

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *APPENDICITIS* DI RUANG SERUNI
RSUD dr.SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

TIARA AYU FADILA

NIM.P17240221013



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN TRENGGALEK
2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN *APPENDICITIS* DI RUANG SERUNI
RSUD dr.SOEDOMO TRENGGALEK**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan Menyelesaikan
program pendidikan Diploma III Keperawatan di Program Studi Keperawatan
Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

TIARA AYU FADILA

NIM.P17240221013



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMEKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN TRENGGALEK**

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Tiara Ayu Fadila
Tempat tanggal lahir : Trenggalek, 10 Juli 2004
Agama : Islam
Alamat : RT/W 11/03 Desa Ngares
Kecamatan Trenggalek, Kabupaten
Trenggalek, Jawa Timur
Handphone : 081252861898
Email : azzahraintan850@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. SKB Kabupaten Trenggalek lulus tahun 2008
2. TK Dharma Wanita Persatuan 1 Ngares lulus tahun 2010
3. SD Negeri 1 Ngares lulus tahun 2016
4. SMP Negeri 3 Trenggalek lulus tahun 2019
5. SMA Negeri 2 Trenggalek lulus tahun 2022
6. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek

Riwayat Organisasi :

1. Anggota Badan Eksekutif Mahasiswa Kementrian Luar Negeri Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode 2024-2025
2. Bendahara UKM Fomatik Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode 2023-2025
3. Anggota UKM KSR Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode 2023-2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Tiara Ayu Fadila

NIM : P17240221013

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Trenggalek, 22 April 2025

Pembimbing



Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901201

Yang membuat pernyataan



Tiara Ayu Fadila
NIM : P17240221013

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Tiara Ayu Fadila (P17240221013) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni
RSUD dr.Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan

Trenggalek, 22 April 2025

Pembimbing



Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Tiara Ayu Fadila (P17240221013) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Klien Appendicitis di Ruang Seruni RSUD dr.
Soedomo Trenggalek”**, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 8 Mei
2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Edi Yuswantoro.,S.Kep., M.Kep
NIP. 197706042005011013

Anggota Penguji



Ns.Ixora.,S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901201

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197608102002122001

MOTTO

“AKU PASTI BISA SUKSES”

Belajarliah dari kekurangan, kesalahan dan kekalahan, terus berusahalah jadi yang terbaik dan jangan pantang menyerah!!

Jangan takut mencoba hal baru, karena takut berasal dari ketidaktahuan.

Jangan malu dan gengsi bekerja keras untuk masa depan

“AYO SUKSES DAN BISA PUNYA BANYAK CUAN”

~tiara

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim.....

Alhamdulillah sujud syukur ku persembahkan kepada-Mu Ya Allah. Maha Suci Engkau yang telah memberikan hamba kekuatan untuk bertahan dan terus berjuang menggapai cita-cita, masa depan demi orang-orang tercinta. Tidak terasa tugas akhir ini dapat terselesaikan tepat waktu. Semoga keberhasilan tugas akhir ini menjadi satu langkah awal untuk masa depan dan impianku. Shalawat dan salam selalu ku limpahkan kepada Baginda Rasulullah Muhammad SAW.

Dengan ini karya sederhana ini ku persembahkan untuk.....

Untuk Ayah dan Ibuku

Ku ucapkan terima kasih, apa yang aku dapatkan saat ini tidak mampu membayar semua yang telah kalian berikan untukku. Terima kasih untuk doa yang telah senantiasa selalu engkau panjatkan untukku. Terima kasih, semoga semua perjuanganmu dapat terbayarkan melalui anak-anakmu dan semoga ini menjadi langkah awalku untuk membahagiakan kedua orang tuaku serta langkah menuju masa depanku yang cerah, sukses, dan lebih baik.

Untuk Bapak/Ibu Dosen dan seluruh staff karyawan D3 Kampus Kab.

Trenggalek

Saya ucapkan terima kasih, yang selama ini telah tulus dan ikhlas memberikan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada nilai dan harganya, agar kelak saya dapat menjadi manusia yang lebih baik dan bermanfaat. Terima kasih atas ilmu yang telah kalian berikan, semoga ilmu yang saya dapatkan dapat bermanfaat bagi orang banyak diluar sana.

Aamiin.....

Untuk Sahabat-Sahabatku

Teruntuk teman-temanku Putri, Safira, Mifrokhah, Ajeng, Septi, Titis dan Salsa. Terima kasih sudah membantu dan mendukungku semoga kalian sehat dan sukses kedepannya, tak lupa terima kasih kepada teman-teman seangkatanku semangat dan sehat selalu aamin....

Untuk D

Thank you for being the number one person in my life, who is always at the forefront when I am in trouble, always believes in me, always there in good times and bad, helps me in any way, and gives me endless support. All happiness, blessings, and success to you.

Untuk Diriku Sendiri

Terimakasih sudah bertahan sampai saat ini.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr.Soedomo Trenggalek”** sesuai waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan melaksanakan penelitian.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

1. Dr. Moh Wildan, A.Per.Pen., M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. dr. Mokh. Rofiq Hindiono,M.M.R.S., selaku Direktur RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek
4. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes.
5. Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
6. Ns. Edi Yuswanto, S.Kep., M.Kep., selaku penguji yang telah memberikan saran dan revisi dalam penyempurnaan penyusunan Karya Tulis Ilmiah

7. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
8. Seluruh teman – teman yang telah memberikan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati saran dan kritik yang konstruktif sangat peneliti harapkan demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Demikian Karya Tulis Ilmiah ini, semoga dapat bermanfaat dan menambah wawasan bagi pembaca.

Trenggalek, 22 April 2025

Penulis

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
PRODI D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK

ABSTRAK

TIARA AYU FADILA

Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan *Appendicitis* Di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Appendicitis merupakan peradangan yang disebabkan adanya infeksi pada usus buntu. Keterlambatan penanganan akan menimbulkan komplikasi seperti *perforasi*, *peritonitis*, bahkan dapat menyebabkan kematian. Tujuan penelitian adalah memberikan asuhan keperawatan klien dengan *Appendicitis* dan menganalisa adanya kesenjangan asuhan keperawatan pada klien.

Desain penelitian yang digunakan deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Metode penelitian ini digunakan untuk memecahkan masalah dan menjawab berbagai permasalahan kesehatan. Peneliti menggunakan rancangan studi kasus bertujuan memberikan Asuhan Keperawatan pada Klien Dengan *Appendicitis* secara komprehensif. Metode pengumpulan data yang digunakan berupa wawancara, pemeriksaan dan studi dokumentasi.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan kesenjangan. Kesenjangan pada pola tidur, pemeriksaan ekstremitas dan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan pre-operasi yang muncul nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Diagnosa keperawatan post-operasi yang muncul nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik, ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi. Intervensi yang digunakan sesuai teori yang telah disusun. Implementasi menyesuaikan dengan kondisi klien. Evaluasi dilakukan selama tiga hari menggunakan SOAP.

Jadi pada klien dengan *Appendicitis* hanya memerlukan waktu yang singkat di rumah sakit, namun pada saat dirumah diperlukan perawatan insentif dan berkelanjutan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, *Appendicitis*, Klien

**POLTEKKES KEMENKES MALANG PROGRAM DIII NURSING
TRENGGALEK**

ABSTRACT

TIARA AYU FADILA

***Nursing Care of Clients with Appendicitis in the Seruni Room of Hospital
dr. Soedomo Trenggalek***

Appendicitis is an inflammation caused by infection in the appendix. Delayed treatment will cause complications such as perforation, peritonitis, and can even cause death. The purpose of the study was to provide nursing care for clients with Appendicitis and analyze gaps in nursing care for clients.

The research design used was descriptive qualitative with a case study approach. This research method is used to solve problems and answer various health problems. Researchers used a case study design aimed at providing comprehensive Nursing Care for Clients with Appendicitis. Data collection methods used were interviews, examinations and documentation studies.

Based on the results of the study, gaps were found. Gaps in sleep patterns, examination of the extremities and nursing diagnoses. Pre-operative nursing diagnoses that appear acute pain are related to physiological injury agents, Anxiety is related to fear of failure. Post-operative nursing diagnoses that appear acute pain are related to physical injury agents, risk of infection is related to the effects of invasive procedures, damage to skin integrity is related to physical injury agents, anxiety is related to lack of exposure to information. The interventions used are in accordance with the theory that has been formulated. Implementation is adjusted to the client's condition. Evaluation is carried out for three days using SOAP.

So clients with Appendicitis only need a short time in the hospital, but at home, incentive and ongoing care is needed.

Keywords: Nursing Care, Appendicitis, Client

DAFTAR ISI

COVER	i
CURICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PEESETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
MOTTO.....	vi
PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK.....	xi
<i>ABSTRACT</i>.....	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR.....	xviii
DAFTAR ISTILAH.....	xix
DAFTAR SINGKATAN	xxiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum.....	5
1.4.2 Tujuan Khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	6
1.5.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi <i>Appendicitis</i>	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi <i>Appendicitis</i>	9
2.1.3 Klasifikasi <i>Appendicitis</i>	10
2.1.4 Etiologi <i>Appendicitis</i>	11

2.1.5	Manifestasi Klinis <i>Appendicitis</i>	11
2.1.6	Pemeriksaan Penunjang.....	12
2.2	Patofisiologi <i>Appendicitis</i>	14
2.2.1	Skema Pathway <i>Appendicitis</i>	14
2.2.2	Uraian Pathway <i>Appendicitis</i>	16
2.3	Komplikasi <i>Appendicitis</i>	17
2.4	Penatalaksanaan Penyakit <i>Appendicitis</i>	18
2.5	Konsep Asuhan Keperawatan <i>Appendicitis</i>	20
2.5.1	Pengkajian Keperawatan	20
2.5.2	Diagnosa Keperawatan.....	39
2.5.3	Rencana Keperawatan	58
2.5.4	Implementasi Keperawatan	67
2.5.5	Evaluasi	68
BAB III METODE PENELITIAN		71
3.1	Desain Penelitian	71
3.2	Batasan Istilah.....	71
3.3	Partisipan	72
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	72
3.4.1	Lokasi Penelitian	72
3.4.2	Waktu Pelaksanaan.....	72
3.5	Pengumpulan Data.....	72
3.5.1	Tahap Persiapan.....	73
3.5.2	Tahap Pelaksanaan	76
3.6	Uji Keabsahan Data	76
3.6.1	Derajat Kepercayaan (<i>Credibility</i>).....	76
3.6.2	Keteralihan (<i>Transferbility</i>).....	77
3.6.3	Kebergantungan (<i>Dependability</i>).....	77
3.6.4	Kepastian (<i>Confirmability</i>).....	77
3.7	Analisa Data.....	77
3.8	Etik Penelitian.....	78
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....		79
4.1	Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	79
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	79
4.1.2	Pengkajian	80

4.1.3	Analisa data	91
4.1.4	Diagnosa Keperawatan	92
4.1.5	Intervensi Keperawatan	95
4.1.6	Implementasi Keperawatan	102
4.1.7	Evaluasi	104
4.1.8	Catatan Perkembangan	106
4.1.9	Hasil Analis Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	124
4.2	Pembahasan	144
BAB V PENUTUP.....		150
5.1	Simpulan.....	150
5.2	Saran	152
DAFTAR PUSTAKA		154

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Formulir Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah.....	159
Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing.....	160
Lampiran 3 Lembar Konsultasi Penguji.....	163
Lampiran 4 Lembar Persetujuan (Inform Consent).....	165
Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	166
Lampiran 6 Surat Izin Penelitian Akademik	167
Lampiran 7 Surat Izin Penelitian Rumah Sakit	168
Lampiran 8 Lembar Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah	169

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Pemeriksaan Appendiks	13
Tabel 2. 2 Rencana Keperawatan Pre Operasi Appendicitis	58
Tabel 2. 3 Rencana Keperawatan Post Operasi Appendicitis.....	61
Tabel 4. 1 Pengkajian	80
Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit.....	80
Tabel 4. 3 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	83
Tabel 4. 4 Riwayat Psikososial.....	84
Tabel 4. 5 Pemeriksaan Fisik.....	85
Tabel 4. 6 Pemeriksaan Penunjang.....	89
Tabel 4. 7 Penatalaksanaan Terapi	90
Tabel 4. 8 Analisa Data	91
Tabel 4. 9 Diagnosa Keperawatan.....	92
Tabel 4. 10 Intervensi Keperawatan.....	95
Tabel 4. 11 Implementasi Keperawatan	102
Tabel 4. 12 Evaluasi Keperawatan	104
Tabel 4. 13 Catatan Perkembangan	106
Tabel 4. 14 Hasil Analisa Kualitatif Asuhan Keperawatan.....	124

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 <i>Appendiks</i> normal (a) dan <i>appendiks</i> yang terinfeksi (b)	9
Gambar 2. 2 Patofisiologi <i>Apendicitis</i>	15

DAFTAR ISTILAH

Abses	: Kantong sempit berisi nanah yang berkumpul di jaringan,organ.
Abses subfrenikus	: Penyakit yang terjadi ketika cairan terinfeksi menumpuk di bawah diafragma, di antara hati dan limpa.
Abdomen	: Perut
Akut	: Penyakit yang terjadi secara mendadak
Anoreksia	: Gangguan makan yang menyebabkan seseorang terobsesi dengan berat badan
Anestesi	: Tindakan medis yang membuat pasien tidak merasakan nyeri selama menjalani prosedur medis atau pembedahan
Appendicitis	: Appendiks yang mengalami peradangan
Appendiks	: Bagian dari usus besar yang menyerupai jari
Appendiktomi	: Tindakan pembedahan dengan memotong appendiks
Auskultasi	: Pemeriksaan fisik dengan cara mendengarkan
<i>Bacterodes fragililis</i>	: Bakteri anaerobic,gram negative
Blumbeng Sign	: Tanda klinis yang menunjukkan adanya nyeri saat tekanan dilepaskan dari perut
Ditraksi	: Teknik untuk mengalihkan perhatian pasien dari nyeri yang dirasakan
Distensi	: Kondisi ketika bagian tubuh membesar atau mengembang akibat tekanan internal
Dolor	: Rasa nyeri yang terjadi pada area yang mengalami infeksi atau peradangan

Entamoeba	: Protozoa parasit bagian dari genus entamoeba
Epigastrium	: Bagian perut yang terletak di tengah atas, tepatnya di bawah tulang dada dan di atas pusar
Eliminasi alvi	: Proses pembuangan sisa metabolisme tubuh berupa feses melalui anus
Fekalit	: Feses yang keras
Fibrosis	: Pembentukan jaringan fibrosa
Fungsiolisa	: Perubahan fungsi dari jaringan yang infeksi
Gastrointestinal	: Saluran Pencernaan
Hipertermia	: Kondisi ketika suhu tubuh meningkat di atas normal
Hyperplasia	: Peningkatan abnormal jumlah sel
Holistic	: Cara pandang yang menyeluruh
Hypoxia	: Kondisi di mana kadar oksigen di dalam jaringan tubuh menurun.
Infeksi	: Penyakit yang disebabkan oleh mikroorganisme
Inflamasi	: Reaksi kekebalan alami yang dimiliki tubuh untuk melawan mikroorganisme jahat
Inspeksi	: Pemeriksaan fisik dengan cara melihat
Intraluminal	: Sesuatu yang terjadi di dalam lumen atau saluran
Intervensi	: Rencana tindakan
Implementasi	: Tindakan
Kalor	: Rasa panas pada daerah yang mengalami infeksi
Katup ileocaecal	: Jalan antara usus besar dan usus kecil
Kronis	: Penyakit yang sudah lama diderita dan kompleks

