berperan pada patogenesis apendiksitis. Immunoglobulin sekretorik yang dihasilkan oleh *Gut-associated Lymphoid Tissue* (GALT) yang terdapat sepanjang saluran cerna termasuk apendiks adalah *iga*. Immunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun demikian pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limpa disini sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlah disaluran cerna dan seluruh tubuh. (Mutaqqin,2011)

2.1.5 Patofisiologis

Mansjoer, (2012) menyatakan bahwa:

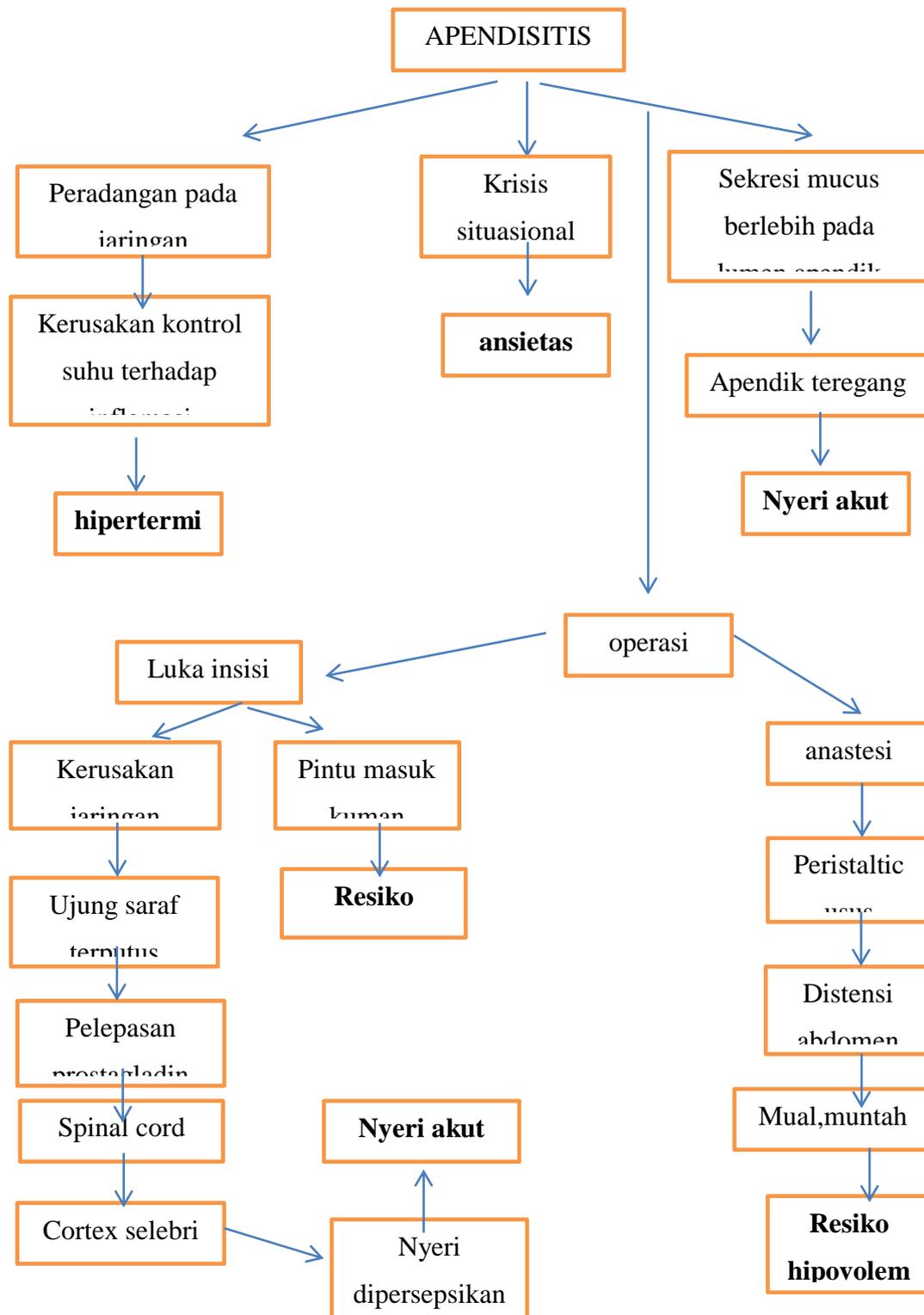
Apendiksitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh *hiperplasia* folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena *fibrosis* akibat peradangan sebelumnya, atau *neoplasma*. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen.

Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri *epigastrium*. Apabila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding.

Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritonium setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuraktif akut. Apabila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren.

Stadium disebut dengan apendisitis *gangrenosa*. Bila dinding yang rapuh itu pecah, akan terjadi *apendisitis perforasi*. Bila proses di atas berjalan lambat, *omentum* dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrat apendikularis. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah apendiktomi, jika tidak dilakukan tindakan segera maka peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang.

2.1.6 Pathway / Web Of Caution(WOC) Apendiksitis



Sumber (Nurarif & kusumma,2016)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Wijaya (2015) pemeriksaan penunjang dibagi menjadi 3 yaitu:

a. Laboratoruim

Ditemukan leukositosis 10.000 s/d 18.000 /mm, kadang- kadang dengan pergeseran ke kiri leukositosis lebih dari 18.000 mm disertai keluhan/ gejala apendiksitis lebih dari empat jam mencurigakan *perforasi* sehingga diduga bahwa tingginya leukositosis sebanding dengan hebatnya peradangan.

b. Radiologi

Pemeriksaan radiology akan sangat berguna pada kasus atipital. Pada 55% kasus apendiksitis stadium awal akan ditemukan gambaran foto polos abdomen yang abnormal, gambaran yang lebih spesifik adanya masa jaringan lunak di perut kanan bawah dan mengandung gelembung-gelembung udara. Selain itu gambaran *radiology* yang ditemukan adanya *fecalit*. Pemeriksaan radiology X-ray dan USG (ultrasonografy) menunjukkan densitas pada kuadran kanan bawah atau tingkat aliran udara setempat.

c. Pemeriksaan Penunjang Lainnya

1. Pada copy *fluorassekum* dan *ileum* terminasi tampak *irritable*
2. Pemeriksaan colok dubur : menyebabkan nyeri daerah infeksi, bisa dicapai dengan jari telunjuk.
3. Uji *psoas* dan uji *obturator* merupakan pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui letak apendiks.

2.1.8 Tindakan Medis

Menurut Wijaya & Putri,(2013) penatalaksanaan medis pada appendisitis meliputi :

a. Sebelum operasi

1. Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala appendisitis seringkali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilaksanakan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

2. Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dan abses intra abdominal luka operasi pada klien apendiktomi. Antibiotik diberikan sebelum, saat, hingga 24 jam pasca operasi dan melalui cara pemberian intravena (IV) (Sulikhah, 2014).

b. Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah apendiktomi. Apendiktomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang apendiks (Wiwik Sofiah, 2017). Operasi apendiktomi dapat dilakukan dengan 2 teknik yaitu:

1. Operasi apendiktomi terbuka dan laparaskopi apendiktomi. Apendiktomi terbuka dilakukan dengan cara membuat sebuah sayatan dengan panjang

sekitar 2 – 4 inci pada kuadran kanan bawah abdomen dan apendiks dipotong melalui lapisan lemak dan otot apendiks. Kemudian apendiks diangkat atau dipisahkan dari usus (Dewi, 2015).

2. Laparaskopi apendiktomi dilakukan dengan membuat 3 sayatan kecil di perut sebagai akses, lubang pertama dibuat dibawah pusar, fungsinya untuk memasukkan kamera super mini yang terhubung ke monitor ke dalam tubuh, melalui lubang ini pula sumber cahaya dimasukkan. Sementara dua lubang lain di posisikan sebagai jalan masuk peralatan bedah seperti penjepit atau gunting. Ahli bedah mengamati organ abdominal secara visual dan mengidentifikasi apendiks. Apendiks dipisahkan dari semua jaringan yang melekat, kemudian apendiks diangkat dan dikeluarkan melalui salah satu sayatan (Hidayatullah, 2014).

c. Post operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan. Klien dibaringkan dalam posisi terlentang. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal(peristaltik usus 5-30 kali per menit)

- a. Sehari pasca operasi, posisikan pasien semi fowler, posisi ini dapat mengurangi tegangan pada luka insisi sehingga membantu mengurangi rasa nyeri .
- b. Sehari pasca operasi, pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Pada hari kedua pasien dapat berdiri tegak dan duduk diluar kamar.

- c. Pasien yang mengalami dehidrasi sebelum pembedahan diberikan cairan melalui intravena. Cairan peroral biasanya diberikan bila pasien dapat mentoleransi.
- d. Dua hari pasca operasi, diberikan makanan saring dan pada hari berikutnya dapat diberikan makanan lunak.

Proses penyembuhan luka:

Menurut Hariani, L. (2017) Luka adalah terputusnya kontinuitas struktur anatomi jaringan tubuh, dimana fase penyembuhannya terdiri dari 3 tahap yaitu:

1. Fase Inflamasi yang dibagi menjadi *early inflammation* (Fase haemostasis), dan *late inflammation* yang terjadi sejak hari ke 0 sampai hari ke 5 pasca terluka.
2. Fase Proliferasi, yang meliputi tiga proses utama yakni: Neoangiogenesis, pembentukan fibroblast dan re-epitelisasi, terjadi dari hari ke-3 sampai hari ke-21 pasca terluka.
3. Fase Pematangan terjadi mulai hari ke-21 sampai 1 tahun pasca luka. yang bertujuan untuk memaksimalkan kekuatan dan integritas struktural jaringan baru mengisi luka, pertumbuhan epitel dan pembentukan jaringan parut.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Menurut Manurung (2011) Asuhan keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan

pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien /pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidahkaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan,bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Proses keperawatan adalah suatu tahapan desain tindakan yang ditunjukann untuk memenuhi tujuan keperawatan, yang meliputi: mempertahankan keadaan kesehatan klien yang optimal, apabila keadaanya berubah membuat suatu jumlah dan kualitas tindakan keperawatan terhadap kondisinya guna kembali kekeadaan yang normal. Proses keperawatan menurut Nursalam(2001) dikelompokan menjadi 5 tahap,yaitu:

- a .Pengkajian keperawatan
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Intervensi keperawatan
- d. Implementasi keperawatan
- e. Evaluasi keperawatan.

2.2.1 Pengkajian keperawatan

Menururt Hutagalung(2019) Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan, pengujian, analisa, dan mengkomunikasikan data tentang klien. Tujuan pengkajian untuk membuat data dasar tentang tingkat kesehatan klien, praktik kesehatan, penyakit terdahulu, dan pengalaman yang berhubungan, dan tujuan

perawatan kesehatan. Proses keperawatan ini mencakup dua langkah yaitu, pengumpulan data dari sumber subjektif dan objektif:

- a. Sumber subjektif meliputi data yang didapatkan dari klien, orang terdekat klien, atau keluarga klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian.
- b. Sumber objektif yaitu data yang dapat diobservasi dan diukur selama proses pemeriksaan fisik. Data pengkajian yang terkumpul mencakup klien, keluarga, masyarakat, lingkungan, atau kebudayaan.

Adapun Fokus pengkajian pada klien dengan apendisitis menurut Doenges (2000) yaitu :

1) Aktivitas/Istirahat

Gejala : Malaise

Tanda : Perasaan lelah, tidak nyaman, dan kurang enak badan

2) Sirkulasi

Tanda : Takikardi

3) Eliminasi

Gejala : Konstipasi pada awalnya, diare (kadang-kadang)

Tanda : Distensi abdomen nyeri tekan/nyeri lepas, kekakuan, penurunan atau tidak ada bising usus.

4) Makanan/cairan

Gejala : Anoreksia

Tanda : Mual Atau Muntah

5) Nyeri/kenyamanan

Gejala :Nyeri Abdomen sekitar epigastriumdan umbilikus,yang meningkat berat dan terlokalisasi pada titik *Mc Burney* (setengah jarak antara umbilikus dan tulang ileum kanan), meningkat karena berjalan,bersin,batuk atau nafas dalam (nyeri berhenti tiba-tiba diduga perforasi atau infark pada apendiks).

Tanda :Perilaku Berhati-Hati,berbaring ke samping atau telentang dengan lutut di tekuk,meningkatnya nyeri pada kuadran kanan bawahkarena posisi ekstensi kaki kanan/posisi duduk tegak,nyeri lepas pada sisi kiri diduga inflamasi peritoneal.

6) Keamanan

Tanda :Demam(Biasanya Rendah)

7) Pernafasan

Tanda :Takipnea,Pernafasan Dangkal.