Komplikasi	: Penyakit gabungan dari beberapa penyakit berat yang ada pada tubuh manusia
Komprehensif	: Bersifat mampu menangkap(menerima)dengan baik
Konstipasi	: Frekuensi buang air besar yang lebih sedikit dari biasanya
Limfoid	: Sel darah putih atau jaringan tempat sel darah putih berkembang
Malaise	: Perasaan lemah, letih, dan lesu, atau ketidaknyamanan secara menyeluruh
Mobilisasi	: Gerak yang mudah
Mukosa	: Lapisan basah yang berkontak dengan lingkungan eksternal yang terdapat pada saluran pencernaan.
Obstruksi	: Penyumbatan
Oedem	: Pembengkakan pada jaringan tubuh akibat penumpukan cairan
Pasca	: Sesudah
Perforasi	: Lubang atau luka pada dinding organ tubuh
Peristaltic	: Gerakan otot yang berkontraksi untuk mendorong makanan
Peritonitis	: Peradangan atau infeksi pada peritoneum, yaitu jaringan tipis yang melapisi dinding dalam perut dan menutupi sebagian besar organ di perut
Palpasi	: Pemeriksaan fisik dengan cara meraba
Perkusi	: Pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk
Pre	: Sebelum
Post	: Sesudah

Proksimal	: Titik perlekatan pada tubuh
Rubor	: Kemerahan yang terjadi pada area tubuh yang mengalami peradangan atau inflamasi
Rektal	: Bagian bawah usus besar yang berfungsi untuk menyimpan tinja sebelum dikeluarkan melalui anus
Sekresi	: Kelenjar tubuh yang berbentuk cairan
Sepsis	: Respons tubuh yang berlebihan terhadap infeksi, yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan, kegagalan organ, dan bahkan kematian
Swelling	: Pembengkakan
Tromboflebitis	: Pembuluh vena mengalami peradangan akibat pembentukan gumpalan darah
Tumor	: Pertumbuhan sel yang tidak terkendali
Tonu	: Kontraksi otot yang selalu dipertahankan otot pada saat bergerak
Ulkus	: Kata lain dari luka
Ulserasi	: Pembentukan luka terbuka
Waterproof	: Kedap air, tahan air

DAFTAR SINGKATAN

ASEAN	: Association of South East Nations
DEPKES RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DINKES	: Dinas Kesehatan
IV	: Intra Vena
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SKRT	: Survey Kesehatan Rumah Tangga
WHO	: World Health Organization
WBC	: White Blood Cell
CT-SCAN	: Computerized Tomography Scanner
GALT	: Gut Associated Lymphoid Tissue
NIC	: Nursing Interventions Classification
NOC	: Nursing Outcome Classification
USG	: Ultrasonografi
O ₂	: Oksigen
IMT	: Indeks Masa Tubuh
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan proses pelayanan kesehatan yang meliputi pengkajian, menentukan diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi. Asuhan keperawatan merupakan tindakan perawatan dalam memberikan pelayanan kesehatan secara kolaboratif yang bekerjasama dengan tim medis lainnya. Hal ini dilakukan untuk mewujudkan asuhan keperawatan yang Holistic dan menyeluruh serta menjadi tanggung jawab perawat dalam tatanan pelayanan (Berutu, 2020). Asuhan keperawatan diberikan kepada pasien yang menjalani operasi peradangan pada *appendiksnya*. *Appendicitis* merupakan infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya, antara lain sumbatan lumen *appendiks*, *hyperplasia* jaringan limfoid, tumor *appendiks*, cacing askaris, erosi mukosa *appendiks*, pola makan serat rendah mengakibatkan konstipasi serta timbulnya *appendicitis* (Arifuddin, 2017). *Appendicitis* didefinisikan sebagai peradangan pada *appendiks vermiformis* (kantong cacing) yang merupakan darurat bedah paling umum pada anak-anak dan dewasa muda dengan nyeri perut (Kheru, 2022). Salah satu ciri khas tanda gejala *appendicitis* yaitu rasa nyeri di perut, yang dikenal sebagai kolik abdomen. Nyeri ini biasanya dimulai di sekitar pusar, lalu berpindah perlahan ke bagian kanan bawah perut. Lokasi nyeri ini bisa berbeda-beda pada setiap individu, tergantung pada usia dan posisi usus buntu dalam tubuh (Sari, 2023). Komplikasi *appendicitis* berupa: *peritonitis*, *tromboflebitis* *supuratif* dari

sistem portal, *abses subfrenikus* dan *fokal sepsintraabdominal*, *obstruksi Intestinal* (Awaluddin, 2020). Agar terhindar dari komplikasi *appendicitis* maka diperlukan tindakan operasi *apendiktomi*. *Apendiktomi* merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah *ablative* dengan melakukan pengangkatan pada bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit (Tusyanawati, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa, pada tahun 2022 menunjukkan insiden *appendicitis* didunia tahun 2021 mencapai 7% dari keseluruhan jumlah penduduk dunia. Sedangkan di asia insiden *appendicitis* pada tahun 2022 yakni 2,6 % penduduk dari total populasi. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (KEMENKES), prevalensi *appendicitis* di Indonesia yakni 65.755 kasus *appendicitis* pada tahun 2021, 75.601 pada tahun 2022 dan Indonesia menduduki peringkat ke 4 pada tahun 2021 dengan 28.040 klien rawat inap. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah klien *appendicitis* dari tahun ke tahun mengalami peningkatan (Tuasamu, 2022). Pada penelitian Nurlina (2020) angka kejadian *appendicitis* pada tahun 2020 di Jawa Timur sebanyak 5.980 penderita dan penderita diantaranya menyebabkan kematian. Data yang didapatkan dari Rekam Medik RSUD dr. Soedomo Trenggalek, kasus *appendicitis* di Ruang Seruni pada tahun 2024 sebanyak 135 klien. Pada tahun 2025 bulan Januari - Maret di Ruang Seruni tercatat sebanyak 21 klien yang menderita *appendicitis*.

Menurut Nurhayati (2016) mengatakan bahwa pola makan yang kurang serat menyebabkan *appendicitis*, selain itu bahan makanan yang dikonsumsi dan cara pengolahan serta waktu makan yang tidak teratur sehingga hal ini dapat

menyebabkan *appendicitis*. kebiasaan pola makan yang kurang dalam mengonsumsi serat yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional *appendiks* dan meningkatkan pertumbuhan kuman, sehingga terjadi peradangan pada *appendiks* (Arifuddin, 2017). Pada kasus *appendicitis*, bila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bisa pecah. Dalam mengatasi masalah ini, perlu dilakukan pembedahan. *Apendiktomi* memberikan efek samping salah satunya klien merasakan rasa nyeri, nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Dewi, 2020). *Appendicitis* mempunyai tanda seperti *dolor*, *kalor*, *rubor*, *tumor* dan *functiolisa* yang menyebabkan peningkatan sekresi mukus pada lumen apendiks sehingga mengalami peradangan (Haryono, 2012). *Appendicitis* memiliki potensi untuk terjadinya komplikasi parah jika tidak segera diobati, seperti perforasi atau sepsis, dan bahkan dapat menyebabkan kematian (Prihwanto, 2017)

Pada kasus *appendicitis* harus segera dilakukan tindakan secepat mungkin dan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yaitu dengan mengatasi nyerinya terlebih dahulu. Tindakan yang paling dianjurkan untuk menghilangkan nyeri tersebut yaitu dengan dilakukannya pembedahan *appendiktomi* sesegera mungkin untuk memperkecil resiko terjadinya komplikasi. Untuk kasus *appendicitis* akut harus segera dilaksanakan operasi dalam waktu 48 jam setelah di diagnosa. Klien harus di observasi, istirahat dalam posisi fowler, diberikan antibiotik dan diberikan makanan yang tidak

merangsang peristaltic (Amin & Hardhi, 2015). Sebelum dilakukannya pembedahan *appendiktomi*, untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita klien tersebut yaitu dengan cara menghambat impuls nyeri ke saraf pusat seperti dengan teknik non farmakologi *distraksi* yaitu pengalihan perhatian terhadap nyeri ke stimulus yang lain seperti mendengarkan musik dan Penanganan nyeri melalui teknik *relaksasi* yaitu meliputi melatih nafas dalam, memberikan posisi yang nyaman, menganjurkan klien untuk mengurangi aktifitas. Penanganan nyeri juga dapat dilakukan dengan teknik farmakologi yaitu dengan melakukan kolaborasi dengan dokter terkait pemberian cairan IV, obat analgesic dan juga antibiotic (C.Smeltzer & G.Bare, 2013). Selain memberikan asuhan keperawatan kepada klien yang meliputi pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi serta evaluasi keperawatan, peranan perawat di rumah sakit juga sebagai pendidik yang memberikan pendidikan kesehatan berupa penyuluhan tentang adanya gangguan pada *appendicitis* untuk mencegah terjadinya komplikasi (Nugraha, 2018) Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Appendicitis* Di Ruang Seruni RSUD dr.Soedomo Trenggalek.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah adalah ruang lingkup masalah atau upaya membatasi ruang lingkup masalah yang terlalu luas atau lebar sehingga penelitian lebih fokus dilakukan. Batasan masalah pada studi kasus ini dibatasi pada asuhan keperawatan pada klien *appendicitis* dengan indikasi *apendiktomi* baik pre

maupun post operasi tanpa komplikasi minimal rawat inap 3 hari di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah merupakan suatu kalimat pertanyaan yang di susun berdasarkan adanya masalah tersebut dan akan dicarikan jawabannya melalui pengumpulan data dalam suatu proses penelitian. Berdasarkan latar belakang masalah diatas, penulis dapat merumuskan masalah sebagai berikut: Bagaimana asuhan keperawatan pada klien yang mengalami *appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh pada klien dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada klien dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 2) Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi pada klien dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

- 6) Menganalisa kesenjangan antara teori yang ada dengan fakta yang terjadi pada klien dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam meningkatkan ilmu keperawatan terutama ilmu keperawatan medikal bedah yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pada klien dengan *appendicitis*.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek layanan keperawatan khususnya pada klien dengan *appendicitis*.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam memberikan asuhan keperawatan serta dalam melakukan proses keperawatan terutama pada klien yang berhubungan dengan *appendicitis*, serta dapat berguna sebagai dokumentasi dan bahan bacaan juga bahan referensi guna menambah wawasan mahasiswa Program Diploma Keperawatan.

3) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini sebagai bahan dalam meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan serta keterampilan mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan *Appendicitis*.

4) Bagi Klien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna dalam memberikan informasi dan masukan serta memotivasi untuk kesembuhan klien dengan *Appendicitis*.

5) Bagi Penelitian Yang Akan Datang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi serta memperkaya ilmu dan dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti yang akan datang dengan variabel yang berbeda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi *Appendicitis*

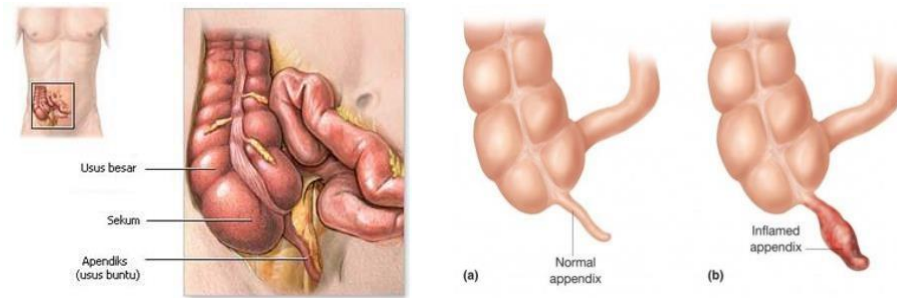
Appendicitis adalah infeksi pada usus buntu atau dalam bahasa latinnya *appendiks vermitormis*, yaitu suatu organ yang memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya, 2017)

Menurut Wim de jounge et al dalam (Hariyanto & Sulistyowati, 2015), *appendicitis* merupakan suatu proses peradangan yang disebabkan karena adanya infeksi pada usus buntu atau yang sering disebut apendiks. Infeksi ini dapat menyebabkan komplikasi apabila tidak segera mendapatkan tindakan bedah segera untuk penanganannya.

Appendicitis merupakan infeksi pada *appendiks* yang disebabkan karena adanya fekalit (massa keras dari feses), *hyperplasia* (pembesaran) jaringan limfa, tumor apendiks atau adanya bakteri yang menginfeksi area apendiks, benda asing, sumbatan lumen *appendiks*, struktur akibat *fibrosis* karena adanya peradangan sebelumnya (Nurarif & Kusuma, 2015).

Apendiktomi adalah tindakan pembedahan untuk mengangkat apendiks yang dilakukan untuk menurunkan risiko perforasi (Fransisca, 2019). *Apendiktomi* adalah pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau menghilangkan atau mengangkat usus buntu yang sudah terinfeksi (Wainsani & Khoiriyah, 2020)

2.1.2 Anatomi Fisiologi *Appendicitis*



Gambar 2. 1Appendiks normal (a) dan appendiks yang terinfeksi (b)

1) Anatomi *Appendicitis*

Appendiks Vermiformis atau yang sering disebut *appendiks* adalah organ berbentuk tabung dan sempit yang mempunyai otot dan banyak mengandung jaringan limfoid. Panjang *appendiks vermiformis* bervariasi dari 3-5 inci (8-13 cm). Dasarnya melekat pada permukaan aspek *posteromedial caecum*, 2,5 cm dibawah *juncture iliocaecal* dengan lainnya bebas. Lumennya melebur di bagian distal dan menyempit dibagian proksimal (Dillan, 2022) *Appendiks* merupakan struktur dengan ujung tertutup yang pada bagian alam dilapisi oleh mukosa tipe kolon, dikelilingi oleh submukosa dan selubung otot. Mukosa *appendiks* pada anak-anak dan dewasa muda mengandung banyak *folikel limfoid*. Pada usia lebih tua, lumen *appendiks* mengalami obliterasi akibat fibrosis. *Appendiks* pertama kali tampak saat perkembangan embriologi minggu ke delapan yaitu bagian ujung dari protuberans sekum. Pada saat antenatal dan postnatal, pertumbuhan dari sekum yang berlebih akan menjadi *appendiks* yang akan berpindah dari medial menuju katup ileocaecal.

2) Fisiologis *Appendicitis*

Appendiks menghasilkan lendir sebanyak 1-2 ml per hari. Normalnya lendir itu di curahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara *appendiks* tampaknya berperan pada *pathogenesis appendicitis*.

Immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (*gut associated lymphoid tissue*) yang terdapat di sepanjang saluran cerna, termasuk *appendiks*. Immunoglobulin itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan *apendiks* tidak memengaruhi system imun tubuh karena jumlah jaringan limfe disisni sedikit sekali jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan di seluruh tubuh. (Sjamsuhidajat, 2004)

2.1.3 Klasifikasi *Appendicitis*

Menurut Hariyanto & Sulistyowati (2015), Klasifikasi *Appendicitis* terbagi menjadi 3 yaitu:

- 1) *Appendicitis* akut merupakan peradangan pada apendik atau umbai cacing dengan tanda radang pada daerah sekitar yang bersifat terlokalisasi, baik disertai rangsangan peritoneum lokal maupun tanpa penyerta.
- 2) *Appendicitis rekens* adalah peradangan pada *appendiks* karena adanya fibrosis dari riwayat apendiktomi yang sembuh spontan memunculkan

rasa nyeri di perut kanan bawah yang mendorong perlu dilakukannya *appendiktomi*.

- 3) *Appendicitis kronis* memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik *appendiks* secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh di dinding *appendiks*, sumbatan parsial atau lumen *appendiks*, adanya jaringan parut, dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan hilang setelah *appendiktomi* (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

2.1.4 Etiologi *Appendicitis*

Penyebab terjadinya *appendicitis* menurut Hariyanto & Sulistyowati (2015) disebabkan oleh beberapa factor sebagai berikut, diantaranya :

- 1) Hiperplasia jaringan
- 2) Fekalit
- 3) Tumor apendiks
- 4) Cacing aksaris yang menyumbat
- 5) Benda asing yang menyumbat

2.1.5 Manifestasi Klinis *Appendicitis*

Menurut Handaya (2017) beberapa manifestasi klinis yang sering muncul pada apendisitis antara lain sebagai berikut :

- 1) Nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilicus atau periumbilikus. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri beralih ke kuadran kanan bawah ke titik Mc Burney (terletak diantara

pertengahan umbilikus dan spina anterior ileum) nyeri terasa lebih tajam.

- 2) Bisa disertai nyeri seluruh perut apabila sudah terjadi peritonitis karena kebocoran apendiks dan meluasnya peritonitis dalam rongga abdomen
- 3) Mual
- 4) Muntah
- 5) Nafsu makan menurun
- 6) Konstipasi
- 7) Demam

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan sel darah putih (Leukosit) hingga $10.000 - 18.000/\text{mm}^3$.

Jika terjadi peningkatan yang lebih, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi.

- 2) Pemeriksaan Radiologi

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

- b) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan untuk menilai inflamasi dari apendiks

- c) CT – Scan

Pemeriksaan CT – Scan pada abdomen untuk mendeteksi apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.

d) C – Reactive Protein (CRP)

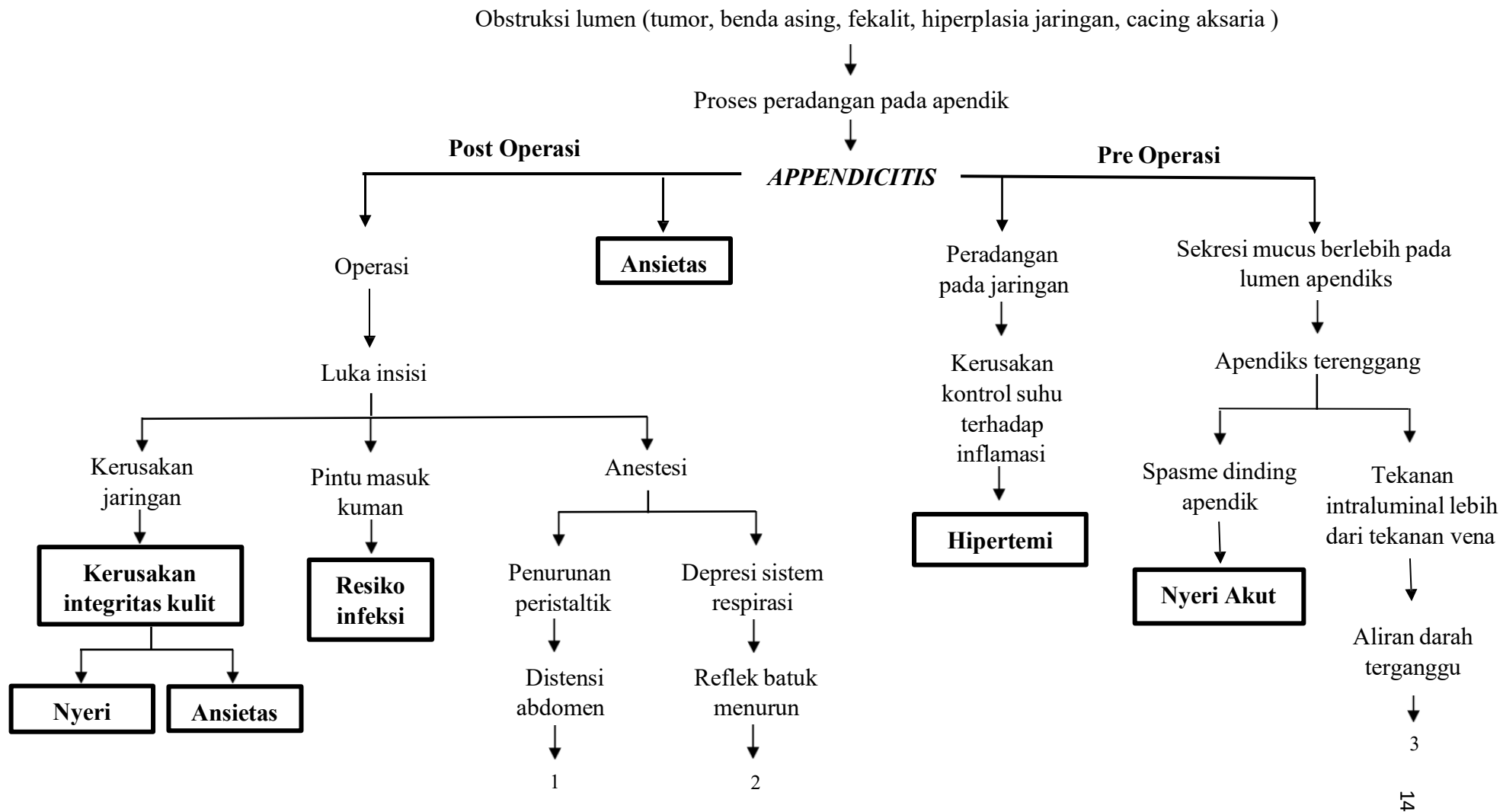
C – Reactive Protein (CRP) adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada apendisitis didapatkan peningkatan kadar CRP. (Muttaqin, et al., 2011).

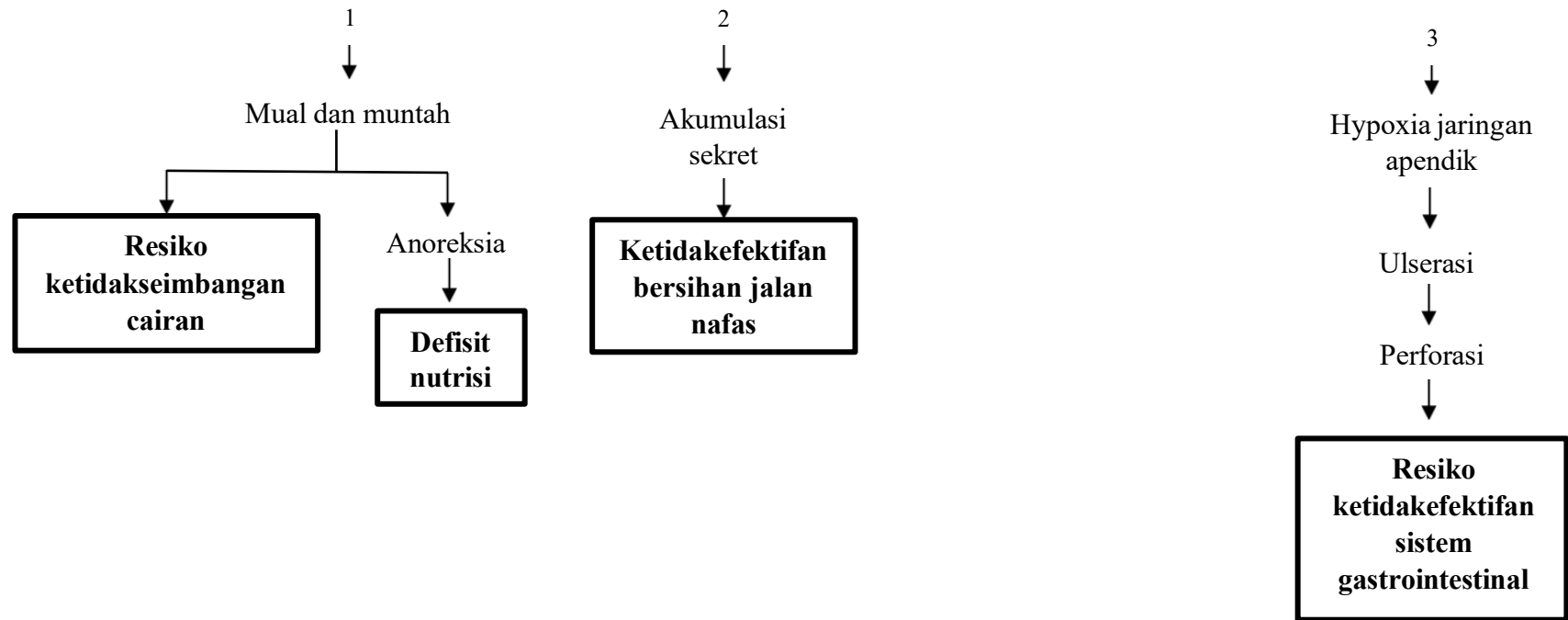
Tabel 2. 1 Pemeriksaan Appendiks

Nama pemeriksaan	Tanda dan gejala
<i>Rosving's sign</i>	Positif jika dilakukan palpasi dengan tekanan pada kuadran kiri bawah dan timbul nyeri pada sisi kanan.
<i>Psoas sign</i> atau <i>Obraztsova's sign</i>	Klien dibaringkan pada sisi kiri, kemudian dilakukan ekstensi dari panggul kanan. Positif jika timbul nyeri pada kanan bawah.
<i>Obturator sign</i>	Pada klien dilakukan fleksi panggul dan dilakukan rotasi internal pada panggul. Positif jika timbul nyeri pada hipogastrium atau vagina.
<i>Dunphy's sign</i>	Pertambahan nyeri pada tertis kanan bawah dengan batuk.
<i>Ten Horn sign</i>	Nyeri yang timbul saat dilakukan traksi lembut pada <i>korda spermatic</i> kanan.
<i>Kocher (Rosenstein)'s sign</i>	Nyeri pada awalnya pada daerah epigastrium atau sekitar pusat, kemudian berpindah ke kuadran kanan bawah.
<i>Sitkovskiy (Rosenstein)'s sign</i>	Nyeri yang semakin bertambah pada perut kuadran kanan bawah saat klien dibaringkan pada sisi kiri
<i>Aure-Rozanova's sign</i>	Bertambahnya nyeri dengan jari pada <i>petit triangle</i> kanan (akan positif Shchetkin-Bloomberg's sign)
<i>Blumberg sign</i>	Disebut juga dengan nyeri lepas. Palpasi pada kuadran kanan bawah kemudian dilepaskan tiba-tiba.

2.2 Patofisiologi Appendicitis

2.2.1 Skema Pathway Appendicitis





Gambar 2. 2 Patofisiologi *Apendicitis*

Sumber : (Hariyanto & Sulistyowati, 2015)

2.2.2 Uraian Pathway *Appendicitis*

Appendicitis disebabkan oleh obstruksi lumen, benda asing, fekalit, dan lain-lain sehingga hal ini menyebabkan peradangan pada *apendiks*, apabila hal ini tidak segera diatasi maka akan menyebabkan *Appendicitis*. Saat sebelum dilakukan operasi (pre-operasi) peradangan yang mengenai jaringan *apendiks* akan menyebabkan kontrol suhu terhadap inflamasi akan mengalami kerusakan sehingga akan muncul reaksi peradangan seperti panas atau hipertemia. Peradangan yang terus berlanjut akan meningkatkan secret mucus pada lumen *apendiks* karena mucus yang diproduksi mengalami bendungan, sehingga akan terjadi peregangan pada *apendiks* yang dapat memicu terjadinya spasme pada dinding *apendiks* yang dapat mengganggu aliran darah di *gastrointestinal*, apabila aliran darah ini terganggu oksigen yang digunakan untuk metabolisme akan mengalami kekurangan sehingga terjadi metabolisme anaerob dan terjadilah nyeri akut. Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan meningkat, namun elastisitas dinding *apendiks* mengalami keterbatasan sehingga terjadi peningkatan intraluminal, dimana berkurangnya aliran darah sehingga akan terjadi hypoxia. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang dapat mengakibatkan oedem dan ulserasi mukosa, obstruksi lumen, oedem yang terus berlanjut dan bakteri yang terus bertambah akan menembus dinding *apendiks* sehingga *apendiks* mengalami perforasi dan akan muncul gangguan ketidakefektifan perfusi *gastrointestinal*. *Appendicitis* yang disebabkan oleh masuknya benda asing dan fekalit yang masuk ke dalam kantong *apendiks*, sehingga

suplai darah berkurang bahkan bisa terjadi perforasi yang merupakan keadaan gawat darurat yang perlu dilakukan pertolongan segera, yaitu dengan tindakan operasi. Saat setelah dilakukan operasi (post-operasi) memicu kecemasan atau ansietas dikarenakan kurangnya informasi tindakan, selain cemas tindakan pembedahan ini akan menimbulkan luka yang terjadi kerusakan pada jaringan karena terputusnya ujung syaraf sehingga menimbulkan kerusakan integritas jaringan dan nyeri. Dari luka insisi tersebut perlu diperhatikan lagi karena bisa menjadi pintu masuk bagi kuman dan beresiko terkena infeksi. Selain luka insisi ada hal lain yang perlu diperhatikan juga yaitu anestesi. Efek dari anestesi ini akan menurunkan peristaltic usus dan distensi abdomen. Distensi ini dapat menyebabkan mual muntah. Mual muntah ini memiliki efek pada nafsu makan, apabila penurunan nafsu makan tidak segera ditangani makan akan menyebabkan ketidakseimbangan nutrisi pada tubuh dan mengalami resiko ketidakseimbangan cairan. Efek dari anestesi ini juga menimbulkan depresi pada sistem respirasi dimana reflek batuk akan menurun sehingga akan terjadi akumulasi sekret dan akan menyebabkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

2.3 Komplikasi *Appendicitis*

Menurut Rahmawati (2018) komplikasi yang terjadi pada *Appendicitis*, yaitu :

1) Perforasi

Perforasi berupa massa yang terdiri dari kumpulan apendiks, sekum, dan letak usus halus. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu

39,5°C tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis meningkat akibat perforasi dan pembentukan abses.

2) Peritonitis

Peritonitis yaitu infeksi pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi 39°C – 40°C menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang jarang.

2.4 Penatalaksanaan Penyakit *Appendicitis*

Penatalaksanaan medis pada *apendicitis* menurut Hidayat (2020) meliputi :

1) Sebelum operasi (Pre Operasi)

a) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala *apendicitis* sering kali 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.

b) Pemberian 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) (Sulikah, 2014).

2) Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah apendiktomi. Apendiktomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang apendiks. Indikasi dilakukannya operasi apendiktomi yaitu bila diagnosa *apendicitis* telah ditegakkan berdasarkan gejala klinis. Pada keadaan yang meragukan diperlukan pemeriksaan penunjang USG atau CT scan.

Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anastesi umum atau spinal dengan insisi pada abdomen bawah. Anastesi diberikan untuk memblokir sensasi rasa sakit. Efek dari anastesi yang sering terjadi pada klien post operasi adalah termanipulasinya organ abdomen sehingga terjadi distensi abdomen dan menurunnya peristaltik usus. Hal ini mengakibatkan belum munculnya peristaltik usus (Faizal & Mulya, 2020).

Operasi apendiktomi dapat dilakukan dengan 2 teknik, yaitu 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 (Kiik, 2013).

Sedangkan pada 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.

Jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika. Tindakan pembedahan dapat menimbulkan luka insisi sehingga pada klien post operatif apendiktomi dapat terjadi resiko infeksi luka operasi.

3) Pasca Operasi (Post Op)

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.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan *Appendicitis*

2.5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat, sehingga seluruh kebutuhan klien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data yang dapat diperoleh dari wawancara kepada klien atau keluarga klien.

Adapun pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik pada klien pre operasi *appendicitis* yakni meliputi :

1) Wawancara

Wawancara adalah kegiatan tanya jawab/komunikasi secara langsung untuk menggali informasi yang berhubungan dengan status klien.

a) Identitas klien

Identitas klien menjelaskan tentang identitas yang dimiliki oleh klien meliputi:

- (1) Nama : Diisi sesuai nama klien, ditulis dengan inisial dan diikuti dengan label status klien.
- (2) Umur: Ditulis umur dalam satuan hari, bulan, tahun.
- (3) Jenis kelamin : Ditulis sesuai jenis kelamin klien, laki-laki atau perempuan.
- (4) Agama : Ditulis sesuai agama yang dianut oleh klien.
- (5) Suku bangsa : Diisi suku bangsa yang sesuai dengan klien.
- (6) Bahasa : Ditulis sesuai bahasa sehari-hari yang paling sering digunakan klien.
- (7) Pekerjaan : Berisi tentang bidang pekerjaan, profesi, status, atau sesuai dengan pekerjaan klien.
- (8) Pendidikan : Diisi sesuai pendidikan terakhir klien.
- (9) Status : Berisi tentang sudah belumnya klien kawin/menikah, janda/duda
- (10) Alamat : Diisi sesuai alamat tempat tinggal klien.

(11) Penanggung jawab : Ditulis nama orang/perusahaan yang bertanggung jawab atas klien.

(12) Tanggal/jam MRS: Diisi dengan tanggal, bulan, tahun dan jam masuk rumah sakit.

(13) Tanggal/jam pengkajian : Diisi dengan tanggal, bulan, tahun dan jam pada saat melakukan pengkajian.

(14) No. Register : Diisi sesuai dengan nomor register klien.

(15) Diagnosis Medis : Diisi sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh tim medis. (Kana, 2022)

b) Keluhan Utama

Nyeri di sekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Timbul keluhan nyeri perut kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri di pusat atau di epigastrium dirasakan dalam beberapa waktu lalu. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus menerus, dapat hilang atau timbul nyeri dalam waktu yang lama. Keluhan yang menyertai biasanya klien mengeluh rasa mual dan muntah, panas. (Purnamasari, 2023)

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit. Biasanya pada klien appendicitis mengatakan nyeri pada daerah abdomen kanan bawah yang menembus

kebelakang sampai pada punggung dan mengalami demam tinggi. (Purnamasari, 2023)

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini.

Adanya riwayat operasi di kolon, sebelumnya pernah mengalami penyakit yang sekarang dialami yaitu *apendicitis*, kemungkinan klien pernah mengalami atau menderita gangguan pencernaan, kebiasaan klien mengkonsumsi makanan yang rendah serat atau bahkan sering mengalami gangguan buang air besar. (Kana, 2022)

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar anggota keluarga. Penyakit *appendicitis* bukan penyakit keturunan dan juga bukan penyakit menular. Biasanya tidak ada riwayat keluarga yang menderita *apendiksitis* (Walid, 2021)

f) Pola nutrisi dan metabolisme

Pola nutrisi dan metabolisme diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit (saat ini) yang meliputi jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makan selingan, makanan yang disukai, alergi makanan dan makanan pantangan. Pada *apendicitis* biasanya ada keluhan nafsu makan menurun, mual, muntah, makanan sehari-hari sering makan- makanan rendah serat, makan jambu biji dengan bijinya (Nareza, 2023)

g) Pola eliminasi

Pola eliminasi diisi dengan eliminasi alvi (buang air besar) dan eliminasi urin (buang air kecil). Menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai dengan sakit saat ini), yang meliputi frekuensi, konsistensi, warna, bau, adanya darah dan lain-lain. Bila ditemukan adanya keluhan pada eliminasi hendaknya dibuatkan deskripsi singkat dan jelas tentang keluhan yang dimaksud. Terdapat beberapa keluhan pada eliminasi yang dirasakan pada klien *apendicitis* yaitu adanya bising usus atau peristaltik usus, tonus kandung kemih, konstipasi, dan diare kadang-kadang (Suratun, 2020).

h) Pola aktivitas dan kebersihan diri

Pola aktivitas dan kebersihan diri diisi dengan aktivitas rutin yang dilakukan klien sebelum sakit sampai saat sakit,

mulai dari bangun tidur sampai tidur kembali termasuk penggunaan waktu senggang. Mobilitas selama sakit dilihat dan aktivitas perawatan diri seperti makan, minum, toileting, berpakaian, berhias, dan penggunaan instrument.

Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri. (Nurwahid, 2023)

i) Pola istirahat tidur

Pola istirahat tidur diisi dengan kualitas dan kuantitas istirahat tidur klien sejak sebelum sakit sampai saat sakit meliputi jumlah jam tidur siang dan malam, pengguna alat pengantar tidur, perasaan klien saat bangun tidur, dan kesulitan atau masalah tidur : sulit tidur, sulit tidur lama, tidak bugar ketika bangun tidur, terbangun dini, tidak bisa melanjutkan tidur.

Biasanya klien mengalami kesulitan tidur dikarenakan adanya nyeri. (Mawadah, 2021)

j) Riwayat psikososial

Riwayat psikososial merupakan informasi mengenai perilaku, perasaan yang berhubungan dengan penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga.

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil (Rosa, 2023).

2) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan fisik, yakni menggunakan 4 cara

(1) Inspeksi

Proses observasi yang dilakukan dengan cara melihat. Inspeksi digunakan untuk mengetahui tanda-tanda fisik yang berhubungan dengan status fisik. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi : ukuran, bentuk, posisi, simetris, luka, perubahan yang terjadi pada kulit, dan kelainan anatomi.

(2) Palpasi

Suatu bentuk pemeriksaan dengan cara perabaan. Tangan dan jari-jari adalah instrument yang sensitive untuk merasakan adanya suatu perubahan yang terjadi pada tubuh. Palpasi digunakan untuk mengumpulkan data tentang : temperature, turgor, bentuk dan ukuran, massa, kelembapan, vibrasi, dan tekstur.

(3) Perkusi

Metode pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk. Tujuannya adalah untuk menentukan batas-batas organ atau bagian tubuh dengan cara merasakan vibrasi yang ditimbulkan akibat adanya gerakan yang diberikan ke bawah jaringan. Perkusi dapat membedakan apa yang ada dibawah jaringan (udara, cairan, atau zat padat).

(4) Auskultasi

Metode pemeriksaan dengan cara mendengar yang dibantu dengan stetoskop. Tujuannya untuk mendengarkan bunyi jantung, suara nafas, bunyi peristaltik usus, denyut jantung janin, dan mengukur tekanan darah.

b) Pemeriksaan fisik meliputi :

(1) Keadaan umum

Keadaan/penampilan umum: lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah. Klien *Apendicitis* biasanya mengeluh nyeri, merasa lemah, ekspresi wajah menyeringai, nyeri bagian perut kanan bawah, malaise, nyeri akan bertambah jika dibuat batuk dan beraktivitas atau berjalan (Rosa, 2023).

(2) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi, tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi. Pada klien dengan post operasi dapat terjadi perubahan denyut nadi (takikardia : denyut nadi cepat), dan pernafasan (takipneu : pernafasan dangkal) tidak seperti biasanya. Kenaikan suhu juga menjadi salah satu tanda infeksi.

(3) Kepala dan leher

(a) Kepala dan leher

Pemeriksaan kepala mulai dari rambut klien tampak bersih, tidak adanya kutu atau ketombe, penyebaran rambut merata, tidak terdapat luka atau lesi, tidak ada gangguan fungsi pergerakan kepala ditandai klien dapat

menoleh ke kiri, ke kanan, ke atas dan ke bawah, pada trakea tidak mengalami pergeseran, tidak adanya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid, tidak adanya kaku kuduk, klien mengatakan kadang merasakan sakit kepala.

(b) Mata (pengelihatan)

Kebersihan mata baik, struktur mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, ketajaman perlihatan baik, tidak ada perdarahan dan peradangan, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

(c) Hidung (Penciuman)

Kebersihan hidung baik, tidak ada pembengkakan, tidak ada peradangan, fungsi penciuman baik ditandai dengan klien mampu membedakan bau alcohol dengan betadin, tidak ada mukus atau sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung.

(d) Telinga (Pendengaran)

Kebersihan telinga baik, struktur telinga simetris, tidak ada perdarahan dan peradangan, fungsi pendengaran baik ditandai dengan klien mampu mendengar pembicaraan perawat dengan baik, tidak ada serumen atau cairan yang keluar dari telinga.

(e) Mulut (Pengecapan)

Kebersihan mulut baik, fungsi pengecapan baik ditandai dengan klien mampu membedakan rasa masakan, tidak ada perdarahan dan peradangan, fungsi bicara baik klien mampu berkomunikasi secara verbal dengan orang lain secara baik, mukosa bibir lembab (Suselo, 2019).

(f) Integumen

Kebersihan kulit klien baik, kulit teraba hangat, turgor kulit kembali <2 detik, warna kulit merata, kelembaban baik dan tidak ikterik (Arianto, 2020).

(g) Pemeriksaan dada atau thorak

Inspeksi : bentuk dada simetris kanan kiri, ekspansi dada, gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman) baik, tidak adanya penggunaan otot bantu nafas.

Palpasi : tidak adanya pembengkakan, nyeri, ekspansi dinding dada, teraba iktus kordis di ics 5 mid klavikula.

Perkusi : sonor atau pekak, perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi dan vibrasi yang dihasilkan.

Auskultasi : tidak adanya suara nafas tambahan wheezing, ronchi (Darmawan, 2012).

(h) Pemeriksaan payudara

Pada pemeriksaan payudara didapatkan data tidak adanya benjolan, bentuk simetris antara payudara kanan dan kiri (Rosa, 2023).

(i) Abdomen

Inspeksi: Akan tampak adanya tanda pembengkakan (swelling), rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).

Palpasi: Dibagian perut kanan bawah akan terasa nyeri (Blumbeng Sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendsitis akut.

(j) Genetalia

Kebersihan genetalia, terjaga, tidak ada keluhan seperti gatal pada genetalia, tidak terdapat pembesaran skrotum (laki-laki), klien tidak menggunakan kateter.

(k) Ekstermitas

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena nyeri dan kekakuan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas (Ibrahim, 2019).

Adapun pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik pada klien post operasi apendiktomi yakni :

1) Wawancara

Wawancara adalah kegiatan tanya jawab/komunikasi secara langsung untuk menggali informasi yang berhubungan dengan status klien.

a) Identitas klien

Identitas klien menjelaskan tentang identitas yang dimiliki oleh klien seperti saat wawancara pertama saat sebelum klien operasi,

menanyakan atau mengidentifikasi kembali mengenai nama, umur, alamat dan melihat no register klien untuk memastikan benar klien yang terkaji.

b) Keluhan Utama

Pada klien *post apendiktomi* biasanya klien mengalami nyeri abdomen dibagian luka insisi bedah, nyeri bertambah parah apabila dibuat aktivitas, mual, muntah dan *anoreksia*.

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien yang menderita apendisitis umumnya akan mengeluhkan nyeri pada perut kuadran kanan bawah. Gejala yang pertama kali dirasakan klien adalah berupa nyeri yang terjadi di daerah epigastrium atau di periumbilikal yang akan menyebar ke kuadran kanan bawah abdomen. Selain itu, mual dan muntah sering terjadi beberapa jam setelah muncul nyeri, yang berakibat pada penurunan nafsu makan sehingga dapat menyebabkan anoreksia. Demam dengan derajat ringan juga sering terjadi.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini.

Adanya riwayat operasi di kolon, sebelumnya pernah mengalami penyakit yang sekarang dialami yaitu *appendicitis*, kemungkinan klien pernah mengalami atau menderita gangguan

pencernaan, kebiasaanklien mengkonsumsi makanan yang rendah serat atau bahkan sering mengalami gangguan buang air besar.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar anggota keluarga. Penyakit *appendicitis* bukan penyakit keturunan dan jugabukan penyakit menular. Biasanya tidak ada riwayat keluarga yang menderita apendiksitis (Walid, 2021).

f) Pola nutrisi dan metabolisme

Pola nutrisi dan metabolisme diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit (saat ini) yang meliputi jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makan selingan, makanan yang disukai, alergi makanan dan makanan pantangan.

Pada *appendicitis* biasanya adanya keluhan nafsu makan menurun, mual, muntah, makanan sehari hari sering makan makanan rendah serat, makan jambu biji dengan bijinya. Pada klien post op *appendicitis* terjadi mual, muntah dan anoreksia dank lien bisa kehilangan cairan tubuh karena perdarahan intraoperasi atau karena hiperventilasi. (Melviana, 2020)

g) Pola eliminasi

Pola eliminasi diisi dengan eliminasi alvi (buang air besar) dan eliminasi urin (buang air kecil). Penderita pasca bedah umumnya oligurik, tetapi juga kurang toleran terhadap air sehingga setiap pemberian cairan yang tidak diimbangi dengan diuresis akan dapat menyebabkan kelebihan cairan. (Sjamsuhidajat, 2004)

h) Pola aktivitas dan kebersihan diri

Pola aktivitas dan kebersihan diri diisi dengan aktivitas rutin yang dilakukan klien sebelum sakit sampai saat sakit, mulai dari bangun tidur sampai tidur kembali termasuk penggunaan waktu senggang. Mobilitas selama sakit dilihat dan aktivitas perawatan diri seperti makan, minum, toileting, berpakaian, berhias, dan penggunaan instrument.

Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri, aktifitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lamanya setelah pembedahan (Setyaningrum, 2021).

i) Pola istirahat tidur

Biasanya klien mengalami kesulitan tidur dikarenakan adanya nyeri. kram dibagian perut kanan bawah. Pada klien post operasi appendicitis akan mengalami malaise, istirahat dan tidur klien kurang dikarenakan adanya nyeri pada insisi bedah (Doengoes, 2010).

j) Riwayat psikososial

Riwayat psikososial merupakan informasi mengenai perilaku, perasaan yang berhubungan dengan penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga.

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

2) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan fisik, yakni menggunakan 4 cara

(1) Insepeksi

Proses observasi yang dilakukan dengan cara melihat. Inspeksi digunakan untuk mengetahui tanda-tanda fisik yang berhubungan dengan status fisik. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi : ukuran, bentuk, posisi, simetris, luka, perubahan yang terjadi pada kulit, dan kelainan anatomi.