8) Pemeriksaan diasnostik

Signle Deepest Pocket(SDP): leukosit diatas 12.000/mm, neutrofil meningkat sampai 75%.

Urinalisis:normal,tetapi eritrosit/leukosit mungkin ada.

Foto abdomen: dapat menyatakan adanya pengerasan material pada apendiks(fekalit),*ileus* terlokalisir.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Hidayat, (2001) Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses yang aktual dan potensial.

Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi yang menjadi tanggung gugat perawat.

Menurut Nursalam (2001) diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau respon perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual, potensial dan resiko. Diagnosa keperawatan didasarkan pada masalah yang muncul pada saat pengkajian, yaitu meliputi :

a. Diagnosis Aktual

Penilaian klinis tentang pengalaman atau tanggapan individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan yang terjadi saat ini.

b. Diagnosis Risiko

Diagnosis risiko mewakili kerentanan terhadap masalah kesehatan.

c. Diagnosis Potensial

Diagnosis potensial adalah promosi kesehatan untuk mengidentifikasi bidang-bidang yang dapat ditingkatkan mengenai kesehatan.

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI,2018) pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada klien dengan gangguan sistem pencernaan *pre* dan *post apendiktomy*, antara lain :

a. Ansietas berhubungan dengan :

1. Krisis situasional.
2. Kebutuhan tidak terpenuhi.

3. Krisis maturasional.
 4. Ancaman terhadap konsep diri.
 5. Ancaman terhadap kematian.
 6. Kekhawatiran mengalami kegagalan.
 7. Disfungsi sistem keluarga.
 8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan.
 9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
 10. Penyalahgunaan zat.
 11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain).
 12. Kurang terpapar informasi.
- b. Hipertemia berhubungan dengan :
1. Dehidrasi
 2. Terpapar lingkungan panas
 3. Proses penyakit (mis. infeksi, kanker)
 4. Ketidakesesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
 5. Peningkatan laju metabolisme
 6. Respon trauma
 7. Aktivitas berlebihan
- c. Nyeri akut berhubungan dengan :
1. Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
 2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
 3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

d. Resiko hipovolemia berhubungan dengan :

1. Kehilangan cairan aktif
2. Kegagalan mekanisme regulasi
3. Peningkatan permeabilitas kapiler
4. Kekurangan intake cairan
5. Evaporasi

e. Resiko infeksi berhubungan dengan :

1. Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus).
2. Efek prosedur invasi.
3. Malnutrisi.
4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer

Diagnosa keperawatan menurut Nurarif & kusumma,(2016) pre dan post operasi apendiktomi yaitu:

Diagnosa keperawatan Pre operasi apendiktomi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional
3. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit

Diagnosa keperawatan post operasi apendiktomi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik
2. Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasi
3. Resiko hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif

Sedangkan menurut Dongoes (2000) diagnosa pre dan post operasi keperawatan pada pasien apendisitis adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan, agen injuri biologi, agen injuri fisik.
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari berhubungan dengan anoreksia. kebutuhan tubuh
3. Defisit volume cairan berhubungan dengan mual muntah.
4. Kecemasan berhubungan dengan akan dilaksanakan operasi.
5. Kurang pengetahuan tentang perawatan luka berhubungan dengan keterbatasan kognitif, interpretasi terhadap informasi yang salah, kurangnya keinginan untuk mencari informasi.
6. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan, prosedur Invasif.
7. Defisit perawatan diri berhubungan dengan nyeri.

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Menurut Nursalam, (2001) Perencanaan (Intervensi) adalah suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi. Setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik misalnya, semua klien pasca operasi memerlukan suatu pengamatan tentang pengelolaan cairan dan nyeri. Sehingga semua tindakan keperawatan harus distandarilisasi .

Menurut Nurarif, A. H., & Kusuma,(2016) Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian

rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi.

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis(D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5) 3. Diaforesis menurun (5) 4. Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik (5)	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik tarik nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Hipertemia berhubungan dengan proses	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan hipotermia	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu tubuh

	penyakit(D.0130)	tidak terjadi, dengan kriteria hasil : 1.Menggigil menurun (1) 2.Pucat menurun (1) 3.Suhu tubuh membaik (5) 4. Tekanan darah dan ventilasi membaik (5)	2.Identifikasi penyebab hipotermia, (Misal : terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme) 3.Monitor tanda dan gejala akibat hipotermi Teraupetik : 1.Sediakan lingkungan yang hangat (misal : atur suhu ruangan) 2.Lakukan penghangatan pasif (Misal : Selimut, menutup kepala, pakaian tebal) 3.Lakukan penghangatan aktif eksternal (Misal : kompres hangat, botol hangat, selimut hangat) 4.Lakukan penghangatan aktif internal (misal : infus cairan hangat, oksigen)
3	Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Gelisah menurun 2. Tegang menurun 3. Kebingungan menurun 4. Konsentrasi membaik Pola tidur membaik	Observasi : a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) b. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik : a. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan b. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan , jika memungkinkan c. Pahami situasi yang membuat ansietas d. Dengarkan dengan penuh perhatian e. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan f. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan g. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi: a. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami b. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

			<ul style="list-style-type: none"> c. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu d. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan e. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi f. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan g. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat h. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu
4	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik(D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun (5) 3. Diaforesis menurun (5) 4. Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik (5) 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam) 10. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 11. Fasilitasi istirahat dan tidur 2. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi

			<p>meredakan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik
5	Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D.0023)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Turgon kulit meningkat (5) 2. Haluaran urine meningkat (5) 3. Kelembapan membran mukosa membaik (5) 4. TD membaik(5) 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hypovolemia (mis.frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanandarah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulitmenurun, membran mukosa, kering, volume urinmenurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified trendelenburg 3. Berikan asupan cairan oralEdukasi 4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotons (mis. Nacl, RL) 2.Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, Nacl 0,4%) 3.Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)
6	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif(D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko infeksi dapat menurun,dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun(5) 2. Kemerahan menurun (5) 3. Nyer menurun(5) 	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi.

		4.Bengkak menurun(5)	Edukasi : 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk d. Jarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi . 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	----------------------	--

2.2.4 Implementasi keperawatan

Potter, P., & Perry (2014) menyatakan Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantuklien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Menurut Wilkinson.M.J, (2012) Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons klien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya. Komponen tahap implementasi :

1. Tindakan keperawatan mandiri.
2. Tindakan keperawatan edukatif.
3. Tindakan keperawatan kolaboratif.
4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Setiadi,(2012) tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP(Subjektif,Objektif,Analisa,Perencanaan):

- 1) *Subjektif* (S) : Data subjektif dari hasil keluhan klien,
- 2) *Objektif* (O) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) *Analisis*(A) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) *Perencanaan*(P) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Setiadi,(2012) menyatakan Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

2.3 Konsep Teknik Relaksasi

2.3.1 Pengertian Teknik Relaksasi

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa relaksasi nafas dalam sangat efektif dalam menurunkan kecemasan dan nyeri paska operasi (Brunner & Suddart, 2001 dalam Novarizki, (2010)

Nafas dalam merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi. Teknik nafas dalam

sangat mudah dilakukan pada ibu yang mengalami proses persalinan, penggunaan teknik nafas dalam yang benar akan meningkatkan kemampuan dalam mengontrol rasa nyeri, menurunkan rasa cemas, menurunkan kadar kortisol, menstimulus aliran darah menuju uterus dan menurunkan ketegangan otot (Damayanti, 2012).

Berdasarkan 5 artikel penelitian yang dilakukan, Yohnatan Goa Rumbi, (2020) didapatkan bahwa relaksasi tarik nafas dalam terbukti secara signifikan dapat membantu menurunkan tingkat kecemasan pasien pre operasi apendiksitis. Hal ini juga didukung dalam penelitian yang dilakukan Mila Aprilia Pulungan (2021) didapatkan hasil bahwa setelah dilakukan literature review terhadap 10 jurnal tentang pengaruh teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri pada post operasi apendiksitis bahwa teknik relaksasi nafas dalam berpengaruh untuk menurunkan nyeri setelah dilakukannya operasi apendiksitis

2.3.2 Manfaat Teknik Relaksasi Tarik Nafas Dalam

Menurut Smeltzer, et al. (2010). Manfaat yang dapat diperoleh dari latihan napas dalam yaitu :

1. meningkatkan inflasi alveolar maksimal dan relaksasi otot
2. meredakan kecemasan
3. menghilangkan pola aktivitas otot pernapasan yang tidak efektif dan tidak terkoordinasi
4. memperlambat laju pernapasan
5. mengurangi kerja pernapasan (Pernapasan yang lambat, santai, dan ritmis)

juga membantu mengendalikan kecemasan yang terjadi)

2.3.3 Prosedur Terapi Relaksasi Tarik Napas Dalam

1. Alat dan Bahan

2. Tahap Pra Interaksi

1) Melakukan verifikasi data pasien.

2) Mencuci tangan.

3. Tahap Orientasi

1) Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik.

2) Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/pasien.

3) Menanyakan kesiapan pasien sebelum kegiatan dilakukan.

4. Tahap Kerja

1) Mempersiapkan pasien.

2) Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan 1 tangan di abdomen.

3) Melatih pasien melakukan napas perut (menarik napas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan. Jaga mulut tetap tertutup).

4) Meminta pasien merasakan mengembangnya abdomen (cegah lengkung pada punggung).

5) Meminta pasien menahan napas hingga 3 hitungan.

6) Meminta menghembuskan napas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut bibir seperti meniup).

- 7) Meminta pasien merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot.
- 8) Mengevaluasi tindakan (status pernapasan, perasaan pasien, dll).
- 9) Menganjurkan pasien untuk menggunakan teknik ini jika mengalami sesak napas.

5. Tahap Terminasi

- 1) Berpamitan dengan pasien.
- 2) Mencuci tangan.
- 3) Dokumentasi keperawatan.

BAB III
TINJAUAN KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.N DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN PRE DAN POST OPERASI APENDIKSITIS INFILTRAT
DI RUANG ANGGREK RUMAH SAKIT UMUM CURUP TAHUN 2022**

3.1. Pengkajian

3. 1. 1. Identitas pasien

- | | |
|----------------------|---|
| a. Nama Klien | : Ny.N |
| b. Usia | : 42 Tahun |
| c. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| d. Alamat | : Taba Atas, Kabupaten
Lebong, Provinsi Bengkulu |
| e. Golongan darah | : A+ |
| f. Status Perkawinan | : Menikah |
| g. Agama | : Islam |
| h. Suku Bangsa | : Rejang |
| i. Pendidikan | : SD |
| j. Pekerjaan | : Petani |

- k. Sumber informasi : Pasien dan Keluarga
- l. Tanggal MRS : 07-juli-2022,17:30 WIB
- m. Tanggal pengkajian : 08-juli-2022,09:30 WIB
- n. Diagnosa Medis : Apendiksitis Infiltrat

3. 1. 2. Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama : Tn.S (Suami)
- b. Usia : 48 Tahun
- c. Pendidikan : SD
- d. Pekerjaan : Petani
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Taba atas,Kabupaten

Lebong,Provinsi Bengkulu.

3.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan Utama MRS

Klien datang ke IGD Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Curup pasien rujukan dari klinik assalam pada tanggal 07-juli-2022 pukul 17:30 WIB datang dengan keluhan Nyeri perut bagian kanan bawah,perut membesar, tidak bisa buang air besar (BAB) dan buang angin \pm 13 hari.

2) Keluhan Saat Ini

Pada tanggal 08-juli-2022 dilakukan pengkajian pada pukul 09:30 WIB pasien mengatakan nyeri perut bagian kanan bawah, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri datang secara tiba-tiba, nyeri bertambah pada saat pasien bergerak dan ditekan, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan pada skala nyeri 6 (skala 1-10).

3) Keluhan Kronologis

a) Faktor Pencetus

Pasien mengatakan tidak mengetahui penyebab nyeri pada perut terutama pada bagian kanan bawah bisa timbul, pasien mengatakan sejak tanggal 24-juni-2022 \pm 1 hari yang lalu pasien tidak BAB dan buang angin

b) Timbulnya Keluhan

- a) *Provokasi/Paliatif(P)* : nyeri akut
- b) *Qualitas/Quantitas(Q)* : seperti ditusuk-tusuk
- c) *Region/Radiasi(R)* : nyeri dirasakan diperut bagian kanan bawah
- d) *Skala Severitas(S)* : skala nyeri 6 (skala 1-10)
- e) *Timing(T)* : Nyeri berlangsung \pm 5-10 menit dan berulang setiap \pm 20 menit sekali.
- c) Upaya Mengatasi : Tidak ada

1. Riwayat Keluhan Masa Lalu

1) Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan ataupun obat-obatan.