(2) Palpasi

Suatu bentuk pemeriksaan dengan cara perabaan. Tangan dan jari-jari adalah instrument yang sensitive untuk merasakan adanya suatu perubahan yang terjadi pada tubuh. Palpasi digunakan untuk mengumpulkan data tentang : temperature, turgor, bentuk dan ukuran, massa, kelembapan, vibribasi, dan tekstur.

(3) Perkusi

Metode pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk. Tujuannya adalah untuk menentukan batas-batas organ atau bagian tubuh dengan cara merasakan vibrasi yang ditimbulkan akibat adanya gerakan yang diberikan ke bawah jaringan. Perkusi dapat membedakan apa yang ada dibawah jaringan (udara, cairan, atau zat padat).

(4) Auskultasi

Metode pemeriksaan dengan cara mendengar yang dibantu dengan stetoskop. Tujuannya untuk mendengarkan bunyi jantung, suara nafas, bunyi peristaltik usus, denyut jantung janin, dan mengukur tekanan darah.

b) Pemeriksaan fisik meliputi :

(1) Keadaan umum

Keadaan/penampilan umum: lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah. Klien post *Apendiktomi* biasanya mengeluh nyeri, merasa lemah, ekspresi wajah menyeringai, nyeri bagian perut kanan bawah, malaise, nyeri akan bertambah jika dibuat batuk dan beraktivitas atau berjalan . Klien yang mengalami anestesi lama biasanya tidak sadar dengan semua otot-ototnya dalam keadaan rileks. (Suzanne C, 2001)

Kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis. umumnya klien dengan gangguan rasa nyaman mengalami cemas dan gelisah,

ekspresi wajah meringis, nadi meningkat, suhu meningkat, pernafasan meningkat, tekanan darah meningkat. (Rosa, 2023)

(2) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi, tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi. Pada klien dengan post operasi dapat terjadi perubahan denyut nadi (takikardia : denyut nadi cepat) .Tekanan darah yang cenderung stabil menurun 5 MmHg .dan pernafasan Klien diamati terhadap patensi jalan nafas, kualitas pernafasan , Kedalaman, Frekuensi dan Bunyi nafas . suhu antara 37,7 C – 36,1 C , Kenaikan suhu juga menjadi salah satu tanda infeksi ,oksimetri menunjukkan saturasi adekuat (Suzanne C, 2001)

(3) Kepala dan leher

(a) Kepala dan leher

Pemeriksaan kepala mulai dari rambut klien tampak bersih, tidak adanya kutu atau ketombe, penyebaran rambut merata, tidak terdapat luka atau lesi, tidak ada gangguan fungsi pergerakan kepala ditandai klien dapat menoleh ke kiri, ke kanan, ke atas dan ke bawah, pada trakea tidak mengalami pergeseran, tidak adanya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid, tidak adanya kaku kuduk, klien mengatakan kadang merasakan sakit kepala

(b) Mata (pengelihatan)

Kebersihan mata baik, struktur mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, ketajaman perlihatan baik, tidak ada perdarahan dan peradangan, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan (Setyaningrum,2021).

(c) Hidung (Penciuman)

Kebersihan hidung baik, tidak ada pembengkakan, tidak ada peradangan, fungsi penciuman baik ditandai dengan klien mampu membedakan bau alcohol dengan betadin, tidak ada mukus atau sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung.

(d) Telinga (Pendengaran)

Kebersihan telinga baik, struktur telinga simetris, tidak ada perdarahan dan peradangan, fungsi pendengaran baik ditandai dengan klien mampu mendengar pembicaraan perawat dengan baik, tidak ada serumen atau cairan yang keluar dari telinga.

(e) Mulut (Pengecapan)

Kebersihan mulut baik, fungsi pengecapan baik ditandai dengan klien mampu membedakan rasa masakan, tidak ada perdarahan dan peradangan, fungsi bicara baik klien mampu berkomunikasi secara verbal dengan orang lain secara baik, mukosa bibir lembab. Dalam keadaan rileks

rahang bawah dan lidah akan mengarah ke belakang dan menyumbat jalan nafas (Suzanne C, 2001)

(4) Integumen

Kebersihan kulit klien baik, kulit teraba hangat, turgor kulit kembali <2 detik, warna kulit merata, kelembaban baik dan tidak ikterik. Tanda-tanda infeksi pada luka bekas operasi (Arianto, 2020).

(5) Pemeriksaan dada atau thorak

Inspeksi : bentuk dada simetris kanan kiri, ekspansi dada, gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman) baik, tidak adanya penggunaan otot bantu nafas.

Palpasi : tidak adanya pembengkakan, nyeri, ekspansi dinding dada, teraba iktus kordis di ics 5 mid klavikula.

Perkusi : sonor atau pekak, perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi dan vibrasi yang dihasilkan.

Auskultasi : tidak adanya suara nafas tambahan wheezing, ronchi.

(6) Pemeriksaan payudara

Pada pemeriksaan payudara didapatkan data tidak adanya benjolan, bentuk simetris antara payudara kanan dan kiri.

(7) Abdomen

Inspeksi : ada tidaknya jaringan parut, lesi, kemerahan, keadaan luka operasi tidak adanya tanda infeksi.

Auskultasi : bising usus (5-30 x/menit) klien post operasi apendicitis mengalami penurunan bising usus dan klien terdapat kekakuan pada abdomen akibat adanya luka post operasi.

Palpasi : kekakuan pada perut, adanya nyeri pada luka post operasi apendicitis, tidak ada pembesaran pada hepar .

Perkusi : suara timpani..

(8) Genitalia

Terdapat selang Kateter. (Suzanne C, 2001)

(9) Ekstermitas

Biasanya ekstremitas mengalami kelemahan, karena terdapat luka post operasi dan pasien merasakan nyeri. akral hangat, Capillary Refil Time (CRT) <2 detik, dan tidak ada oedema pada ekstremitas (Ibrahim, 2019)

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual maupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan.

Adapun diagnosa keperawatan pada klien pre operasi *appendicitis* menurut Hariyanto dan Sulistyowati (2015) disesuaikan dengan buku diagnosa keperawatan (ppni, 2017) , meliputi:

1) Nyeri akut (D.0077)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, 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)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh Nyeri

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaphoresis

Kondisi Klinis Terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom coroner akut
5. Glaucoma

2) Resiko termogulasi tidak efektif (D.0149)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Beresiko mengalami kegagalan mempertahankan suhu tubuh dalam rentang normal.

Faktor Resiko :

1. Cedera otak aku
2. Dehidrasi
3. Pakaian yang tidak sesuai untuk suhu lingkungan

4. Peningkatan area permukaan tubuh terhadap rasio berat badan
5. Kebutuhan oksigen meningkat
6. Perubahan laju metabolisme
7. Proses penyakit (mis. infeksi)
8. Suhu lingkungan ekstrem
9. Suplai lemak subkutan tidak memadai
10. Proses penuaan
11. Berat badan ekstrem
12. Efek agen farmakologis (mis. sedasi)

Kondisi Klinis Terkait

1. Cedera otak akut
2. Dehidrasi
3. Trauma

3) Resiko Gastrointestinal Tidak Efektif (D.0080)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Sirkulasi

Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi gastrointestinal.

Penyebab :

1. Perdarahan gastrointestinal akut
2. Trauma abdomen
3. Sindroma kompartemen abdomen
4. Aneurisma aorta abdomen
5. Varises gastroesofagus
6. Penurunan kinerja ventrikel kiri

7. Koagulopati (mis. Anemia sel sabit, koagulopati intravaskuler diseminata)
8. Penurunan konsentrasi hemoglobin
9. Keabnormalan masa protrombin dan atau masa tromboplastin parsial
10. Disfungsi hati (mis. Sirosis, hepatitis)
11. Disfungsi ginjal (mis. Ginjal polikistik, stenosis arteri ginjal, gagal ginjal)
12. Disfungsi gastrointestinal (mis. Ulkus duodenum atau ulkus lambung, kolitis iskemik, pankreatitis iskemik)
13. Hiperglikemia
14. Ketidakstabilan hemodinamik
15. Efek agen farmakologis
16. Usia >60 tahun
17. Efek samping tindakan (*cardiopulmonary bypass*, anestesi, pembedahan lambung)

Kondisi Klinis Terkait

1. Varises gastroesofagus
2. Aneurisma aorta abdomen
3. Diabetes meilitus
4. Sirosis hepatitis
5. Perdarahan gastrointestinal akut
6. Gagal jantung kongestif
7. Koagulasi intravaskuler diseminata
8. Ulkus duodenum atau ulkus lambung

9. Kolitis iskemik
10. Pankreatitis iskemik
11. Ginjal polikistik
12. Stenosis arteri ginjal
13. Gagal ginjal
14. Sindroma kompartemen abdomen
15. Trauma abdomen
16. Anemia

4) Ansietas (D.0080)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Integritas Ego

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

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 system 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

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Merasa bingung
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
3. Sulit berkonsentrasi

Objektif

1. Tampak gelisah
2. Tampak tegang
3. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Mengeluh pusing
2. Anoreksia
3. Palpitasi
4. Merasa tidak berdaya

Objektif

1. Frekuensi napas meningkat
2. Frekuensi nadi meningkat
3. Tekanan darah meningkat
4. Diaphoresis

5. Tremor
6. Muka tampak pucat
7. Suara bergetar
8. Kontak mata buruk
9. Sering berkemih
10. Berorientasi pada masa lalu

Kondisi Klinis Terkait

1. Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
2. Penyakit akut
3. Hospitalisasi
4. Rencana operasi
5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
6. Penyakit neurologis
7. Tahap tumbuh kembang

Adapun diagnosa keperawatan pada klien post operasi *Apendicitis* menurut Hariyanto dan Sulistyowati (2015) disesuaikan dengan buku diagnosa keperawatan (ppni, 2017), meliputi:

1) Nyeri akut (D. 0077)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, 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)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh Nyeri

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah

4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaphoresis

Kondisi Klinis Terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom coroner akut
5. Glaucoma

2) Resiko infeksi (D. 0143)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor resiko

1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
2. Efek prosedur invasive
3. Malnutrisi
4. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - a. Gangguan peristaltic
 - b. Kerusakan integritas kulit

- c. Perubahan sekresi pH
 - d. Penurunan kerja siliaris
 - e. Ketuban pecah lama
 - f. Ketuban pecah sebelum waktunya
 - g. Merokok
 - h. Statis cairan tubuh
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
- a. Penurunan hemoglobin
 - b. Imunosupresi
 - c. Leukopenia
 - d. Supresi respon inflamasi
 - e. Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi Klinis Terkait

1. AIDS
2. Luka bakar
3. Penyakit paru obstruktif kronis
4. Diabetes melitus
5. Tindakan invasif
6. Kondisi penggunaan terapi steroid
7. Penyalahgunaan obat
8. Ketuban pecah sebelum waktunya
9. Kanker
10. Gagal ginjal
11. Imunosupresi

12. *Lymphedema*

13. Leukositopenia

14. Gangguan fungsi hati

3) Resiko gangguan integritas kulit/jaringan (D.0139)

Kategori : Lingkungan

Subkategori :Keamanan dan Proteksi

Definisi : Beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan ligament)

Faktor resiko

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kekurangan/kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis. penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
8. Terapi radiasi
9. Kelembapan
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal

14. Penekanan pada tonjolan tulang
15. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan

Kondisi Klinis Terkait

1. Imobilisasi
2. Gagal jantung kongestif
3. Gagal ginjal
4. Diabetes melitus
5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)
6. Kateterisasi jantung

4) Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi/Cairan

Definisi : Beresiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan intravaskuler, interstisial atau intraseluler.

Faktor resiko

1. Prosedur pembedahan mayor
2. Trauma/pendarahan
3. Luka bakar
4. Apheresis
5. Asites
6. Obstruksi intestinal

7. Peradangan pancreas
8. Penyakit ginjal dan kelenjar
9. Disfungsi instestinal

Kondisi Klinis Terkait

1. Prosedur pembedahan mayor
2. Penyakit ginjal dan kelenjar
3. Perdarahan
4. Luka bakar

5) Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Respirasi

Definisi : Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten

Penyebab :

Fisiologis

1. Spasme jalan napas
2. Hipersekresi jalan napas
3. Disfungsi neuromuskuler
4. Benda asing dalam jalan napas
5. Adanya jalan napas buatan
6. Sekresi yang tertahan
7. Hyperplasia dinding jalan napas
8. Proses infeksi
9. Respon alergi

10. Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

Situasional

1. Meokok aktif
2. Merokok pasif
3. Terpajan polutan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Batuk tidak efektif
2. Tidak mampu batuk
3. Sputum berlebih
4. Mengi, *wheezing* dan ronkhi kering
5. Meconium di jalan napas (pada neonates)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Dispnea
2. Sulit bicara
3. Ortopnea

Objektif

1. Gelisah
2. Sianosis
3. Bunyi napas menurun
4. Frekuensi napas berubah

5. Pola napas berubah

Kondisi Klinis Terkait

1. *Gullian barre syndrome*
2. Sclerosis multiple
3. *Myasthenia gravis*
4. Prosedur diagnostic (mis. bronkoskopi, *transesophageal echocardiography* (TEE))
5. Depresi system saraf pusat
6. Cedera kepala
7. Stroke
8. Kuadriplegia
9. Sindrom aspirasi mekonium'infeksi saluran napas

6) Defisit nutrisi (D.0019)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi dan Cairan

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab

1. Ketidakmampuan menelan makanan
2. Ketidakmampuan mencerna makanan
3. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme
5. Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
6. Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Cepat kenyang setelah makan
2. Kram/nyeri abdomen
3. Nafsu makan menurun

Objektif

1. Bising usus hiperaktif
2. Otot pengunyah lemah
3. Otot menelan lemah
4. Membrane mukosa pucat
5. Sariawan
6. Serum albumin turun
7. Rambut rontok berlebihan
8. Diare

Kondisi Klinis Terkait

1. Stroke
2. Parkinson
3. *Mobius syndrome*
4. *Cerebral palsy*

5. *Cleft lip*
6. *Cleft palate*
7. *Amyotropic lateral sclerosis*
8. Kerusakan neuromuscular
9. Luka bakar
10. Kanker
11. Infeksi
12. AIDS
13. Penyakit Crohn's
14. Enterocolitis
15. Fibrosis kistik

7) Ansietas (D.0080)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Integritas Ego

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

13. Krisis situasional
14. Kebutuhan tidak terpenuhi
15. Krisis maturasional
16. Ancaman terhadap konsep diri
17. Ancaman terhadap kematian

18. Kekhawatiran mengalami kegagalan
19. Disfungsi system keluarga
20. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
21. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
22. Penyalahgunaan zat
23. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
24. Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

4. Merasa bingung
5. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
6. Sulit berkonsentrasi

Objektif

4. Tampak gelisah
5. Tampak tegang
6. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

5. Mengeluh pusing
6. Anoreksia
7. Palpitasi
8. Merasa tidak berdaya

Objektif

11. Frekuensi napas meningkat

- 12. Frekuensi nadi meningkat
- 13. Tekanan darah meningkat
- 14. Diaphoresis
- 15. Tremor
- 16. Muka tampak pucat
- 17. Suara bergetar
- 18. Kontak mata buruk
- 19. Sering berkemih
- 20. Berorientasi pada masa lalu