2) Riwayat Kecelakaan

Pasien mengatakan tidak mengalami kecelakaan sebelumnya

3) Riwayat Dirawat di Rs

Pasien mengatakan sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit ujung tanjung

4) Riwayat Operasi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat di operasi

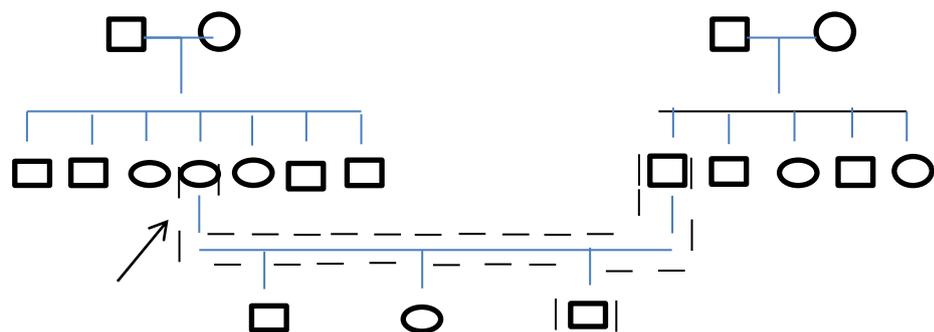
5) Riwayat Pemakaian Obat

Pasien mengatakan tidak menggunakan obat rutin

6) Riwayat Riwayat Merokok

Pasien mengatakan tidak merokok

2. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram Dan Keterangan) contoh:



Keterangan : laki-laki	= 	Laki-laki meninggal	= 
Perempuan	= 	Perempuan meninggal	= 
Pasien	= 		
Tinggal serumah	= -----		

Ny.N dan Tn.S memiliki 3 anak 2 laki-laki dan satu perempuan. Ny.N tinggal bersama Tn.S dan anak bungsunya.

3. Penyakit yang pernah diderita

Pasien dan keluarganya mengatakan bahwa di dalam keluarganya hanya Ny.N yang menderita penyakit tersebut. Tidak ada penyakit menular dan penyakit keturunan. Tidak ada penyakit keluarga yang menjadi faktor resiko pada pasien.

4. Riwayat Psikososial dan Spiritual

1) Adanya orang terdekat : suami dan anak

2) Interaksi dalam Keluarga

a) Pola komunikasi

Komunikasi baik antar anggota keluarga

b) Pembuatan keputusan

Pasien mengatakan pengambil keputusan adalah suaminya dan pasien mengatakan masalah dimusyawarkan bersama keluarganya.

c) Kegiatan kemasyarakatan

Pasien mengatakan aktif di dalam kegiatan masyarakat

1) Dampak penyakit pasien

Keluarga pasien mengatakan menjadi khawatir dan cemas dengan penyakit yang diderita pasien karena takut tidak sembuh

3) Masalah yang mempengaruhi

Pasien merasa cemas dengan penyakit yang dideritanya, dan pasien juga cemas dengan tindakan operasi karena belum pernah operasi sebelumnya, dan pasien kurang mengerti dengan penyakitnya.

4) Persepsi Pasien Terhadap Penyakitnya

a) Hal yang sangat dipikir

Pasien mengatakan memikirkan bagaimana cara agar penyakit yang dideritanya bisa cepat sembuh dan nyeri pada perut terutama bagian kanan bawah bisa hilang

b) Harapan telah menjalani

Pasien dan keluarga berharap cepat sembuh dan ingin segera pulang kerumahnya agar bisa beraktivitas seperti biasanya.

c) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit

Aktivitas pasien sangat tergantung pada orang lain karena sakit.

5) Sistem Nilai Kepercayaan

a) Nilai-nilai yang

Pasien beragama islam

b) Aktivitas agama

Pasien mengatakan berdoa kepada allah swt agar penyakitnya cepat sembuh.

c) Pola Kebiasaan

Pasien mengatakan berdoa kepada allah swt agar penyakitnya cepat sembuh, tetapi pasien tidak dapat melaksanakan ibadah sholat karena alasan sakit

3.1 Tabel Pola Kebiasaan Sehari-hari

No.	Hal yang dikaji	Pola kebiasaan	
		Sebelum sakit	Saat sakit
1	Pola Nutrisi : 1. Frekuensi Makan 3x/Hari 2. Nafsu Makan Baik/TidakAlasan 3. Porsi Makan yang Dihakiskan 4. Makan yang Tidak Disukai 5. Makanan yang Membuat Alergi Makanan Pantangan 6. Penggunaan Obat-Obatan Sebelum Makan 7. Penggunaan Alat Bantu (NGT, Dll)	3 kali/hari Baik 1 piring besar dalam sekali makan Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Menurun Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Terpasng NGT
2	Pola Eliminasi 1. B.A.K : a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan d. Penggunaan Alat Bantu 2. B.A.B a. Frekuensi	5 kali Jernih Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Kuning Pekat Tidak ada Tidak ada Terpasang kater Belum pernah Belum pernah

	b. Waktu c. Warna d. Konsistensi e. Keluhan f. Penggunaan <i>Laxatif</i>	Kekuningan Lembut Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Belum pernah Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada
3	Pola Personal <i>Hygiene</i> 1. Mandi a. Frekuensi b. Waktu 2. Oral <i>Hygiene</i> a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci Rambut a. Frekuensi b. Waktu	2 kali pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore 2 kali Pagi dan sore	Belum ada mandi Belum ada mandi 1 kali Pagi hari Belum ada cuci rambut
4	Pola Istirahat dan Tidur 1. Lama Tidur Siang : 2. Lama Tidur Malam : 3. Kebiasaan Sebelum Tidur	Tidak ada 7-8 jam Menonton TV	Tidak ada 1-2 jam Tidak ada
5	Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan Merokok : Ya /Tidak a. Frekuensi b. Jumlah Minuman Keras : Ya/Tidak a. Frekuensi b. Jumlah c. Lama Pemakaian	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada

3.1.4 Pemeriksaan Fisik Pre Operasi

1. Pemeriksaan Fisik Umum

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Tingkat kesadaran : *Compos Mentis*
- c. Glasgow Coma Scale (GCS) : 15(E:4 V:5 M:6)
- d. Berat Badan : 50 kg

- e. Tinggi Badan : 150 cm
- f. Tekanan darah : 90/60 mmHg
- g. Nadi : 74x/menit
- h. Frekuensi Nafas : 24x/menit
- i. Suhu Tubuh : 36,4 °C

2. Sistem Penglihatan

- a. Posisi Mata : Normal
- b. Pergerakan Bola Mata : Baik
- c. *Konjungtiva* : Anemis
- d. *Sclera* : Ananemis
- e. *Pupil* : Isokor
- f. Otot-Otot Mata : Baik
- g. Fungsi Penglihatan : Baik
- h. Tanda-Tanda Radang : Tidak Ada
- i. Pemakaian Kaca Mata : Tidak ada
- j. Pemakaian Lensa Kontak : Tidak Ada

3. Sistem Pendengaran

- a. Kondisi Telinga Tengah : Bersih

- b. Cairan Dari Telinga : Tidak Ada
- c. Perasaan Penuh Di Telinga : Tidak Ada
- d. *Tinnitus* : Tidak Ada
- e. Fungsi Pendengaran : Baik
- f. Gangguan Keseimbangan : Tidak Ada
- g. Pemakaian Alat Bantu : Tidak Ada

4. Sistem Pernafasaan

- a. Jalan Nafas : Bersih tidak ada
sekret dan
sumbatan
- b. Penggunaan otot bantu : Tidak Ada
- c. Frekuensi : 24x/menit
- d. Irama : Reguler
- e. Jenis Pernafasan : Vesikuler
- f. Batuk : Tidak Ada
- g. *Sputum* : Tidak Ada
- h. Terdapat Darah : Tidak

i. Suara Nafas : Tidak ada suara
nafas

tambahan

5. Sistem Kardiovaskular

a. Sirkulasi Perifer

1) Frekuensi Nadi : 74x/menit

a) Irama : Teratur

2) *Distensi Vena Jugularis*

a) Kanan : Tidak ada

b) Kiri : Tidak ada

c) *Temperature Kulit* : 36,4°C

3) Warna Kulit : Sawo Matang

4) *Edema* : Tidak ada

5) *Capilarey Refill Time (CRT)* : <2 detik, di tangan
kanan

b. Sirkulasi Jantung

1) Sakit Dada : Tidak ada

6. Sistem Hematologi

a. Gangguan Hematologi

- 1) Pucat : Tidak ada
- 2) Perdarahan : Tidak ada

7. Sistem Pencernaan

a. Keadaan Mulut

- 1) Gigi : Lengkap
- 2) Gigi Palsu : Tidak ada
- 3) Lidah Kotor : Tidak

b. Mukosa bibir : Pucat

c. Muntah : Tidak ada

d. Nyeri Daerah Perut : Bagian kanan bawah

e. Konsistensi *Feces* : Tidak ada

f. Terpasang Nasogastric Tube(NGT) : Berwarna kecoklatan, jumlah

100 cc

g. *Abdomen* : Pasien mengatakan nyeri

pada perut kuadran kanan
bawah bertambah saat
ditekandan bergerak,terasa

seperti di tusuk-tusuk,
skala 6 (skala 1-10).

9. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran Kelenjar Tyroid : Tidak Ada
- b. Nafas Berbau Keton : Tidak
- c. Luka Ganggren : Tidak ada

10. Sistem Urogenital

a. Perubahan Pola Kemih

- B.A.K : Terpasang kateter
- Warna : Kuning pekat
- Jumlah : 200 cc
- b. Keluhan Sakit Pinggang : Tidak Ada

11. Sistem Integumen

- a. Turgor Kulit : Elastis
- b. Warna Kulit : Sawo matang
- c. Keadaan Kulit
 - 1) Luka, Lokasi : Tidak ada
 - 2) *Insisi* Operasi, Lokasi : Tidak ada
 - 3) Kondisi : Baik

4) Gatal-Gatal : Tidak ada

5) Kelainan Pigmen : Tidak ada

6) *Dekubitus*, Lokasi : Tidak ada

1. Kelainan Kulit : Tidak ada

2. Kondisi Kulit Daerah infus : Terpasang infus di tangan kiri pasien menggunakan cairan NaCl 20 tetes permenit, Tidak terdapat edem, tidak ada kemerahan pada area pemasangan.

12. Sistem Muskuloskeletal

a. Kesulitan Dalam Pergerakan : Ada, Karena nyeri tekan dan

pada saat bergerak pada kuadran kanan bawah abdomen.

b. Sakit Tulang, Sendi, Kulit : Tidak ada

c. Fraktur : Tidak ada

Keadaan Tonus : Normal

d. Kekuatan Otot :

5555	5555
4444	4444

Keterangan :

- 1) Skala 5: Mampu menggerakkan sendi dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh.
- 2) Skala 4: Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang.
- 3) Skala 3: Hanya mampu melawan gaya gravitasi
- 4) Skala 2: Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerak pasif).
- 5) Skala 1: Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakkan persendian.