Kondisi Klinis Terkait

- 8. Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
- 9. Penyakit akut
- 10. Hospitalisasi
- 11. Rencana operasi
- 12. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- 13. Penyakit neurologis
- 14. Tahap tumbuh kembang

2.5.3 Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu rencana perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome klien. Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah – masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan

cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. Intervensi keperawatan menurut (ppni, 2019) sebagai berikut

Tabel 2. 2 Rencana Keperawatan Pre Operasi Appendicitis

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI	RASIONAL
KEPERAWATAN				
1.	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil : a) Keluhan nyeri menurun b) Meringis menurun c) Sikap protektif menurun d) Gelisah menurun e) Kesulitan tidur menurun f) Frekuensi nadi membaik g) Pola napas membaik h) Tekanan darah membaik	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya. 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami pasien 3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan pasien saat pemulihan 4. Untuk mengurangi tingkat nyeri dan membiasakan nyeri 5. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 7. Untuk mengurangi faktor resiko yang dapat memperberat nyeri 8. Untuk memuaskan dan memenuhi kebutuhan pasien 9. Memberikan strategi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien Edukasi 10. Informasi yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien dan menambah

		Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian analgetik	pengetahuan pasien tentang nyeri. 11. Pasien dapat mengetahui penyebab, karakteristik, dan lokasi nyeri secara mandiri 12. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 13. Nafas dalam dapat menghirup O ₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi 14. Sebagai profilaksis untuk menghilangkan rasa nyeri.
2. Risiko termogulasi tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan hipertermia klien teratasi dengan criteria hasil: a) Menggigil menurun b) Kulit merah menurun c) Kejang menurun d) Pucat menurun e) Suhu tubuh membaik f) Suhu kulit membaik	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Edukasi 2. Ajarkan kompres hangat jika demam 3. Anjurkan penggunaan pakaian yang dapat menyerap keringat 4. Anjurkan pemberian antipiretik, sesuai indikasi 5. Anjurkan menciptakan lingkungan yang nyaman 6. Anjurkan memperbanyak minum 7. Anjurkan menggunakan pakaian yang longgar	Observasi 1. Memberikan dasar untuk mengetahui kondisi klien. Edukasi 2. Menurunkan panas melalui proses konduksi serta evaporasi dan meningkatkan kenyamanan pada klien 3. Pakaian yang tidak berlebihan atau tipis dapat mengurangi peningkatan suhu tubuh dan dapat memberikan rasa nyaman pada klien. 4. Antipiretik membantu mengontrol peningkatan suhu tubuh. 5. Memberikan rasa nyaman pada pasien 6. Memperbaiki cairan akibat perspirasi serta febris dan meningkatkan tingkat kenyamanan klien. 7. Pakaian yang tidak berlebihan atau tipis dapat mengurangi

				peningkatan suhu tubuh dan dapat memberikan rasa nyaman pada klien
3. Resiko Perfusi Gastrointestinal Tidak Efektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi gastrointestinal meningkat dengan criteria hasil: a) Nafsu makan meningkat b) Mual menurun c) Muntah menurun d) Nyeri abdomen menurun e) Bising usus membaik	Observasi 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri nadi 6. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik 7. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 8. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 10. Informasikan hasil pemantauan	Observasi 1. Untuk mengetahui tekanan darah pasien 2. Untuk mengetahui frekuensi nadi 3. Untuk mengetahui frekuensi pernapasan 4. Untuk mengetahui suhu tubuh 5. Untuk mengetahui kadar oksigen pada darah 6. Untuk memberikan penanganan yang tepat Terapeutik 7. Untuk mengetahui kondisi pasien secara berkala 8. Sebagai hasil pertanggungjawaban perawat kepada pasien Edukasi 9. Keluarga dan pasien mengerti akan tujuan dilakukan pemantauan 10. Keluarga dan pasien mengerti kondisi pasien	

Tabel 2. 3 Rencana Keperawatan *Post Operasi Appendicitis*

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI	RASIONAL
KEPERAWATAN				
1.	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kritea hasil: a) Keluhan nyeri menurun b) Meringis menurun c) Sikap protektif menurun d) Gelisah menurun	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya. 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami pasien

	e) Kesulitan tidur menurun f) Frekuensi nadi membaik g) Pola napas membaik h) Tekanan darah membaik	5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian analgetik	3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan pasien saat pemulihan 4. Untuk mengurangi tingkat nyeri dan membiasakan nyeri 5. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 7. Untuk mengurangi faktor resiko yang dapat memperberat nyeri 8. Untuk memuaskan dan memenuhi kebutuhan pasien 9. Memberikan strategi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien Edukasi 10. Informasi yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien dan menambah pengetahuan pasien tentang nyeri. 11. Pasien dapat mengetahui penyebab, karakteristik, dan lokasi nyeri secara mandiri 12. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 13. Nafas dalam dapat menghirup O ₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Sebagai profilaksis untuk menghilangkan rasa nyeri.
2. Risiko infeksi	Setelah tindakan asuhan keperawatan diharapkan	Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	Observasi 1. Dapat mengetahui adanya tanda infeksi Terapeutik

	infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil:	a. Demam menurun b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun d. Bengkak menurun e. Kadar sel darah putih membaik	Terapeutik 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 Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	2. Mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain. 3. Mencegah meluas dan membatasi penyebaran organism infeksiif/kontaminasi silang. 4. Menurunkan resiko terpajan. 5. Menurunkan resiko terpajan. Edukasi 6. Untuk mengidentifikasi infeksi secara dini dengan mandiri 7. Untuk mencegah penyebaran kuman 8. Untuk mencegah penyebaran kuman 9. Untuk mengidentifikasi infeksi pada luka operasi secara mandiri 10. Untuk mempercepat proses penyembuhan 11. Untuk mempertahankan cairan 12. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi
3	Risiko kerusakan integritas kulit/jaringan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi masalah pada kulit dan integritas jaringan dengan kriteria hasil : a) Perfusi jaringan meningkat b) Kerusakan jaringan menurun c) Kerusakan lapisan kulit menurun	Observasi 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepasakan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik streil saat melakukan perawatan luka	Observasi 1. Mendeteksi secara dini tanda-tanda infeksi pada bekas jahitan luka 2. Mengetahui ada taua tidak tanda-tanda infeksi pada luka bekas jahitan Terapeutik 3. Mengurangi tegangan pada jahitan luka bekas operasi 4. Mempermudah membuka balutan luka yang lengket 5. Pemberian salep yang sesuai dengan jenis luka dapat mempercepat penyembuhan luka dari luar

			8. Ganti balutan sesuai dengan eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi 10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	6. Meningkatkan ketepatan drainase 7. Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka bekas operasi 8. Mencegah terjadinya transmisi infeksi bakteri pada luka jahitan 9. Mencegah adanya luka decubitus dan mengembalikan kekuatan otot klien 10. Keluarga dan klien paham tanda dan gejala infeksi 11. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka 12. Pasien dapat merawat luka secara mandiri Kolaborasi 13. Mengurangi resiko infeksi
4.	Risiko ketidakseimbangan cairan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan terjadi keseimbangan cairan dan elektrolit dan tidak terjadi hidrasi dengan kriteria hasil: a) Asupan cairan meningkat b) Haluaran urin meningkat c) Kelembaban membran mukosa meningkat d) Dehidrasi menurun e) Tekanan darah membaik f) Turgor kulit membaik	Observasi 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor waktu pengisian kapiler 5. Monitor elastisitas atau turgor kulit 6. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine 7. Monitor kadar albumin dan protein total 8. Monitor intake output cairan 9. Identifikasi faktor ketidakseimbangan cairan 10. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 11. Dokumentasikan hasil pemantauan	Observasi 1. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 2. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 3. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 4. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 5. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 6. Terjadi keseimbangan antara intake dan output 7. Untuk mengetahui adanya hemokonsentrasi pada pasien 8. Terjadi balance cairan 9. Untuk memberikan tindakan yang tepat apabila terjadi ketidaksimbangan cairan

			10. Pengamatan yang baik dapat menghindarkan pada kondisi dehidrasi yang lebih parah
			11. Mengetahui status klien
5. Bersihan jalan napas tidak efektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan jalan nafas dapat paten dengan kriteria hasil: a) Batuk efektif meningkat b) Produksi sputum menurun c) Mengi menurun d) <i>Wheezing</i> menurun e) Frekuensi napas membaik f) Pola napas membaik	Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas Terapeutik 8. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 9. Dokumentasikan hasil pemantauan	Observasi 1. Mengetahui adanya suara nafas tambahan 2. Mengetahui adanya suara nafas tambahan 3. Meningkatkan kemampuan untuk mengeluarkan secret secara mandiri 4. Memastikan adanya sputum di saluran napas 5. Sputum yang berlebih dapat menyebabkan obstruksi jalan napas 6. Untuk mengetahui kesimetrisan ekspansi paru 7. Untuk mengetahui adanya bunyi nafas tambahan Terapeutik 8. Untuk mengetahui perkembangan pasien 9. Untuk mengetahui focus perawat dan tanggung jawab perawat
6. Deficit nutrisi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nutrisi dapat tercukupi dan tidak terjadi penurunan berat badan dengan kriteria hasil: a) Porsi makanan dihabiskan b) Berat badan membaik c) Indeks masa tubuh (IMT) membaik d) Frekuensi makan membaik	Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Monitor asupan makanan 5. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi	Observasi 1. Menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan 2. Untuk mengetahui intoleransi makanan pada klien 3. Mempercepat penyembuhan luka dan meningkatkan daya tahan tubuh 4. Pemberian makanan tambahan diharapkan dapat menambah nutrisi pada pasien 5. Mencegah konstipasi

		7. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi	6. Untuk mempercepat proses penyembuhan Edukasi
		8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu	7. Klien mengetahui nutrisi yang tepat untuk kondisinya saat ini Kolaborasi 8. Mengetahui status intake klien
7. Ansietas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan penyakitnya dengan kriteria hasil :	Observasi 1. Identifikasi tingkat ansietas saat berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 13. Latih Teknik relaksasi	Observasi 1. Ketakutan dapat terjadi karena nyeri hebat, penting pada prosedur diagnostik dan pembedahan 2. Untuk mengetahui ansietas yang diderita klien Terapeutik 3. Dapat meringankan ansietas terutama ketika pemeriksaan tersebut melibatkan pembedahan 4. Untuk menghindari hal yang memperparah ansietas 5. Klien merasa nyaman 6. Membina hubungan saling percaya 7. Membatasi kelemahan, menghemat energy dan meningkatkan kemampuan koping 8. Mengurangi kecemasan klien 9. Pasien dapat lebih mempersiapkan diri dan merasa tenang 10. Pengetahuan pasien bertambah sehingga dapat mengurangi tingkat ansietas yang diderita 11. Agar pasien merasa nyaman

	12. Pasien dapat merasa lebih tenang setelah mengungkapkan perasaannya
	13. Nafas dalam dapat menghirup O ₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi kecemasan.

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2014)

Secara teori implementasi adalah realisis rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan nilai data yang baru (Saroh, 2019)

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.

2.5.5 Evaluasi

Menurut Panjaitan (2015) Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan yang dapat menyelesaikan masalah klien. Terdapat dua jenis evaluasi :

1. 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 :

- a) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- b) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- c) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- d) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

2. Evaluasi Sumatif (Hasil)

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 :

- a) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- b) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

- c) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian adalah kesatuan, rencana, dan spesifik cara memperoleh, menganalisis, dan menginterpretasikan data. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Metode diskriptif merupakan suatu metode yang bertujuan untuk memberikan gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif (Sugiyono, 2009). Studi kasus adalah rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Meskipun jumlah subjek cenderung sedikit namun jumlah variabel yang diteliti sangat luas (Nursalam, 2017). Hal ini sejalan dengan penelitian deskripsi kualitatif ini bertujuan untuk melakukan atau memberikan Asuhan Keperawatan pada klien *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Batasan istilah pada penelitian ini adalah asuhan keperawatan pada klien dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Asuhan keperawatan pada klien dengan *Appendicitis* adalah proses kegiatan praktik keperawatan langsung dengan cara memberikan perawatan pada klien, dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia. Berpegang pada standar keperawatan, meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan (intervensi), pelaksanaan (implementasi), evaluasi, secara

komprehensif selama masa rawat minimal 3 hari, peneliti juga mengikuti kegiatan bagaimana asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dengan *Appendicitis* dan mengobservasi bagaimana perkembangan klien selama masa rawat inap minimal 3 hari dengan dilakukan asuhan keperawatan pada klien pre operasi *Appendicitis* dan post operasi *Appendicitis* tanpa komplikasi.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sasaran atau subyek yang digunakan dalam penelitian. Partisipan dalam penelitian ini Ny. P klien yang mengalami *Appendicitis*, dengan kriteria:

- 1) Bersedia menjadi partisipan
- 2) Kooperatif
- 3) Klien dengan kasus *Appendicitis* tanpa komplikasi
- 4) Klien *Appendicitis* dengan indikasi *appendiktomi* baik klien pre/post dengan masa perawatan minimal 3 hari.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu Pelaksanaan

Pengambilan data atau kasus pada penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 11 Februari 2025 s/d 17 Maret 2025

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah pengumpulan data bergantung rancangan

penelitian dan teknik instrumen yang digunakan. Selama proses pengumpulan data, peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, melatih tenaga pengumpul data (jika diperlukan), memperhatikan prinsip-prinsip validitas dan reliabilitas, serta menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015).

3.5.1 Tahap Persiapan

1) Bahan atau instrumen

Bahan atau instrumen pengumpulan data yang digunakan yaitu dokumen wawancara terstruktur (format pengkajian), alat pemeriksaan fisik, alat pemeriksaan laboratorium dan radiologi.

2) Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data yang digunakan berupa wawancara, pemeriksaan fisik (*inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi*) dan studi dokumentasi.

a) Wawancara

Wawancara merupakan cara mengumpulkan informasi dari klien. Selama wawancara berlangsung perawat dapat memandu percakapan dengan pertanyaan langsung. Untuk lebih efektif dan efisiensi yang maksimal, dapat direncanakan wawancara sebelum bertemu klien. Memberitahu klien bahwa tujuan wawancara adalah untuk merencanakan asuhan yang efektif yang akan memenuhi kebutuhan klien. Pengumpulan data dan pengkajian adalah pertanyaan terbuka, pertanyaan terperinci, ketrampilan observasi dan taktil. Klien memiliki hak untuk menolak menjawab

pertanyaan yang menurut mereka terlalu pribadi. Pada beberapa kasus, mungkin perlu dibicarakan dengan anggota keluarga karena kebanyakan dari klien biasanya bingung untuk berespon. Harus melindungi kerahasiaan klien, jangan pernah mengungkapkan informasi yang sebelumnya tidak diketahui anggota keluarga tanpa persetujuan dari klien sendiri (Saputro, 2018).

b) Pengamatan (observasi)

Peneliti benar-benar mengambil bagian didalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan kata lain peneliti ikut aktif berpartisipasi pada aktivitas yang sedang diteliti. Peneliti mempunyai kerangka atau struktur yang jelas dan peneliti berada dalam kondisi dan situasi yang sedang diteliti.

3) Prosedur Pengumpulan Data

Data penelitian diperoleh dengan melakukan pendekatan kasus yang pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Prosedur pengumpulan data dalam deskriptif kualitatif ini meliputi:

- a) Diterbitkannya surat ijin penelitian dari Kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek No. DP.04.03/F.XIII.15.5/42/2025 yang ditujukan kepada Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek, dengan mematuhi protokol kesehatan.
- b) Peneliti mendapat surat jawaban dari Direktur RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek No.000.9/70/406.010.001/18.00/2025 yang menyatakan tidak keberatan perihal ijin melaksanakan rencana penelitian (studi

kasus) yang ditujukan kepada Kepala Ruang Seruni RSUD dr.Soedomo yang menyatakan untuk membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian.

- c) Peneliti melakukan koordinasi bersama perawat ruangan dalam menentukan partisipan dengan mematuhi protokol kesehatan. Peneliti melakukan pendekatan kepada partisipan dengan menjelaskan tujuan penelitian, proses dan hak-hak partisipan, serta meminta persetujuan kepada partisipan.
- d) Peneliti dan partisipan melaksanakan penelitian dengan membuat kontrak waktu dan tempat untuk pengumpulan data serta memberikan lembar persetujuan (informed consent) bahwa klien bersedia menjadi responden.
- e) Peneliti melakukan pengumpulan data dengan wawancara dimulai dari tahap pengkajian. Peneliti memulai proses pengambilan data dengan mengajukan beberapa pertanyaan terbuka tentang data dasar meliputi nama, umur, agama, alamat, keluhan yang di rasakan, aktivitas selama dirumah sakit yang bertujuan untuk menjalin keakraban dengan partisipan tersebut. Setelah itu melakukan pemeriksaan fisik menggunakan nursing kit. Pengambilan data membutuhkan waktu sekitar 30 menit setelah tahap pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnose, kemudian menyusun rencana tindakan, melaksanakan rencana tindakan dan mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan. Tahap pelaksanaan di akhiri

dengan melakukan validasi hasil wawancara. Kemudian membuat kontrak berikutnya dengan partisipan.

- f) Peneliti mengakhiri proses asuhan keperawatan pada klien, karena pasien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.
- g) Dalam melakukan semua kegiatan, peneliti tetap memperhatikan dan mematuhi protokol kesehatan yang berlaku.

3.5.2 Tahap Pelaksanaan

Pada pengumpulan data dalam penelitian kualitatif ini diperlukan teknik observasi, wawancara, atau gabungan. Prosedur pengumpulan data merupakan suatu proses pengkajian dengan mengumpulkan informasi tentang status kesehatan secara sistematis dan terus menerus. Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini, didasarkan pada prosedur melakukan proses asuhan keperawatan pada saat peneliti melakukan praktik klinik.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data pada studi kasus ini didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferability*), kebergantungan (*Dependability*), dan kepastian (*Confirmability*).

3.6.1 Derajat Kepercayaan (*Credibility*)

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan

keperawatan sesuai dengan langkah-langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.

3.6.2 Keteralihan (*Transferability*)

Transferability adalah sejauh mana hasil penerapan studi kasus pada suatu subjek studi kasus dapat diterapkan dalam subjek penelitian yang lain Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada klien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau studi kasus yang lain.

3.6.3 Kebergantungan (*Dependability*)

Dependability adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam hal ini diterapkan metode studi kasus dengan dua klien sebagai objek dan sudah dapat menjawab serta mencapai tujuan penulisan yang ada.

3.6.4 Kepastian (*Confirmability*)

Confirmability mengandung makna bahwa sesuai itu objek jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat, dan penemuan seseorang.

3.7 Analisa Data

Prinsip yang harus dipegang dalam analisis yang merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesa, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan

asuhan keperawatan. Kesenjangan dapat dilakukan dengan cara membandingkan antara teori dan fakta dalam suatu tabel yang kemudian diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah difahami temuannya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

3.8 Etik Penelitian

Etik penelitian adalah acuan moral bagi peneliti dalam melaksanakan proses penelitian untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Etik penelitian berkaitan dengan beberapa norma, yaitu norma sopan-santun yang memperhatikan konvensi dan kebiasaan dalam tatanan di masyarakat, norma hukum mengenai pengenaan sanksi ketika pelanggaran, dan norma moral yang meliputi etika dan kesadaran yang baik dan jujur dalam penelitian.

Etika penyusunan KTI harus memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

3.8.1 *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi informan), merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai subyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah.

3.8.2 *Anonimity* (tanpa nama), nama dari informan tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, untuk mengetahui keikut sertaannya peneliti cukup dengan menuliskan nama inisial.

3.8.3 *Confidentiality* (kerahasiaan) artinya kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari informan dijamin kerahasiannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Penulisan hasil penelitian dimulai dari pengkajian terhadap klien, merumuskan diagnose keperawatan, menentukan rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan beserta evaluasi keperawatan.

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi pengambilan data dilakukan di RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek. RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek, dan tergolong kedalam Rumah Sakit kelas C. RSUD dr. Soedomo Trenggalek bertempat di Jl. Dr. Sutomo No. 2, Cengkong, Tamanan, Kecamatan Trenggalek, Kabupaten Trenggalek. Ruang yang digunakan sebagai pengambilan data yaitu Ruang Seruni Ruang Seruni merupakan rawat inap bedah yang menyediakan 3 kelas mulai dari kelas 1, kelas 2, dan kelas 3. Serta terdapat kamar isolasi dan HCU. Pada ruang seruni terdapat 14 kamar meliputi kelas 1 terdiri dari 2 kamar (A dan L) dimana masing – masing kamar terdiri dari 2 bed, kelas 2 terdiri dari 2 kamar (B, F dan G) dimana masing-masing kamar terdapat beberapa bed seperti kamar B terdapat 3 bed kamar F dan G terdapat 2 bed. kelas 3 terdiri dari 4 kamar (C, D, J, dan K) dimana masing-masing kamar terdapat 4 bed, untuk kamar isolasi terdiri dari 2 bed dan HCU terdiri dari 3 bed serta kamar E dan H belum digunakan

sedangkan ruang I digunakan sebagai ruang konsul. Tenaga perawat yang ada di ruang Seruni sebanyak 25 orang.

4.1.2 Pengkajian

1) Data Biografi

Tabel 4. 1 Pengkajian

Identitas Klien	Klien
Nama	Ny P
Jenis Kelamin	Perempuan
Umur	60 tahun
Status Perkawinan	Menikan
Pekerjaan	Petani
Agama	Islam
Alamat	Salam Wates, Dongko, Trenggalek
Tanggal/ Jam MRS	13/03/2025 Jam 18.30
Tanggal/ Jam Pengkajian	14/03/2025 Jam 14.00
Diagnosa Medis	Appendicitis Akut

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4. 2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien
Keluhan utama masuk RS	Klien mengeluh nyeri perut sebelah kanan bawah disertai mual dan muntah
Keluhan saat pengkajian	Klien mengeluh nyeri perut sebelah kanan bawah, badannya lemas dan takut bila di operasi.
Riwayat penyakit sekarang (PQRST)	Klien mengatakan pada tanggal 13 Maret 2025 pukul 1 malam tiba-tiba merasakan nyeri perut pada bagian bawah kanan dan nyeri tidak tertahankan. Lalu pada pukul 8 pagi klien dilarikan ke klinik Pratama Rawat Inap Zam-Zam Medika Besole. Klien

dirawat inap disana dari pukul 8 pagi sampai 6 sore menjelang malam. Klien disarankan rujuk ke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek dan sampai di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek pukul 18.30 malam. Saat sampai di IGD klien masih mengeluh nyeri perut sebelah kanan bawah disertai mual dan mutah. Lalu klien di anjurkan untuk USG Abdomen dan terdiagnosis Appendicitis Acute. Setelah itu px di pindah ke Ruang Seruni keesokan harinya pada tanggal 14 Maret 2025 pukul 05.35 WIB. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret 2025 pukul 14.00 WIB klien mengeluh nyeri perut bagian kanan bawah dan badannya lemas. Klien tampak ketakutan, pucat dan terus mengatakan takut untuk di operasi. Kriteria nyeri yang di alami klien :

P (Provokatif) : Klien mengatakan nyeri

Q (Quality) : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk

R (Region) : Klien mengatakan nyeri di bagian kanan bawah menjalar sampai belakang

S (Skala) : Skala nyeri 6

T (Time) : Klien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dalam 1 jam nyeri bisa muncul 5-6x dengan waktu 5-10 menit.

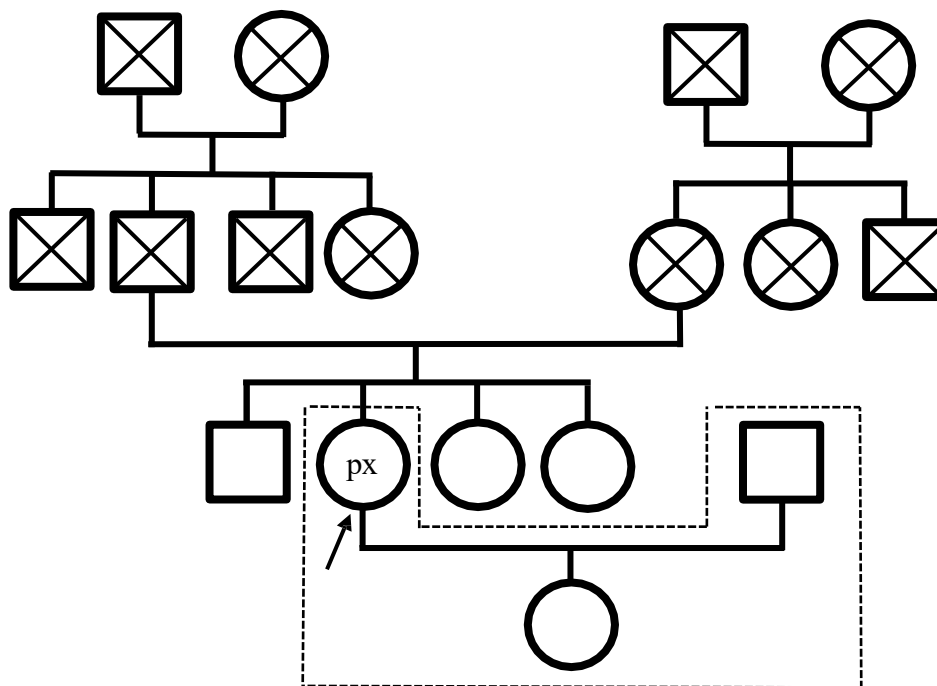
Riwayat Kesehatan
Penyakit yang lalu

Klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang sama seperti sekarang, tetapi sekitar 2 minggu yang lalu klien mengatakan sembelit sulit BAB tetapi sudah sembuh. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit seperti Hipertensi, Stroke dan DM

Riwayat Penyakit
Keluarga

Klien mengatakan anak ke 2 dari 4 bersaudara. Klien mengatakan dalam riwayat penyakit keluarga tidak ada yang mengalami penyakit appendicitis seperti klien, selain itu tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti stroke, hipertensi, DM.

Genogram :



Keterangan :

□ : Laki-laki
○ : Perempuan
X : Meninggal

----- : Tinggal Serumah
↗ : Klien
| : Garis Keturunan
— : Garis perkawinan

3) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4. 3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No.	Pola	Klien
1.	Pola Nutrisi	
	1) Makan	
	2) a) Dirumah	Klien mengatakan dirumah makan 2-3× dalam sehari dengan nasi lauk pauk(goreng-gorengan) selalu habis 1 porsi
	b) Di RS	Saat di lakukan pengkajian klien sedang puasa dikarenakan akan menjalani operasi.
	3) Minum	
	a) Di Rumah	Klien mengatakan saat dirumah minum 4-5 gelas (1250ml) dalam sehari. Klien mengatakan minum saat merasa haus.
	b) Di RS	Saat pengkajian klien sedang puasa dikarenakan akan menjalani operasi.
2.	Pola Eliminasi	
	1) BAB	
	a) Di Rumah	Klien mengatakan saat dirumah jarang BAB biasanya BAB 1× dalam sehari dengan konsentrasi fases warna coklat tekstur padat bau khas fases. Klien mengatakan 2 minggu yang lalu mengalami sembelit tetapi sudah sembuh.
	b) Di RS	Klien mengatakan saat di RS belum BAB sama sekali.
	2) BAK	
	a) Di Rumah	Klien mengatakan saat dirumah BAK 3-4× dalam sehari dengan konsentrasi urin warna kuning jernih, bau khas urin dan pancaran kuat.
	b) Di RS	Klien mengatakan saat di RS belum BAK sama sekali.
3.	Pola Istirahat Tidur	
	1) Di Rumah	Klien mengatakan di rumah tidur saat malam hari saja dari pukul 21.00 WIB bangun pukul 04.00 WIB. Saat di rumah tidak ada masalah tidur.
	2) Di RS	Klien mengatakan saat di RS tidur saat malam hari pukul 20.00 WIB bangun pukul 05.00 WIB. Saat di RS klien mengatakan tidak ada masalah tidur

4.	Pola Hygiene	
	1) Di Rumah	Klien mengatakan saat di rumah mandi dan sikat gigi 2× sehari saat pagi dan sore hari, klien mengatakan keramas 2 kali dalam seminggu, klien memotong kuku saat sudah panjang.
	2) Di RS	Klien mengatakan saat di RS sudah di sibilin di bantu keluarganya saat pagi hari. Klien mengatakan saat di RS belum menyikat gigi.

4) Riwayat Psikososial

Tabel 4. 4 Riwayat Psikososial

NO	Riwayat Psikososial	Klien
1.	Konsep diri	Klien mengatakan takut menjalani operasi
2.	Ideal diri	Klien mengatakan tidak bisa menjalankan aktifitas seperti bekerja. Klien mengatakan menerima kondisinya saat ini akan tetapi klien dan keluarganya khawatir dan sering bertanya tentang bagaimana operasi yang akan di lakukan karena baru pertama kali klien akan menjalani tindakan operasi.
3.	Harga diri	Klien mengatakan tidak malu dengan kondisinya saat ini
4.	Peran	Klien mengatakan sebagai istri dari suaminya, ibu dari anaknya dan nenek dari cucunya
5.	Identitas diri	Klien mengatakan seorang perempuan berusia 60 tahun mempunyai suami dan bekerja sebagai petani
6.	Pola peran hubungan dengan orang lain	- Sebelum sakit klien mengatakan berhubungan baik dengan masyarakat dan lingkungannya - Saat sakit berhubungan baik dengan para perawat dan klien lainnya
7.	Pola seksual	Klien berjenis kelamin perempuan berusia 60 tahun dan sudah menikah. Klien sudah mempunyai anak dan cucu.
8.	Pola mekanisme koping	Klien mengatakan apabila ada masalah akan segera diselesaikan dengan berdiskusi dengan keluarganya.
9.	Status mental	Status mental klien baik dan tidak terganggu.

10.	Pola komunikasi	Klien mengatakan bahasa yang dipakai sehari-hari menggunakan bahasa jawa komunikasi klien terbuka.
11.	Orientasi	Klien tidak mengalami disorientasi.