13. Ekstrimitas

a) Ekstremitas Atas

Terpasang infus di tangan kiri, *Capillary refill time*(CRT)<2 detik, Tidak terdapat edema, tidak ada kemerahan pada area pemasangan infus.

b) Ekstremitas Bawah

Turgon kulit baik, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema

3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium, tanggal 07-juli-2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	
			Pria	Wanita
Hemoglobin	9,8	g/dl	13,3-17,3	11,7-15,5
Leukosit	12.400	uL	3800-10.600	3600-11.000
Basofil	1	%	0-1	0-1
Trombosit	444.000	uL	150.000-	150.000-
Limfosit	26	%	440.000 25-35	440.000 25-35

3.3 Penatalaksanaan pemberian terapi obat(Pre Operasi)

Hari / tanggal	Nama obat	Dosis obat
Jumat, 08-juli-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefoperazone 2. Metronidazole 3. Dexketoprofen 4. Omeprazole 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2x1 gram 2. 3x1 (500 mg) 3. 2x1 amp(50 Mg) 4. 1x1 40 Mg (5cc)
Sabtu, 09-juni-2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meropenem 2. Omeprazole 3. Metronidazole 4. Dexketoprofen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2x1 gram 2. 1x1 40 Mg (5cc) 3. 3x1 (500 mg) 4. 2x1 amp (50 Mg)

Keterangan :

1. Cefoperazone : Anti biotik untuk mengatasi infeksi
2. Metro plus : Untuk mengobati Infeksi
3. Deketoprofen : Obat anti Nyeri
4. Omeprazole : Asam Lambung
5. Meropenem : Anti biotik untuk mengobati infeksi

INTERVENSI KEPERAWATAN PRE OPERASI

Nama pasien : Ny. R

No. MR : 237446

Umur : 42 tahun

Dx. Medis : *Apendiksitis Infiltrat*

Ruangan : Anggrek

Tabel.3.5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan proses penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun 3. Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik	Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri nonverbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi : 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 6. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Ansietas berhubungan dengan prosedur tindakan medis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Frekuensi pernafasan membaik 2. Tegang menurun 3. Tekanan darah membaik	Observasi : 1. Identifikasi kondisi umum pasien (tingkat kesadaran, pengetahuan tentang operasi apendiktomy) 2. Monitoring tekanan darah, nadi pernafasan suhu

			<p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Puasakan minimal 6 jam sebelum operasi 4. Bebaskan area kulit yang akan di operasi dari rambut atau buluh tubuh 5. Pastikan kelengkapan dokumentasi preoperasi 6. Transferkan ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai 7. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakikan <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tentang prosedur operasi 9. Latih teknik relaksasi(teknik relaksasi tarik nafas dalam) <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Kolaborasi pemberian obat sebelum operasi
--	--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN PRE OPERASI

Nama pasien : Ny. R No. MR : 237446
 Umur : 42 tahun Dx. Medis : *Apendiksitis Infiltrat*
 Ruangan : Anggrek

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

Tanggal	No. DP	Jam	Implementasi	Respons
Jumat, 08-juli- 2022	1	09:30	4. Mengidentifikasi okasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri	1. P: nyeri akut Q: seperti ditusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di perut bagian kanan bawah S: skala nyeri 5 (skala 1-10) T: nyeri berulang, berlangsung ±5-10 menit.
		09:30	5. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal	2. Pasien tampak meringis
		09:30	6. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	3. Pasien mengatakan Nyeri bertambah saat bergerak dan ditekan.
		09:30	5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	4. keluarga pasien mengerti dan di ruangan hanya 2 orang.
		09:35	6. memberikanteknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik tarik nafas dalam).	5. Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam dengan baik.
		12:00	7. Mengkolaborasi pemberian analgetik jam 12:00 dan 24:00 WIB	6. injeksi desketoprofen 1 ampul(50 mg)
		09:30	1. Mengidentifikasi kondisi umum pasien	1. kesadaran compos mentis, Pasien mengatakan cemas akan

		09:30	2. Memoonitoring tekanan darah,nadi pernafasan suhu	2. TD: 90/60 mmHg RR: 24X/menit Nadi: 74x/menit T: 36,4 °C
		09:40	3. Memuaskan minimal 6 jam sebelum operasi	3. Pasien akan di puasakan mulai jam 18:00 wib
		09:40	4. Membebaskan area kulit yang akan di operasi dari rambut atau buluh tubuh	4. Pasien telah mencukur rambut diarea yang akan dilaksukan operasi
		09:40	5. Menjelaskan tentang prosedur operasi	5. Pasien mengerti tentang prosedur operasi laparatomy yang akan dilakukan besok.
		09:35	6. Melatih teknik relaksasi(teknik relaksasi tarik nafas dalam)	6. Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam dengan baik.
		12:00	7. Mengkolaborasi pemberian obat pada jam 12:00,20:00,24:00 ,04:00 WIB	7. Cefoprazone (1 gram) Metronidazole (100 ml) Omeprazole (40 Mg)
Sabtu , 09-juli- 2022	1	09:30	1.Mengidentifikasilok asi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,skala nyeri	1. P: nyeri akut Q: seperti ditusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di perut bagian kanan bawah S: skala nyeri 4 (skala 1-10) T: nyeri berulang,berlangsung ±5-10 menit
		09:30	2. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal	2. Pasien tampak meringis
		09:30	3. Mengidentifikasi faktor yang	3. Pasien mengatakan Nyeri bertambah saat

			memperberat dan memperingan nyeri	bergerak dan ditekan.
		10:05	4. memberikanteknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik tarik nafas dalam).	4. Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam dengan baik.
		12:00	5. Mengkolaborasi pemberian analgetik jam 12:00 dan 24:00 WIB	5. injeksi desketoprofen 1 ampul (50 Mg)
	2	10:00	1. Mengidentifikasi kondisi umum pasien	1. kesadaran pasien Compos mentis, pasien mengatakan lebih rileks dan siap dengan operasi laparatomy yang akan dilakukan.
		10:05	2. Memonitoring tekanan darah, nadi pernafasan suhu	2. TD: 90/70 mmHg RR: 22X/menit Nadi: 80x/menit T: 36,3 °C
		10:05	3. Mempuaskan minimal 6 jam sebelum operasi	3. Pasien telah dipuaskan dari jam 18:00 wib
		10:05	4. Menjelaskan tentang prosedur operasi	4. Pasien mengerti tentang prosedur operasi laparatomy yang akan dilakukan
		10:05	5. Melatih teknik relaksasi (teknik relaksasi tarik nafas dalam)	5. Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam dengan baik.
		12:00	6. Mengkolaborasi pemberian obat 12:00, 20:00, 24:00, 04:00 WIB	6. Cefoprazone (1 gram) Metronidazole (100 ml) Omeprazole (40 Mg)
		12:30	7. Mentransfer pasien ke kamar operasi	7. Pasiendiantar menggunakan berangkar tempat tidur pasien.

EVALUASI KEPERAWATAN PRE OPERASI

Nama pasien : Ny. R No. MR : 237446
 Umur : 42 tahun Dx. Medis : *Apendiksitis Infiltrat*
 Ruangan : Anggrek

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan

Tanggal	NoDX	Jam	Evaluasi	Paraf
08-juli-2022	1	13:30	<p>S: - Pasien mengatakan nyeri pada abdomen</p> <p>- Pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan bawah</p> <p>O: - Pasien nampak menahan nyeri</p> <p>- Ekpresi wajah meringis</p> <p>- P: nyeri akut</p> <p>Q: seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: abdomen bagian kanan bawah</p> <p>S: skala 5(skala 1-10)</p> <p>T: nyeri bertambah saat bergerak dan ditekan.</p> <p>- Tanda-tanda vital: TD: 90/60 mmHg RR: 24X/menit Nadi: 74x/menit T: 36,4°C</p> <p>- Pasien bisa melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam dengan baik</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1,2 3,5,6</p>	
	2	13:40	<p>S: - Pasien mengatakan cemas akan dilaksankannya operasi laparatomy karena pasien baru pertama kali melaksanakan operasi</p> <p>- Pasien mengatakan telah mencukur rambut di area yang akan dilakukan operasi</p> <p>O: - Pasien tampak lebih tenang</p> <p>- Pasien akan dipuaskan</p>	

	2	13:40	<p>12:30 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak Cemas lagi - Pasien mengatakan sudah Siap untuk dilakukan operasi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak rileks - Pasien mengerti tindakan prosedur operasi yang akan dilaksanakan. - Pasien mengatakan telah berpuasa dari jam 18:00 WIB - Kesadaran pasien compos mentis(E:4,V:5,M:6) - Pasien bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik - Tanda-tanda vital: TD: 90/70 mmHg RR: 22X/menit Nadi: 80x/menit T: 36,3°C <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
--	---	-------	---	---

3.1.7 Pengkajian Fisik Post Operasi (Minggu,10-juli-2022)

1. Pemeriksaan Fisik Umum

- a. Keadaan Umum : lemah
- b. Tingkat kesadaran : *Compos Mentis*
- c. Glasgow Coma Scale (GCS) : 15(E:4 V:5 M:6)
- d. Berat Badan : 50 kg
- e. Tinggi Badan : 150 cm
- f. Tekanan darah : 85/70 mmHg
- g. Nadi : 80x/menit
- h. Frekuensi Nafas : 22x/menit
- i. Suhu Tubuh : 36,3°C

2. Sistem Penglihatan

- a. Posisi Mata : Normal
- b. Pergerakan Bola Mata : Baik
- c. *Konjungtiva* : Ananemis
- d. *Sclera* : Anikterik
- e. *Pupil* : Isokor
- f. Otot-Otot Mata : Baik
- g. Fungsi Penglihatan : Baik

- h. Tanda-Tanda Radang : Tidak Ada
- i. Pemakaian Kaca Mata : Tidak ada
- j. Pemakaian Lensa Kontak : Tidak Ada

3. Sistem pendengaran

- a. Kondisi Telinga Tengah : Bersih
- b. Cairan Dari Telinga : Tidak Ada
- c. Perasaan Penuh Di Telinga : Tidak Ada
- d. *Tinnitus* : Tidak Ada
- e. Fungsi Pendengaran : Baik
- f. Gangguan Keseimbangan : Tidak Ada
- g. Pemakaian Alat Bantu : Tidak Ada

4. Sistem Pernafasaan

- a. Jalan Nafas : Bersih tidak ada sekret dan sumbatan
- b. Penggunaan otot bantu : Tidak Ada
- c. Frekuensi : 22x/menit
- d. Irama : Reguler
- e. Jenis Pernafasan : Vesikuler
- f. Batuk : Tidak Ada

- g. *Sputum* : Tidak Ada
- h. Terdapat Darah : Tidak
- i. Suara Nafas : Tidak ada suara nafas
tambahan

5. Sistem Kardiovaskular

a. Sirkulasi Perifer

1) Frekuensi Nadi : 80x/menit

a) Irama : Teratur

2) *Distensi Vena Jugularis*

d) Kanan : Tidak ada

e) Kiri : Tidak ada

f) *Temperature Kulit* : 36,3°C

3)Warna Kulit : Sawo Matang

4)*Edema* : Tidak ada

5) *Capilarey Refill Time (CRT)* : <2 detik,di tangan Kanan

b. Sirkulasi Jantung

1)Sakit Dada : Tidak ada

6. SistemHematologi

a. Gangguan Hematologi

i. Pucat : Tidak ada

ii. Perdarahan : Tidak ada

7. Sistem Pencernaan

a. Keadaan Mulut

- 1) Gigi : Lengkap
- 2) Gigi Palsu : Tidak ada
- 3) Lidah Kotor : Tidak

b. Mukosa bibir : Pucat

c. Muntah : Tidak ada

d. Nyeri Daerah Perut : Bagian kanan

bawah, terdapat kantong
kolostomi di abdomen kanan

e. Bising Usus : 18x/menit

f. Konsistensi *Feces* : Cair

g. Terpasang Nasogastric Tube(NGT) : Berwarna kekuningan,

jumlah 50 cc

h. *Abdomen* :

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di perut atas sampai bawah, pembedahan *laparatomy* dengan luka insisi dari abdomen atas ke arah bawah dengan panjang 25 cm, dan jumlah jahitan 24 jahitan dengan terpasang *drain* di abdomen kiri didekat luka operasi, dan terpasang kolostomi di sebelah abdomen kanan pasien

,nyeri seperti disayat- sayat, nyeri berlangsung ± 5 menit,nyeri berulang,skala nyeri 6 (skala 1-10).

9. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran Kelenjar Tyroid : Tidak Ada.
- b. Nafas Berbau Keton : Tidak
- c. Luka Ganggren : Tidak ada

1. Sistem Urogenital

a. Perubahan Pola Kemih

B.A.K : Terpasang kateter

Warna : Kuning pekat

Jumlah : 250 cc

b. Keluhan Sakit Pinggang : Tidak Ada

11. Sistem Integumen

a. Turgor Kulit : Elastis

b. Warna Kulit : Sawo matang

c. Keadaan Kulit

1) Luka, Lokasi : Luka operasi,di bagian

abdomen atas

sampai bawah.

2) *Insis* Operasi, Lokasi : *Laparatomy*,di Abdomen

atas sampai bawah

3) Kondisi : Di perban

- 4) Gatal-Gatal : Tidak ada
- 5) Kelainan Pigmen : Tidak ada
- 6) *Decubitus*, Lokasi : Tidak ada
1. Kelainan Kulit : Tidak ada
2. Kondisi Kulit Daerah pemasangan infus

Terpasang infus di tangan kiri pasien menggunakan cairan RL 20 tetes permenit, dan terpasang infus di tangan kanan dengan cairan RL 20 tetes permenit, Tidak terdapat edema, tidak ada kemerahan pada area pemasangan.

12. Sistem Muskuloskeletal

- a. Kesulitan Dalam Pergerakan : Ada, Karena nyeri tekan dan pada saat bergerak pada abdomen kanan bawah
- b. Sakit Tulang, Sendi, Kulit : Tidak ada
- c. Fraktur : Tidak ada
- d. Keadaan Tonus : Normal
- e. Kekuatan Otot

5555	5555
4444	4444

Keterangan :

- 1) Skala 5: Mampu menggerakkan sendi dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh.
- 2) Skala 4: Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang.
- 3) Skala 3: Hanya mampu melawan gaya gravitasi
- 4) Skala 2: Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerak pasif).
- 5) Skala 1: Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakkan persendian.
- 6) Skala 0: tidak ada.

13. Ekstremitas

a) Ekstremitas Atas

Terpasang infus di tangan kiri dan kanan, Tidak terdapat edema, tidak ada kemerahan pada area pemasangan.

b) Ekstremitas Bawah

Turgon kulit baik, tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema.

3.8 Hasil Pemeriksaan Laboratorium, tanggal 11-juli-2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal	
			Pria	Wanita
Hemoglobin	11,7	g/dl	13,3-17,3	11,7-15,5L
Leukosit	6.900	uL	3800-10.600	3600-11.000
Trombosit	174.000	uL	150.000	150.000
Hemakorit	35	%	40-52	35-47

3.9 Terapi/ penatalaksanaan pemberian obat(Post Operasi)

Hari / tanggal	Nama obat	Dosis obat
Minggu, 10-juli-2022	1. Meropenem 2. Omeprazole 3. Metronidazole 4. Desketoprofen	1. 2x1 gram 2. 1x40 Mg(5 cc) 3. 3x1 (500 mg) 4. 2x1 ampul(50 mg)
Senin, 11-juni-2022	1. Meropenem 2.Omeprazole 3.Metronidazole 4.Desketoprofen	1. 2x1gram 2. 1x40 Mg(5cc) 3. 3x1 (500 mg) 4. 2x1 gram (50 mg)
Selasa, 12-juli-2022	1. Meropenem 2.Omeprazole 3.Metronidazole 4.desketorolax	1. 2x1gram 2. 1x40 Mg(5cc) 3. 3x1 (500 mg) 4. 2x1 ampul (50 mg)
Rabu, 13-juli-2022	1. Meropenem 2.Omeprazole 3.Metronidazole 4.desketorolax	1. 2x1gram 2. 1x40 Mg (5cc) 3. 3x1 (500 mg) 4. 2x1 ampul (50 mg)

Keterangan:

1. Meropenem : Antibiotik untuk mengobati infeksi bakteri
2. Omeprazole : Asam Lambung
3. Metronidazole : Antibiotik untuk mengobati infeksi
4. Deketorolax : Obat anti Nyeri

3	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh lelah 2. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman setelah beraktivitas <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas 2. Terpasang kateter,drin di abdomen kiri dan pasien menggunakan kolostomi di abdomen kanan 3. Kegiatan pasien dibantu keluarga 4. Klien tampak hanya berbaring di tempat tidur 5. Tekanan darah 85/ 70 mmHg 	Kelemahan fisik	Intoleransi aktivitas
---	---	-----------------	-----------------------

INTERVENSI KEPERAWATAN POST OPERASI

Nama pasien : Ny. R

No. MR : 237446

Umur : 42 tahun

Dx. Medis : *Apendiksitis Infiltrat*

Ruangan : Anggrek

Tabel 3.11 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan proses penyakit(D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis, sikap protektif dan gelisah menurun 3..Frekuensi nadi, pola nafas dan tekanan darah membaik	Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : 8. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksaksi tarik nafas dalam) 9. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 10. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 11. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 12. Jelaskan strategi meredakan nyeri

			13. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : 14. Kolaborasi pemberian analgetik
2	Resiko infeksi berhubungan dengan luka operasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko infeksi dapat menurun,dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3.Bengkak menurun	Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. Edukasi : 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi (Luka basah,ada kemerahan di sekitar luka,ada edem,ada pembengkakan). 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi: 6. kolaborasi pemberian antibiotik
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Dispnea saat beraktivitas menurun 2. Keluhan lelah menurun 3. Tekanan darah membaik	Observasi: 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Identifikasi ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 3. Sediakan lingkungan yang tenang dan nyaman 4. Lakukan latihan rentan gerak Edukasi 5. Anjurkan tirah baring 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Kolaborasi 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN POST OPERASI

Nama pasien : Ny. R No. MR : 237446
 Umur : 42 tahun Dx. Medis : *Apendiksitis Infiltrat*
 Ruangan : Anggrek

Tabel 3.12 Implementasi Keperawatan

Tanggal	No. DP	Jam/waktu	Implementasi	Respons
minggu, 10-juli- 2022	1	09:30	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri	1.P: nyeri pada luka operasi Q: seperti ditusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di perut bagian atas sampai bawah S: skala nyeri 5 (skala 1-10) T: nyeri berulang berlangsung \pm 5 menit
	1	09:30	2. mengidentifikasi respons nyeri nonverbal	2.Pasien tampak meringis
	1	09:30	3. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri	3.faktor yang memperberat nyeri bergerak dan ditekan
	1	09:35	4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan)	4.keluarga pasien mengerti dan di ruangan hanya 2 orang.
	1	09:35	5. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam).	5.Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam dengan baik.
	1	12:00	6. Mengkolaborasi pemberian obat jam 12:00, 20:00, 04:00 WIB	6.injeksi desketoprofen 1 Ampul (50 mg)
	2	09:40	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1. Luka operasi di abdomen atas sampai bawah luka kering, tidak ada edema, kemerahan.

	2	09:35	2. Membatasi jumlah pengunjung	2.keluarga pasien mengerti dan di ruangan hanya 2 orang.
	2	09:40	3. Memperthankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	3. Menggantikan perban pasien dengan teknik steril
	2	09:40	4. menjelaskan tanda dan gejala infeksi (adanya kemerahan,edema,pembengkakan)	4.pasien dan keluarga telah mengerti penjelasan tanda-tanya infeksi
	2	09:45	5. Menganjurkan pasien meningkatkan asupan cairan	5.Keluarga telah memberi minum ke pasien sedikit-sedikit tapi sering
	2	12:00	6. Mengkolaborasi pemberian antibiotik 12:00,20:00,24:00,04:00 WIB	6.meropenem (1 gram) Omeprazole (40 mg) Metronidazole(100 ml)
	3	09:45	1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	2. Fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan nyeri pada luka operasi
	3	09:45	2. Mengidentifikasi ketidaknyamanan	3. Terpasang kateter,terpasang drin di abdomen kiri,dan terpasang kolostomi di abdomen kanan pasien
	3	09:35	3. Menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman(membatasi jumlah pengunjung)	4. keluarga pasien mengerti dan di ruangan hanya 2 orang
	3	09:35	4. Mengajukan tirah baring	5. pasien istirahat di tempat tidur
	3	09:40	5. Mengajukan aktivitas secara bertahap	6. pasien telah miring kiri dan kanan

Senin , 11-juli- 2022	1	09:30	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri	1.P: nyeri pada luka operasi Q: seperti ditusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di perut bagian atas sampai bawah S: skala nyeri 4 (skala 1-10) T: nyeri berulang, berlangsung ±5 menit
	1	09:30	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	3.faktor yang memperberat nyeri bergerak dan ditekan
	1	09:30	4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (kebisingan)	4. keluarga pasien mengerti dan di ruangan hanya 2 orang.
	1	09:35	5. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam).	5. Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam dengan baik.
	1	12:00	6. Mengkolaborasi pemberian Obat jam 12:00, 20:00, 04:00 WIB	6. injeksi desketoprofen 1 Ampul (50 mg)
	2	09:30	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1. Luka operasi di abdomen atas sampai bawah luka kering, tidak ada edema, kemerahan.
	2	09:30	2. membatasi jumlah pengunjung	2. keluarga pasien mengerti dan di ruangan hanya 2 orang.
	2	09:30	3. 3. mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	3. Menggantikan perban pasien dengan teknik steril
	2	09:35	4. 4. menjelaskan tanda dan gejala infeksi (Adanya kemerahan, edem, pembengkakan)	4. pasien dan keluarga mengerti penjelasan tanda-tanya infeksi
				5. 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

	2	09:35	6. mengkolaborasi pemberian antibiotik jam	5. Keluarga telah memberi minum ke pasien
	2	12:00	12:00,20:00,24:00,04:00 WIB	6. meropenem (1 gram) Omeprazole (40 mg) Metronidazole(100 ml)
	3	09:35	1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	1. Fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan nyeri pada luka operasi
	3	09:35	2. Mengidentifikasi ketidaknyamanan	2. Terpasang kateter, terpasang drin di abdomen kiri, dan terpasang kolostomi di abdomen kanan pasien
	3	09:35	3. Menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman (membatasi jumlah pengunjung)	3. keluarga pasien mengerti dan di ruangan hanya 2 orang
	3	09:40	4. Mengajukan aktivitas secara bertahap	4. pasien telah miring kiri dan kanan
Selasa , 12-juli- 2022	1	09:30	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri	1.P: nyeri pada luka operasi Q: seperti ditusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di perut bagian atas sampai bawah S: skala nyeri 3 (skala 1-10) T: nyeri berulang, berlangsung ± 5 menit
	1	09:30	2. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal	2. Pasien tampak lebih tenang
	1	09:30	3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	3. faktor yang memperberat nyeri saat ditekan
	1	09:35	5. memberikanteknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik	5. Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam dengan

			tarik nafas dalam).	baik.
	1	12:00	6.Mengkolaborasi pemberian obat jam 12:00,20:00,04:00 WIB	6.injeksi desketoprofen 1 Ampul(50 mg)
	2	09:30	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1. Luka operasi di abdomen atas sampai bawah luka kering,tidak ada edema,kemerahan.
	2	09:30	5. 3.mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	3.Menggunakan perban pasien dengan teknik steril
	2	09:35	6. 4. menjelaskan tanda dan gejala infeksi (tidak ada kemerahn,edem,pembengkakan)	4.pasien dan keluarga mengerti penjelasan tanda-tanda infeksi
	2	09:35	7. 5.Anjurkan meningkatkan asupan cairan	5.Keluarga telah memberi minum ke pasien sedikit-sedikit tapi sering
		12:00	6.mengkolaborasi pemberian antibiotik jam 12:00,20:00,24:00,04:00 WIB	6.meropenem (1 gram) Omeprazole (40 mg) Metronidazole(100 ml)
	3	12:35	1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan	1. Fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan nyeri pada luka operasi
	3	09:35	2. Mengidentifikasi ketidaknyamanan	2.Terpasang kateter,terpasang drin di abdomen kiri,dan terpasang kolostomi di abdomen kanan pasien
	3	09:35	3. Menyediakan lingkungan yang tenang dan nyaman(membatasi jumlah pengunjung)	3.keluarga pasien mengerti dan di ruangan hanya 2 orang
		09:40	4. Mengajukan aktivitas secara bertahap	4. pasien telah miring belajar duduk

Rabu , 13-juli- 2022	1	09:30	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri	1.P: nyeri pada luka operasi Q: seperti ditusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di perut bagian atas sampai bawah S: skala nyeri 3 (skala 1-10) T: nyeri Berulang, berlangsung \pm 5 menit
	1	09:30	2.Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal	2.Pasien tampak tenang
	1	09:30	5.memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam).	5.Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam dengan baik.
	1	12:00	6. Mengkolaborasi pemberian obat jam 12:00,20:00,04:00 WIB	6.injeksi desketoprofen 1 Ampul(50 mg)
	2	09:35	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1. Luka operasi di abdomen atas sampai bawah luka kering,tidak ada edema,kemerahan.
	2	09:35	3.mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	3.Menggunakan perban pasien dengan teknik steril
	2	09:30	5.Anjurkan meningkatkan asupan cairan	5.Keluarga telah memberi minum ke pasien
	2	12:00	6.mengkolaborasi pemberian antibiotik jam 12:00,20:00,24:00,04:00 WIB	6. meropenem(1 gram) Omeprazole(40 Mg) Metronidazole(100 ml)
	3	09:30	1. Mengidentifikasi ketidaknyamanan	1..Terpasang kateter,terpasang drin di abdomen kiri,dan terpasang kolostomi di abdomen kanan pasien
	3	09:30	2. Menyediakan lingkungan	2.keluarga pasien

	3	09:35	yang tenang dan nyaman(membatasi jumlah pengunjung) 3. Mengajukan aktivitas secara bertahap	mengerti dan di ruangan hanya 2 orang 3. pasien telah belajar duduk
Kamis 14-juli- 2022	1	09:00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri	1.P: nyeri pada luka operasi Q: seperti ditusuk-tusuk R: nyeri dirasakan di perut bagian atas sampai bawah S: skala nyeri 2(skala 1-10) T: nyeri berulang berlangsung ±5 menit
	1	09:00	2.Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal	2.Pasien tampak tenang
	1	09:00	5.memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi tarik nafas dalam).	5.Pasien bisa melakukan teknik nafas dalam dengan baik
	2	09:05	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	1. Luka operasi di abdomen atas sampai bawah luka kering,tidak ada edema,kemerahan,tidak ada pembengkakan.
	2	09:05	3.mempertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi	3.Menggunakan perban pasien dengan teknik steril
	2	09:05	5.Anjurkan meningkatkan asupan cairan	5.Keluarga telah memberi minum ke pasien.
	2	12:30	6.mengkolaborasi pemberian antibiotik	6.pasien pulang membawa obat: - cefixime 2x1 tab - Desketoprofen 3x1 - Ranitidine 2x1

	3	09:05	1. Mengidentifikasi ketidaknyamanan	1. terpasang kolostomi di abdomen kanan pasien
	3	09:05	2. Mengajukan aktivitas secara bertahap	2. pasien telah belajar berjalan dan pulang pada jam 12:30 WIB

EVALUASI KEPERAWATAN POST OPERASI

Nama pasien : Ny. R No. MR : 237446
 Umur : 42 tahun Dx. Medis : *Apendiksitis Infiltrat*
 Ruangan : Anggrek

Tabel 3.13 Evaluasi Keperawatan

Tanggal	No. DP	Jam/waktu	Evaluasi	Paraf
Minggu 10-juli- 2022	1	13:30	S: - Pasien mengatakan nyeri pada abdomen - Pasien mengatakan nyeri pada abdomen area operasi O: - Pasien nampak menahan nyeri - Ekpresi wajah meringis - Nyeri pada area operasi, seperti ditusuk-tusuk, di abdomen bagian kanan bawah dengan skala 5 (skala 1-10) nyeri bertambah saat bergerak dan ditekan. - Pasien mampu melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam dengan baik - Tanda-tanda vital: TD: 80/60 mmHg RR: 22X/menit Nadi: 84x/menit T: 36,4°C A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1, 3,4,5,	<i>Ranf</i>
	2	13:40	S: - Pasien mengatakan mengerti penjelasan tanda-tanda infeksi (bila terjadi pembengkakan, edema, kemerahan) - Pasien mengatakan telah minum sedikit-sedikit tapi sering	<i>Ranf</i>

	3	13:45	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka operasi di abdomen atas sampai bawah dengan insisi luka 25 cm dan 24 jahitan. - Luka kering,tidak ada kemerahan di sekitar luka,tidak ada edem,tidak ada pembengkakan. - Pasien tampak lemah - Tanda-tanda vital: TD: 80/60 mmHg RR: 22X/menit Nadi: 84x/menit T: 36,4°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi lanjutkan 1,2,3,4,5,6</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas - Pasien mengatakan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan nyeri pada luka operasi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tampak lemas - Terpasang kateter,drine di abdomen kiri,dan kolostomi di abdomen kanan. - Kegiatan pasien dibantu keluarga. - Pasien telah miring kiri dan kanan <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervendi dilanjutkan 1,2,3,5</p>	
--	---	-------	---	---

			<p>ada pembengkakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih tenang - Tanda-tanda vital: TD: 90/60 mmHg RR: 22X/menit Nadi: 84x/menit T: 36,4°C <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi lanjutkan 1,3,4,5</p> <p>S : - Pasien mengatakan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas - Pasien mengatakan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan nyeri pada luka operasi</p> <p>O : - pasien tampak lemas - Terpasang kateter,drine di abdomen kiri,dan kolostomi di abdomen kanan. - Kegiatan pasien dibantu keluarga. - Pasien telah miring kiri dan kanan</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervendi dilanjutkan 1,3,5</p>	
	3	13:45		

	2	13:40	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam dengan baik - Tanda-tanda vital: TD: 90/70 mmHg RR: 20X/menit Nadi: 76x/menit T: 36,3°C <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1,2 ,5,6</p> <p>S: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak ada pembengkakan pada lukanya. - Pasien mengatakan telah sering minum </p> <p>O: <ul style="list-style-type: none"> - terdapat luka operasi di abdomen atas sampai bawah dengan insisi luka 25 cm dan 24 jahitan. - Luka kering,tidak ada kemerahan di sekitar luka,tidak ada edem,tidak ada pembengkakan. - Tanda-tanda vital: TD: 90/70 mmHg RR: 20X/menit Nadi: 76x/menit T: 36,3°C </p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi lanjutkan 1,2,3,5</p>	Ranf
	3	13:45	<p>S : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas </p> <p>O : <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang kateter,drine di abdomen kiri,dan </p>	Ranf

			kolostomi di abdomen kanan. - Kegiatan pasien dibantu keluarga. - Pasien telah belajar duduk A: Masalah teratasi sebagian P: Intervendi dilanjutkan 2,5	
--	--	--	---	--

EVALUASI KEPERAWATAN POST OPERASI

Nama pasien : Ny. R No. MR : 237446
 Umur : 42 tahun Dx. Medis : *Apendiksitis Infiltrat*
 Ruangan : Anggrek

Tanggal	No. DP	Jam/waktu	Evaluasi	Paraf
Kamis 13-juli- 2022	1	13:00	S: - Pasien mengatakan nyeri pada abdomen area operasi sudah bisa dikontrol O: - nyeri pada area bawah operasi, seperti ditusuk-tusuk, di abdomen bagian kanan dengan skala 2(skala 1-10)nyeri bertambah saat ditekan. - Pasien mampu melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam dengan baik - pasien lebih tenang - Tanda-tanda vital: TD: 100/80 mmHg RR: 20X/menit Nadi: 80x/menit T: 36,4°C A: Masalah teratasi pasien pulang pada jam 12:30 WIB menggunakan mobil. P: - intervensi	

	2	13:00	<p>dihentikan, pasien Pulang dengan membawa obat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cefixime 2x1 tab - Desketoprofen 3x1 tab - Ranitidine 2x1 tab <p>S: - Pasien mengatakan telak dilak-ukan ganti perban dan tidak ada pembengkakan di area luka</p> <p>- Pasien mengatakan telah sering minum</p> <p>O: - Telah dilakukan ganti perban dengan teknik steril.</p> <p>- Luka kering, tidak ada kemerahan di sekitar luka, tidak ada edema, tidak ada pembengkakan.</p> <p>- Tanda-tanda vital: .TD: 100/80 mmHg RR: 20X/menit Nadi: 80x/menit T: 36,4°C</p> <p>A: Masalah teratasi pasien pulang pada jam 12:30 WIB menggunakan Mobil</p> <p>P: Intervensi dihentikan pasien Pulang kontrol kembali pada hari senin di poli bedah RSUD curup dan membawa obat pulang: - cefixime 2x1 tab - Desketoprofen 3x1 tab - Ranitidine 2x1 tab</p>	Ranf
	3	13:10	<p>S : - Pasien mengatakan tidak nyaman setelah melakukan aktivitas</p> <p>O : - Terpasang kolostomi di abdomen kanan.</p>	Ranf

			<p>- Pasien telah belajar berjalan</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan pasien pulang pada pukul 12:30 WIB</p>	
--	--	--	---	--

Catatan Pasien Pulang

A. Kondisi pasien

1. Kondisi pasien baik
2. Pasien pulang dengan luka berbalut perban dan terpasang kantong kolostomi di abdomen kanan
3. Tidak ada gejala infeksi pada luka
4. Tanda-tanda vital :
 - TD : 100/80 mmHg
 - RR : 20x/menit
 - Nadi : 80x/menit
 - T : 36,4°C
5. Terapi obat
 - a. cefixime 2x1 tab (antibiotikn untuk mengobati infeksi bakteri)
 - b. Desketoprofen3x1 tab (untuk meredakan nyeri)
 - c. Ranitidine2x1 tab (untuk mengobati asam lambung)
6. Jadwal kontrol ulang

Kontrol ulang Ny.N dijadwalkan pada hari senin, 17-jui-2022 Di poli bedah Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Curup.

B. Edukasi Perawatan Di rumah

1. Terapi teknik relaksasi nafas dalam

Teknik relaksasi nafas dalam bisa Ny.N gunakan untuk meringan nyeri yang dirasakan, Teknik relaksasi ini bisa dilakukan saat Ny.N merasakan nyeri.

2. Cara perawatan kantong kolostomi

a. Perawatan kulit

Kulit dibersihkan dengan perlahan menggunakan sabun ringan dan waslap lembab yang lembut. Sabun bertindak sebagai agen abrasif ringan untuk mengangkat sisa dari feses. Selama kulit dibersihkan, kasa dapat digunakan untuk menutupi stoma

b. Memasang kantong kolostomi

Stoma diukur untuk menentukan ukuran kantong yang tepat. Lubang kantong harus sekitar 0,3 cm lebih besar dari stoma. Kulit dibersihkan terlebih dahulu, kemudian barrier kulit peristoma dipasang. Kemudian kantong dipasang dengan cara membuka kertas perekat dan menekanya di atas stoma.

c. Mengganti kantong kolostomi

Kolostomi bag diganti bila isinya telah mencapai sepertiga sampai seperempat bagian sehingga berat isinya tidak menyebabkan kantong lepas dari perekatnya dan keluar isinya. Pasien dapat memilih posisi duduk atau berdiri yang nyaman dan dengan perlahan mendorong kulit menjauh dari permukaan piringan sambil menarik

kantung ke atas dan menjauh dari stoma. Tekanan perlahan mencegah kulit dari trauma dan mencegah feses yang tercecer keluar.

4. Mengirigasi kolon

Jika terjadi iritasi pada luka sekitar kolostomi, lakukanlah konsultasi dengan dokter bedah yang menangani.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab pembahasan penulis akan menjelaskan mengenai kesenjangan-kesenjangan yang terdapat pada teori dengan yang terdapat pada praktek, pembahasan ini meliputi proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan, sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah serta dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien.

Setelah dilakukan perawatan pada Ny.N dengan diagnosa *apendiksitis infiltrat* di ruang rawat inap anggrek rumah sakit umum daerah (RSUD) Curup Kabupaten Rejang Lebong maka penulis akan mengemukakan pembahasannya. Asuhan keperawatan pada pasien dengan *apendiksitis infiltrat* dilakukan dengan komprehensif berdasarkan pendekatan proses keperawatan, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Pada pembahasan ini penulis akan membandingkan antara teori dan praktik hasil pelaksanaan asuhan keperawatan serta faktor-faktor yang menghambat dan mendukung dalam proses keperawatan.

4.1 Pengkajian

Dari pengkajian dokter bahwa *apendiksitis infiltrat* akan mengalami peningkatan suhu tubuh, tetapi pada Ny.N tidak ada peningkatan suhu tubuh dikarenakan Ny.N telah mendapatkan antibiotik. Dan Pada pengkajian *apendiksitis infiltrat* yang dilakukan pada Ny.N, suhu tubuh *pre* operasi tanggal 08-07-2022 adalah 36,4°C dan pada tanggal 09-07-2022 adalah

36,3°C. Ny.N mengalami nyeri tekan dan nyeri pada saat bergerak pada kuadran kanan bawah, di sekitar titik *Mc.Burney*. Hal ini selaras dengan yang dikemukakan oleh *brunner dan suddarth* (2014), pengkajian pada pasien dengan pre operasi *apendiktomy* , gejala awal adalah nyeri atau rasa tidak nyaman di sekitar *umbilikus*. Gejala ini umumnya berlangsung lebih dari 1-2 hari biasanya disertai peningkatan suhu tubuh.

Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium pada Ny.N yang dilakukan di Klinik As-salam Kabupaten Rejang Lebong pada tanggal 07-juli-2022 yaitu menemukan *leukosit* di atas normal yaitu 12.400 sedangkan pada teori yang dikemukakan oleh (Wijaya, 2015). Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan pada pasien dengan *Apendiksitis* secara teoritis dapat dilakukan yaitu :

1. Ditemukan leukositosis 10.000 s/d 18.000 /mm
2. Pemeriksaan radiology X-ray dan USG (ultrasonografi) menunjukkan densitas pada kuadran kanan bawah.

Adapun yang tidak dapat dilakukan pemeriksaan laboratorium pada Ny.N seperti pemeriksaan laboratorium sesuai dengan teori Wijaya (2015) radiology X-ray dan USG (ultrasonografi), tidak dapat dilakukan dikarenakan Dokter Spesialis Bedah tidak menganjurkan untuk dilakukan.

Pada saat melakukan pengkajian dengan Ny.N dan keluarga, penulis tidak memiliki hambatan. Faktor pendukung dalam pengkajian ini adalah paramedis dan tim yang kompeten Ny.N dan keluarga bersikap kooperatif dalam proses pengkajian dan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada Ny.N dari hasil pengkajian berupa data objektif dan subjektif tentang kondisi

klien, penulis kumpulkan kemudian dianalisa untuk menentukan masalah klien dan disimpulkan dalam bentuk diagnosa keperawatan.

Pengkajian Ny.N pada post operasi ditemukan nyeri pada luka operasi dari abdomen atas sampai bawah. Pengkajian tersebut sama dengan teori yang ditemukan, Dongoes bahwa pengkajian post operasi pada *apendiksitis* mengalami nyeri pada luka operasi.

4.2 Diagnosa Keperawatan

4.2.1 Diagnosa *pre* dan *post* Operasi

Menurut Nurarif & kusumma,(2016) *pre* operasi apendiktomi yaitu:

Diagnosa keperawatan Pre operasi apendiktomi:

4. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis
5. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional
6. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit

Sedangkan pada pengkajian diagnosa *pre* operasi pada Ny.N ditemukan 4 diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada Ny.N adalah sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan Pre operasi apendiktomi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis(obstruksi lumen apendiks)
2. Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional(Prosedur tindakan medis)

Setelah pengumpulan data, penulis menganalisa data-data tersebut dan mengidentifikasi prioritas masalah keperawatan. Terdapat 2 diagnosa yang dapat diangkat dari 3 diagnosa *pre* operasi *apendiktomy*.

1 diagnosa lainya tidak dapat penulis angkat karena tidak ada data yang menunjang untuk menegakkan diagnosa diantaranya:

- 1) Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit , diagnosa ini tidak dapat penulis angkat karena pasien telah diberikan antibiotik sehingga tidak ada data penunjang peningkatan suhu tubuh pada pasien,selama perawatan pre operasi selama 2 hari suhu tubuh hari pertama 36,4 dan suhu tubuh di hari kedua 36,3.

Menurut Nurarif & kusumma,(2016) *post* operasi apendiktomi yaitu:

Diagnosa keperawatan post operasi apendiktomi:

4. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik
5. Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasi
6. Resiko hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif

Sedangkan pada pengkajian diagnosa *post* operasi pada Ny.N ditemukan 2 diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada Ny.N adalah sebagai berikut:

Diagnosa keperawatan post operasi apendiktom:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik
2. Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasi

Setelah pengumpulan data, penulis menganalisa data-data tersebut dan mengidentifikasi prioritas masalah keperwatan. Terdapat 2 diagnosa yang dapat diangkat dari 3 diagnosa pre dan post operasi *apendiktomy*.

1 diagnosa lainya tidak dapat penulis angkat karena tidak ada data yang menunjang untuk menegakkan diagnosa diantaranya:

- 1) Resiko hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif, diagnosa ini tidak dapat penulis angkat karena pada saat pengkajian pada hari pertama sampai hari ketiga post operasi pasien minum sedikit-sedikit tapi sering, dan dihari keempat dan hari kelima pasien sudah minum dengan banyak, haluaran urine pasien bagus, tidak ada tanda-tanda dehidrasi sehingga penulis tidak menemukan data penunjang untuk mengangkat diagnosa ini.

4.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pengkajian dan menegakkan diagnosa selanjutnya adalah menyusun rencana keperawatan yang merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan di dalam asuhan keperawatan yang dilakukan.

Rencana keperawatan dibentuk berdasarkan diagnosa yang tertegak berdasarkan masalah yang ada pada pasien saat dilakukan pengkajian dikarenakan ada 4 diagnosa keperawatan yang tertegak maka intervensi pun harus sesuai dengan diagnosa sehingga dapat diimplementasikan dengan baik, tetapi dari seluruh intervensi yang telah direncanakan tidak dapat dilakukan karena keterbatasan alat ataupun kemampuan perawat:

4.3.1 Intervensi Keperawatan pada *pre* operasi

1. Adapun rencana yang dapat dilakukan oleh penyusun untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan obstruksi lumen apendiks adalah melakukan pengkajian skala nyeri secara komprehensif, observasi reaksi nonverbal, mengajarkan tentang teknik non farmakologi (relaksasi tarik

nafas dalam),kolaborasi dengan tim medis ,terapi analgetik dan tingkatkan istirahat pasien,pada dignosa ini yang tidak dapat terlaksanakan dengan baik yaitu intervensi tingkatkan istirahat pasien karena pasien terganggu karena bisung adanya pasien dan keluarga pasien lain di dalam ruangan.

2. Perencanaan yang telah penulis susun untuk diagnosa ansietas berhubungan dengan prosedur tindakan medis adalah identifikasi kondisi umum pasien, mengobservasi tanda-tanda vital pasien, memberikan informasi faktual mengenai prosedur operasi,melibatkan keluarga untuk mendampingi pasien dan melakukan teknik relaksasi (nafas dalam),pada diagnosa kedua ini seluruh intervensi telah terlaksanakan dengan baik.

4.3.2 Intervensi Keperawatan pada *post* Operasi

1. Perencanaan yang telah penulis susun untuk dignosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaaan fisik adalah kaji nyeri,identifikasi respon nyeri non verbal,mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri,fasilitasi istirahat dan tidur, berikan teknik non farmakologi untuk meredakan nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), berikan analgetik sesuai indikasi. Adapun intervensi pada dignosa ini yang tidak dapat dilaksanakan dengan baik yaitu memfasilitasi istirahat dan tidur karenapatient di ruangan semakin bertambah sehingga tingkat kebisingan meningkat mengakibatkan pasien tidak dapat istirahat dengan tenang.

2. Perencanaan yang telah penulis susun untuk diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif adalah monitor tanda dan gejala infeksi, membatasi jumlah pengunjung, pertahankan teknik aseptik, jelaskan tanda dan gejala infeksi, kolaborasi pemberian antibiotik. adapun pada diagnosa kedua ini intervensi yang tidak dapat terlaksanakan dengan baik yaitu mempertahankan teknik aseptik karena keterbatasan alat perawatan luka yang steril kemudian pada intervensi membatasi jumlah pengunjung karena di dalam ruangan semua bed terisi penuh sehingga keluarga pasien juga rame di dalam ruangan.

4.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan yang telah disusun, dalam pelaksanaan tindakan keperawatan ada yang dapat dilakukan mandiri oleh perawat dan ada juga yang dilakukan dengan kolaborasi dengan para medis dan tim medis lain, hal ini nyata ditemukan oleh penulis dalam praktik, seperti sebelum melaksanakan tindakan perlu meninjau kondisi pasien dan konsultasi dengan tim medis yang bertanggung jawab terhadap pasien tersebut.

Faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis adalah keterbatasan sarana, seperti kurangnya set alat perawatan luka yang seharusnya steril dan tersedia untuk setiap pasien, tetapi alat perawatan luka digunakan untuk seluruh pasien yang berada diruangan tanda disterilkan kembali. Kemudian tidak terdapatnya timbangan berat badan yang seharusnya dilakukan ke pasien, serta ketidaknyamanan pasien akan ruangan yang bising yang dapat

meningkatkan nyeri yang dialami pasien,berikutnya yaitu kebersihan laken pasien yang seharusnya harus sering diperiksa kebersihannya, dan diganti jika sudah kotor, dan pengunjung yang seharusnya dibatasi,karena 2 hal ini sangat penting untuk menghindari pasien dari infeksi.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dari suatu pelaksanaan asuhan keperawatan, evaluasi berguna untuk menilai dan mengukur tingkat keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah kita berikan,evaluasi yang dilakukan oleh penulis adalah respon setiap setelah melaksanakan tindakan terhadap pasien. Pasien Ny.N yang dirawat di ruang Anggrek selama 7 hari, yaitu 2 hari *pre* operasi dan hari *post* operasi. *Post* operasi laparatomi selama 5 hari evaluasi tindakan,menunjukkan perubahan yang progresif bagi pasien, pasien mendapatkan perawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan, terbukti pasien hanya *pre* operasi 2 hari dan *post* operasi 5 hari, dan semua masalah teratasi. Berdasarkan teori keperawatan tujuan pemulangan pasien yaitu : Nyeri hilang atau terkontrol, tidak ada tanda infeksi, komplikasi tidak muncul,prosedur prognosis, program terapi, dan kebutuhan rehabilitasi dipahami.

Setelah melihat perkembangan pasien dokter memutuskan untuk pasien dirawat jalan dan akhirnya pasien pulang pada tanggal kamis,14-juli-2022 pukul 12:30 WIB menggunakan tranportasi mobil. Jadwal kontrol pasien pada tanggal senin, 18-juli-2022 dan pasien mendapatkan obat jalan cefixim 2x1 tab,Desketoprofen 3x1 tab, Ranitidine 2x1 tab.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Ny.N dengan *apendiksitis infiltrat* di ruang Anggrek Rumah Sakit Umum Daerah(RSUD) Curup Kabupaten Rejang Lebong, maka penulis dapat menyimpulkan bahwa:

1. Pengkajian

Data data yang diperoleh dalam pengkajian dilapangan dengan data yang biasa muncul pada teori, Pada pasien *apendiksitis infiltrat* yang dilakukan pada Ny.N, mengalami nyeri tekan dan nyeri pada saat bergerak pada kuadran kanan bawah, di sekitar titik *Mc.Burney*. Pengkajian tersebut dikemukakan oleh *brunner dan suddarth* (2014), pengkajian pada pasien dengan pre dan post operasi *apendiktomy* , gejala awal adalah nyeri atau rasa tidak nyaman di sekitar *umbilikus*. Gejala ini umumnya berlangsung lebih dari 1-2 hari.

Pengkajian Ny.N pada post operasi ditemukan nyeri pada luka operasi dari abdomen atas sampai bawah. Pengkajian tersebut sama dengan teori yang ditemukan, Dongoes bahwa pengkajian post operasi pada *apendiksitis* mengalami nyeri pada luka operasi.

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh (Wijaya, 2015) Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan pada pasien dengan *Apendiksitis* secara teoritis yaitu Ditemukan leukositosis 10.000 s/d

18.000 /mm Dan pada Ny.N dengan *leukosit pre operasi* di atas normal yaitu 12.400.

2. Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian Diagnosa yang muncul pada Ny.N dengan penyakit *apendiksitis* yaitu 2 diagnosa *pre operasi*, antara lain:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis(obstruksi lumen apendiks)
- 2) Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional(Prosedur tindakan medis)

Terdapat 2 diagnosa yang ditemukan pada Ny.N, semua diagnosa yang muncul berdasarkan teori pada *pre operasi*, yaitu nyeri akut dan ansietas,dan satu diagnosa yang tidak dapat penulis angkat pada *pre operasi* yaitu Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit , diagnosa ini tidak dapat penulis angkat karena atidak ada data penunjang peningkatan suhu tubuh pada pasien,selama perawatan *pre operasi* selama 2 hari suhu tubuh hari pertama 36,4 dan suhu tubuh di hari kedua 36,3.

Setelah dilakukan pengkajian pada *post operasi* Diagnosa yang muncul pada Ny.N dengan penyakit *apendiksitis* yaitu 2 diagnosa, antara lain:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasi

Terdapat 2 diagnosa yang ditemukan pada Ny.N, semua diagnosa yang muncul berdasarkan teori yaitu 2 diagnosa pada *post operasi* yaitu

nyeri akut dan resiko infeksi, dan satu diagnosa yang tidak dapat penulis angkat pada *post* operasi yaitu Resiko hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan cairan aktif, diagnosa ini tidak dapat penulis angkat karena pada saat pengkajian pada hari pertama sampai hari ketiga *post* operasi pasien minum sedikit-sedikit tapi sering, dan dihari keempat dan hari kelima pasien sudah minum dengan banyak, haluaran urine pasien bagus, tidak ada tanda-tanda dehidrasi sehingga penulis tidak menemukan data penunjang untuk mengangkat diagnosa ini.

3. Intervensi

Rencana keperawatan harus sesuai dengan diagnosa yang telah ditegakkan, sehingga dapat diimplementasikan dengan baik. Tetapi dari seluruh intervensi yang telah direncanakan tidak seluruhnya dapat dilakukan dikarenakan keterbatasan alat seperti kurangnya set alat perawatan luka, dan intervensi yang tidak dapat dilaksanakan dengan baik yaitu memfasilitasi istirahat dan tidur karena pasien di ruangan semakin bertambah sehingga tingkat kebisingan meningkat mengakibatkan pasien tidak dapat istirahat dengan tenang. rencana keperawatan yang dilaksanakan adalah mempersiapkan pasien dalam persiapan *pre* operasi, serta mengobservasi pasien dalam *post* operasi.

4. Implementasi

Tidak semua rencana keperawatan dapat dilaksanakan kepada pasien, karena adanya faktor penghambat yang ditemukan oleh penulis yaitu keterbatasan sarana, seperti kurangnya set alat perawatan luka yang

seharusnya steril dan tersedia untuk setiap pasien, tetapi alat perawatan luka digunakan untuk seluruh pasien yang berada diruangan tanda disterilkan kembali. Kemudian tidak terdapatnya timbangan berat badan yang seharusnya dilakukan ke pasien,serta ketidaknyamanan pasien akan ruangan yang bising yang dapat meningkatkan nyeri yang dialami pasien,berikutnya yaitu kebersihan laken pasien yang seharusnya harus sering diperiksa kebersihannya, dan diganti jika sudah kotor, dan pengunjung yang seharusnya dibatasi,karena 2 hal ini sangat penting untuk menghindari pasien dari infeksi.

5. Evaluasi

Pasien Ny.N yang dirawat di ruang Anggrek selama tujuh hari, yaitu 2 hari *pre* dan 5 hari *post* operasi, *post* operasi *laparatomy* selama 5 hari evaluasi tindakan, menunjukkan perubahan yang progresif bagi pasien, pasien mendapatkan perawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan, terbukti pasien hanya *pre* operasi 2 hari dan *post* operasi 5 hari, dan setelah 7 hari perawatan keempat masalah keperawatan teratasi dan terapi teknik relaksasi tarik nafas dalam telah terlaksanakan dengan baik. Setelah melihat perkembangan pasien dokter memutuskan untuk pasien dirawat jalan dan akhirnya pasien pulang pada tanggal 14-juli-2022 pukul:12:30 WIB. Jadwal kontrol pasien pada tanggal 18-juli-2022 dan pasien mendapatkan obat jalan cefixim 2x1 tab,Desketoprofen 3x1 tab, Ranitidine 2x1 tab.

5.1 Saran

1. Pasien dan Keluarga

Bagi pasien dan keluarga penderita *apendiksitis* harus memperhatikan kesehatan, dan banyak makan makanan yang mengandung serat, pola nutrisi(makanan dan cairan) baik selama bahkan setelah perawatan di rumah sakit. Pasien *apendiksitis* hendaknya mematuhi penatalaksanaan pengobatan seperti minum obat yang diindikasikan secara teratur, diit yang seimbang, sering kontrol ke Rumah Sakit untuk mengurangi faktor-faktor risiko yang tidak diinginkan.

2. Pihak Rumah Sakit dan Perawat

a. Rumah sakit hendaknya meningkatkan sarana seperti timbangan,laken dan set alat perawatan luka, guan menunjang kinerja perawat dalam menangani pasien, dan perawat hendaknya tetap berpegang teguh pada prinsip teori asuhan keperawatan, dan juga meningkatkan kerjasama sesama perawat, para medis dan tim medis lainnya, guna melakukan asuhan keperawatan secara berkesinambungan dan komperehensif terhadap pasien dengan *Apendiksitis*.

b. Pada perawat hendaknya tetap memegang teguh pada prinsip teori asuhan keperawatan, dan juga meningkatkan kerjasama sesama perawat dan tim medis lainnya, guna melakukan asuhan keperawatan secara berkesinambungan dan komprehensif terhadap pasien dengan *Apendiksitis*. Dan penulis berharap perawat dapat menerapkan

evidenbase tindakan terapi teknik relaksasi nafas dalam secara berkesinambungan pada klien dengan *Apendiksitis*.

3. Institusi Pendidikan

Pada institusi pendidikan Penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat menjadi tambahan pustaka dan dapat dijadikan sebagai sumber proses pembelajaran baik bagi tenaga pendidik maupun mahasiswa untuk menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan *Apendiksitis*.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth. 2013. Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12. Jakarta:EGC.
http://opac.kaltimprov.go.id/ucs/index.php?p=show_detail&id=15736.
- Bararah, T dan Jauhar, M. 2013. Asuhan Keperawatan gangguan sistem pencernaan. Jakarta : Prestasi Pustakaraya
- Dewi, A. A. W. T. (2015). Evaluasi Penggunaan Antibiotika Profilaksis Pada klien Operasi Appendisitis Akut di Instalasi Rawat Inap RS Baptis Batu Jawa Timur.
- Doengus,M.E dkk. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan : pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Jakarta:EGC.
- Handaya, Adeodatus Yuda. (2017). Deteksi Dini & Atasi 31 Penyakit Bedah Saluran Cerna (Degrستif). Jogjakarta : Rapha Publishing.
- Hidayatullah, R. M. R. (2014). Efektivitas Antibiotik yang Digunakan pada Pasca Operasi Appendisitis Di RUMKITAL dr . Mintohardjo Jakarta Pusat.
- Hariani, L. (2017). Pola Proses Penyembuhan Luka sekitar melalui analisis ekspresi EGF, VEGF, TGF-beta, kolagen, MMP-1 dan pembuluh kapiler yang diinduksi adiposed derived mesenchymal stem cells pada luka primer. Surabaya: Ilmu Kedokteran Jenjang Doktor Universitas Airlangga.
- Juliansyah Fadilah. (2016) *Pengelolaan Nyeri pada Ny.H pre OperasApendiktomy di RSUP Prof.Dr D. Kandou manado akademi keperawatan ngudi waluyo ungaran*.
- Lisnawati, L., & Lestari, N. S. 2015. Angka kejadian apendiksitis di dunia Care: Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan, 3(1), 1-8.
<https://pusdatin.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-info-datin.html>
- Manurung, S. (2011). Keperawatan Professional.Jakarta : Trans info media.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/ 2011>
- Mardalena, Ida. (2019). Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan.Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Muttaqin,Arif.2011. *Gangguan Gastrointesinal Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*.Jakarta:EGC

- NANDA International. (2013). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*
Edisi 11. Jakarta : EGC.
- Nurarif, Amin Huda dan Hardi Kusuma.(2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan NANDA NIC-NOC Jilid 1*. Yogyakarta
- Nursaman (2015) *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional Medikal Bedah Paraseraman A. Zeithami V.A Valerie. & Malk.*
- Rosdahl, Caroline Bunker & Mary T. Kowalski. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Dasar ed. 10 vol. 5. ; Alih bahasa oleh Setiawan & Anastasia Onny.* Jakarta : EGC
- RSUD Curup (2016) *Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Curup*,Kabupaten Rejang Lebong:RSUD Curup.
- RSUD Curup (2017) *Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Curup*,Kabupaten Rejang Lebong:RSUD Curup.
- RSUD Curup (2018) *Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Curup*,Kabupaten Rejang Lebong:RSUD Curup.
- RSUD Curup (2019) *Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Curup*,Kabupaten Rejang Lebong:RSUD Curup.
- RSUD Curup (2020)*Laporan Tahunan Rumah Sakit Umum Daerah Curup*,Kabupaten Rejang Lebong:RSUD Curup.
- SDKI, DPP & PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta : DPPPNI
- SLKI, DPP & PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta : DPPPNI
- SIKI, DPP & PPNI. (2018). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta : DPPPNI
- Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan: Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sulikhah, N. M. (2014). *Evaluasi Penggunaan Antibiotik Profilaksis Pada Pasein Operasi Apendiktomi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi*. 1–12

Thomas, G. A, Lahuduitan I, Tangkisan.A (2015) post op apendisitis:RSUD manado.

World Health Organization (WHO) 2014. Departwmwnt Of Noncomunicabse Disease Suurvelliance.

Wijaya,A. S., Putri, Y. M. (2013). *KMB Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ria Oktia
N I M : P00320119023
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan *Pre* Dan *Post* Operasi Apendiktomi Di Ruang Rawat Inap Anggrek RSUD Curup

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam Karya Tulis Ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 27 Juli 2022

Yang Menyatakan



Ria Oktia

NIM.P00320119022

BIODATA

Nama : Ria Oktia
Tempat dan tanggal lahir : Kepala Curup, 16 Oktober 2001
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Kepala Curup
Riwayat Pendidikan : 1. SD Negeri 03 Binduriang
2. SMP Negeri 1 Curup Timur
3. SMA Negeri 2 Rejang Lebong



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Ria Oktia
NIM : P0032019022
NAMA PEMBIMBING : Mulyadi, M.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Gangguan Sistem Pencernaan Pre Dan Post
Operasi Apendektomi Di Ruang Anggrek RSUD
Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Kamis 16 Desember 2021	- Konsul Judul KTI - ACC Judul proposal	
2.	Jumat 26 Januari 2022	- Runutkan fenomena kejadian apendiksitis baik secara global,nasional dan internasional - Penulisan dilandasi dari pada petunjuk penulisan LTA	
3	Selasa 02 Februari 2022	- Uraikan dan jelaskan fenomena kejadian apendiksitis secara nasional internasional dan global	
4.	Rabu 10 Februari 2022	- Kembangkan dan kuatkan fenomena kejadian apendiksitis - Tambahkan dampak dari kejadian tersebut	

		- Susun BAB II sesuai dengan penulisan	
5.	Rabu 16 Februari 2022	- Buat konsep asuhan keperawatan secara teoritis dan penulisan dapus diperbaiki	
6.	Jumat 18 Februari 2022	- BAB I ACC - BAB II lengkapi teori asuhan keperawatan	
7.	Senin 22 Februari 2022	- BAB II perbaiki dan jelaskan kronologi pendapat para ahli - Lengkapi persyaratan ujian proposal	
8.	Kamis 25 Februari 2022	- Acc ujian proposal - Buat power poin	
9.	Rabu 21 April 2022	- Acc penelitian ke Rs	
10.	Jumat 15 Juli 2022	- Perbaiki penulisan dan table	
11.	Senin 18 Juli 2022	- BAB III Susun kembali waktu Implementasi - Buat BAB IV	
12.	Rabu 20 Juli 2022	- BAB III Acc - BAB IV tambahkan penjelasan pengkajian dan diagnosa - Buat BAB V	
13.	Jumat 22 Juli 2022	- Pertegas pembahasan di BAB IV - BAB V perbaiki saran	
14.	Senin 25 Juli 2022	- Pertegas BAB IV dan V	

15	Selasa 26 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none">- BAB IV bahas pengkajian antar teori dan di lapangan- Lengkapi persyaratan ujian	
16	Rabu 21 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none">- BAB III,IV,V Acc- Buat power poin dan atur jadwal ujian	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara,S.Kep,M.Kep
NIP.197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Ria Oktia
NIM : P0032019022
NAMA PENGUJI : Almaini,S.Kp.,M.Kes
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Gangguan Sistem Pencernaan Pre Dan Post
Operasi Apendiktomi Di Ruang Rawat Inap
Angrek RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Rabu 20 April 2022	- ACC Untuk ke lapangan/penelitian	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup


Ns. Derison Marsinova Bakara,S.Kep,M.Kep
NIP.197112171991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP**

**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

NAMA MAHASISWA : Ria Oktia
NIM : P0032019022
NAMA PENGUJI : Winike Nopriyanti, S.Kep.Ners
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Gangguan Sistem Pencernaan Pre Dan Post
Operasi Apendiktomi Di Ruang Rawat Inap
Angrek RSUD Curup Tahun 2022

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Rabu 13 April 2022	- Perbaiki S.O.P	
2.	Kamis 14 April 2022	- ACC lanjut ke Lahan	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP.197112171991021001

PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 97 /RSUD – DIKLAT/2022 Curup, 15 Juli 2022
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - Karu Anggrek
Perihal : Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di

RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Program Diploma Tiga Kemenkes Bengkulu Nomor :DM.01.04/081/6/IV/2022 Tanggal 21 April 2022, Perihal Permohonan Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa :

Nama : **RIA OKTIA**
NIM : P00320119022
Prodi : D.III Keperawatan
Tanggal : 08 Juli s.d 14 Juli 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan Pre dan Post Operasi Apendiktomi di ruang Anggrek Di RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.**

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup
Kepala Bagian Administrasi


DWI PRASETYO, SKM
NIP. 197110071992031003



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 97 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di RSUD Curup

Curup, 15 Juli 2022
Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -
Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/081/6/IV/2022 tanggal 21 April 2022, Perihal Surat Pengantar Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : RIA OKTIA
NIM : P0 0320119022
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga
Waktu Penelitian : 08 Juli 2022 S/d 14 Juli 2022
Judul : *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan Pre dan Post Operasi Apendiktomi diruang Anggrek RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.*

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup
Kepala Bagian Administrasi


DWI PRASETYO, SKM
NIP. 19711007 199203 1 003

DOKUMENTASI :



Terapi Teknik Relaksasi
Tarik Nafas Dalam