5) Pemeriksaan fisik

Tabel 4. 5 Pemeriksaan Fisik

No.	Pemeriksaan Fisik	Klien
1.	Keadaan umum	Lemah, kesadaran composmentis, klien terbaring terlentang ditempat tidur, klien tampak kesakitan dan memegang perutnya, ekspresi wajah menyeringai, klien tampak bingung dan gelisah, klien terpasang infus RL 20 tpm ditangan kiri.
2.	Tanda-tanda vital	
	1) Tekanan darah	133/68 MmHg
	2) Nadi	102 x/mnt
	3) Suhu	36,5
	4) Respirasi	19 x/mnt
	5) SPO2	97%
3.	Pemeriksaan kepala dan leher	
	1) Kepala	Kepala simetris kanan dan kiri, bentuk wajah oval, ekspresi wajah merintih kesakitan, tidak ada benjolan pada kulit kepala, penyebaran rambut merata dan tampak bersih.
	2) Mata	Mata simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, pupil miosis dan mengikuti arah gerak mata, konjungtiva merah muda, sclera putih, klien mampu melihat jarak jauh maupun dekat.
	3) Hidung	Lubang hidung simetris kanan dan kiri, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada secret pada lubang hidung
	4) Telinga	Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen dan tidak ada perdarahan.
	5) Mulut	Keadaan mulut dan gigi bersih, mukosa

bibir lembab.

6) Leher

Tidak terdapat pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid, posisi trakea tepat berada ditengah.

4.	Pemeriksaan Integumen	Kulit lembab, teraba hangat, turgor kembali <2 detik, warna kulit sawo matang.
5.	Pemeriksaan dada/ <i>thorax</i>	
	1) Paru-paru	
	Inpeksi	Bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intracosta, pernafasan reguler (19x/menit), tidak terdapat tanda-tanda kesulitan bernafas.
	Palpasi	
		Saat klien bernafas dilakukan pemeriksaan palpasi antara lapang paru kanan dan kiri tidak terasa getaran yang lebih kuat dari salah satu sisi dada meliankan sama antara kanan dan kiri
	Auskultasi	
	Perkusi	Suara perkusi sonor
	2) Jantung	
	Inpeksi	Suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan
	Palpasi	Tidak tampak pulsasi
	Auskultasi	Ictus cordis : ictus cordis teraba di ICS V midclavicula kiri. Tidak terdapat jejas
	Perkusi	Suara perkusi pekak
		Tidak terdapat bunyi jantung tambahan
6.	Pemeriksaan Payudara	Payudara simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan dan benjolan pada payudara

7.	Pemeriksnan Abdomen					
	Inspeksi	Bentuk abdomen rata kanan dan kiri, tidak terdapat lesi				
	Auskultasi	Terdapat suara bising usus 12x/menit				
	Perkusi	Terdapat suara tympani				
	Palpasi	Terdapat nyeri tekan skala 6 di area abdomen bagian kanan bawah, tidak terdapat benjolan pada area abdomen				
8.	Pemeriksaan Genetalia	Tidak ada kelainan pada area genetalia, tidak ada kelainan pada anus				
9.	Pemeriksaan Ekstremitas	Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> Anggota gerak atas dan bawah tidak mengalami keterbatasan gerak. Tidak terdapat edema. Akral hangat,CRT <2 detik,terpasang infus RL di tangan kiri 20 tpm.	5	5	5	5
5	5					
5	5					
10.	Pemeriksaan Neurologis					
	a) Kesadaran	Compos Mentis				
	b) GCS	E4(membuka mata spontan) E5(ucapan,orientasi baik) E6(gerakan mengikuti perintah)				
	c)Kemampuan motorik	Ekstremitas atas dan bawah kuat tidak terdapat kelemahan dan keterbatasan gerak				
	d)Kemampuan sensorik	Klien mampu merasakan sentuhan, panas, dingin, tumpul dan tajam				
	e) Refleks	- Refleks Fisiologis Bisep : D (+) S (+) Trisep : D (+) S (+) Patella : D (+) S (+) - Refleks Patologis Babinski : D (-) S (-) Chaddock : D (-) S (-)				

11. Pemeriksaan Saraf

Kranialis

- | | |
|--------------------------|--|
| a. Nervus Olfaktorius | : Tidak ada gangguan penciuman |
| b. Nervus Optikus | : Tidak ada gangguan penglihatan |
| c. Nervus Okulomotorius | : Klien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah |
| d. Nervus Toklearis | : Klien mampu menggerakkan bola mata ke bawah |
| e. Nervus Trigeminy | : Klien dapat menggerakkan rahangnya |
| f. Nervus Abdusen | : Klien mampu menggerakkan matanya ke samping kanan dan kiri |
| g. Nervus Fasialis | : Wajah klien simetris, tidak ada kelemahan pada wajah |
| h. Nervus Auditorius | : Tidak terdapat gangguan pendengaran |
| i. Nervus Glosafaringeus | : Tidak ada gangguan pengecapn |
| j. Nervus Vagus | : Tidak ada gangguan menelan |
| k. Nervus Asesorius | : Klien mampu menggerakkan bahu |
| l. Nervus Hipoglosus | : Klien mampu menjulurkan lidah |
-

6) Pemeriksaan penunjang

Tabel 4. 6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Normal
Lab tanggal 12 Maret 2025	Hemoglobin	9.3	g/dl	12.5 - 16.0
	Lekosit	27.3	$10^3/uL$	4.0 - 10.5
	Trombosit	153	$10^3/uL$	150 - 450
Pemeriksaan Darah Lengkap	Hematokrit	29.3	%	37.0 – 47.0
	Eritrosit	4.10	Juta/uL	3.50 – 4.76
	MCV	71.2	fL	78.0 – 100.0
	MCH	22.7	pg	31.0 – 37.0
	MCHC	31.8	g/d	37.0 – 54.0
	RDW	13.1	%	11.0- 16.0
	PDW	13.5	fL	9.0 – 17.0
	MPV	9.6	fL	8.0 – 11.0
	NEU%	88.2	%	37.0 – 72.0
	LYM%	5.3	%	15.0 – 50.0
	MXD%	6.5	%	0.0 – 14.0
	NEU#	24.1	$10^3/uL$	1.5 – 6.6
	LYM#	1.4	$10^3/uL$	1.5 – 3.5
	MXD#	1.8	$10^3/uL$	< 1.0
GULA DARAH	Glukosa Darah	233	mg/dl	<180
FAAL GINJAL	Ureum	77.9	mg/dl	15.0 – 45.0
	Creatinin	1.02	mg/dl	0.6 – 1.1
	eGFR	61		
FAAL HATI	SGOT	22.8	U/L	9.0 – 25.0
	SGPT	24.4	U/L	7.0 – 30.0
IMUNOSEROLOG I	HIV I	Non- Reaktif		Non-Reaktif
	HbsAg	Negatif		Negatif
HEMOSTASIS	PPT	16.4	detik	11.7 – 15.3
	INR	1.18	detik	
	APTT	34.2	detik	25.0 – 38.6

a) USG Abdomen Total

Tanggal 13-03-2025 Jam 09.41

Klinis : Suspek Appendicitis Acute

Hasil :

- Temuan di atas menyokong gambaran appendicitis acute de ileitis
- Cholelithiasis disertai cholecystitis
- Saat ini Hepar / Lien / Pancreas / Ginjal kanan kiri / Buli / Uterus / Adnexa kanan kiri tak tampak kelainan

7) Penatalaksanaan (terapi)

Tabel 4. 7 Penatalaksanaan Terapi

Terapi	Dosis	Pemberian	Manfaat
Infus Ringer Laktat	20 tetes/menit	Infus IV	Mengganti cairan tubuh yang hilang
Injeksi Ranitidin	3 x 1amp (50 mg)	Injeksi selang IV	Mengurangi jumlah asam lambung dalam perut
Injeksi Santagesik	3 x 1amp (500 mg)	Injeksi selang IV	Meredakan nyeri

4.1.3 Analisa data

Tabel 4. 8 Analisa Data

NO	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data subjektif : - Klien mengatakan nyeri di bagian perut kanan bawah menjalar sampe belakang, nyeri seperti ditusuk -tusuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul. Data Objektif : - K/u cukup - Ekspresi wajah klien menyeringai - Klien tampak kesakitan memegang perutnya - Ekspresi wajah klien gelisah - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - TTV : TD : 133/68 mmHg Nadi : 77x/menit Suhu : 36,5° RR : 20x/menit SpO2 : 97%	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisiologis
2.	Data Subjektif : - Klien mengatakan takut operasi karena baru pertama kali akan menjalani tindakan operasi Data Objektif : - Ekspresi wajah klien gelisah - Ekspresi wajah klien tegang - Wajah pucat - TTV : TD : 133/68 mmHg Nadi : 77x/menit Suhu : 36,5° RR : 20x/mnt SpO2 : 97%	Ansietas	Kekhawatiran Mengalami Kegagalan

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 9 Diagnosa Keperawatan Pre-Operasi

NO	Tanggal Muncul	Diagnosa	Tanggal Teratasi
1.	14/03/2025	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis ditandai dengan : Data subjektif : - Klien mengatakan nyeri di bagian perut kanan bawah menjalar sampe belakang, nyeri seperti ditusuk -tusuk, nyeri yang dirasakan hilang timbul. Data Objektif : - K/u cukup - Ekspresi wajah klien menyeringai - Klien tampak kesakitan memegang perutnya - Ekspresi wajah klien gelisah - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - TTV : - TD : 133/68 mmHg - Nadi : 77x/menit - Suhu : 36,5° - RR : 20x/menit - SpO2 : 97%	15/03/2025
2.	14/03/2025	Ansietas b/d Kekhawatiran Mengalami Kegagalan Ditandai dengan : Data Subjektif : Klien mengatakan takut operasi karena baru pertama kali akan menjalani tindakan operasi Data Objektif : Ekspresi wajah klien gelisah Ekspresi wajah klien tegang Wajah pucat TTV : - TD : 133/68 mmHg - Nadi : 77x/menit - Suhu : 36,5° - RR : 20x/mnt - SpO2 : 97%	15/03/2025

Tabel 4. 10 Diagnosa Keperawatan Post Operasi

NO	Tanggal Muncul	Diagnosa	Tanggal Teratasi
1.	15/03/2025	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik ditandai dengan : Data subjektif : Klien mengatakan nyeri saat dibuat bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk di area bekas operasi, nyeri yang dirasakan hilang timbul Data Objektif : K/u cukup Ekspresi wajah klien menyeringai Skala nyeri 4 (nyeri sedang) Terdapat luka <i>post apendiktomi</i>, luka tertutup kasa verband dan plester Luka <i>post apendiktomi</i> hari ke 1 TTV : TD : 122/78 mmHg Nadi : 60x/menit Suhu : 36° RR 20x/menit SpO2 : 99%	17/03/2025
2.	15/03/2025	Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif (prosedur operasi) Ditandai dengan: Data Subjektif: Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. Data Objektif: Terdapat luka <i>Apendiktomi</i> Luka tertutup kasssa verband dan plester .panjang plester 10 cm Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat Tidak terdapat perdarahan. Kondisi perban basah Leukosit : $27.3 \cdot 10^3/uL$	17/03/2025
3.	15/03/2025	Kerusakan Integritas Kulit b/d Agen pencedera fisik Ditandai dengan : Data Subjektif : Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut tengah bagian bawah Data Objektif : Terdapat luka <i>post apendiktomi</i> tertutup kassa kurang lebih 10 cm Luka tertutup kassa verband dan plaster Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat Tidak terdapat perdarahan	17/03/2025

		Tidak terdapat nanah Luka <i>post apendiktomi</i> hari ke 1 Leukosit : 27,3 10 ³ /uL	
4.	15/03/2025	Ansietas b/d Kurang terpaparnya informasi Ditandai dengan : Data Subjektif : Klien mengatakan baru kali ini dilakukan tindakan operasi Klien mengatakan takut jahitannya lepas bila melakukan mobilisasi Data Objektif : Ekspresi wajah klien gelisah Ekspresi wajah klien tegang Klien tampak terus melihat ke perutnya TTV : TD : 122/78 mmHg Nadi : 60x/menit Suhu : 36° RR 20x/menit SpO2 : 99%	16/03/2025

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 11 Intervensi Keperawatan Pre-Operasi Appendicitis

Tanggal Muncul : 14 Maret 2025

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola napas membaik 8. Tekanan darah membaik	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian analgetik	Observasi 1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya. 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami klien 3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan klien saat pemulihan 4. Untuk mengurangi tingkat nyeri dan membiasakan nyeri 5. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita klien 7. Untuk mengurangi faktor resiko yang dapat memperberat nyeri 8. Untuk memuaskan dan memenuhi kebutuhan pasien 9. Memberikan strategi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien Edukasi 10. Informasi yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien dan menambah pengetahuan pasien tentang nyeri. 11. Pasien dapat

				mengetahui 12. penyebab, karakteristik, dan lokasi nyeri secara Mandiri 12. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 13. Nafas dalam dapat menghirup O2 secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Sebagai profilaksis 13. untuk menghilangkan rasa nyeri.
2.	Ansietas b/d Kekhawatiran Mengalami Kegagalan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan dengan penyakitnya dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentras imembaik 6. Pola tidur membaik	Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 13. Latih Teknik relaksasi	Observasi 1. Ketakutan dapat terjadi karena nyeri hebat, penting pada prosedur diagnostik dan pembedahan 2. Untuk mengetahui ansietas yang dideritaklien Terapeutik 3. Dapat meringankan ansietas terutama ketika pemeriksaan tersebut melibatkan pembedahan 4. Untuk menghindarkan hal yang memperparah ansietas 5. Klien merasa nyaman 6. Membina hubungan saling percaya 7. Membatasi kelemahan, menghemat energi dan meningkatkan kemampuan coping 8. Mengurangi kecemasan klien 9. Pasien dapat lebih mempersiapkan diri

- dan merasa tenang
10. Pengetahuan pasien bertambah sehingga dapat mengurangi tingkat ansietas yang diderita
 11. Agar pasien merasa nyaman
 12. Pasien dapat merasa lebih tenang
 13. Nafas dalam dapat menghirup O₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi kecemasan

Tabel 4. 12 Intervensi Keperawatan Post Operasi Appendiktomi

Tanggal Muncul : 15 Maret 2025

NO	Diagnosa	SLKI	SIKI	Rasional
1.	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Pola napas membaik 8. Tekanan darah membaik	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat	Observasi 1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya. 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami klien 3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan klien saat pemulihan 4. Untuk mengurangi tingkat nyeri dan membiasakan nyeri 5. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita klien 7. Untuk mengurangi faktor resiko yang dapat memperberat

			13. Ajarkan nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Teknik untuk pemberian	nyeri
			Kolaborasi		8. Untuk memuaskan dan memenuhi kebutuhan pasien
			14. Kolaborasi analgetik		9. Memberikan strategi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien
					Edukasi
					10. Informasi yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien dan menambah pengetahuan pasien tentang nyeri.
					11. Pasien dapat mengetahui
					12. penyebab, karakteristik, dan lokasi nyeri secara Mandiri
					15. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien
					16. Nafas dalam dapat menghirup O ₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri
					Kolaborasi
					17. Sebagai profilaksis
					18. untuk menghilangkan rasa nyeri.
2.	Resiko Infeksi b/d efek prosedur invasif (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil: a. Demam menurun b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun d. Bengkak menurun e. Kadar sel darah putih membaik	Observasi	1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Observasi 1. Dapat mengetahui adanya tanda infeksi Terapeutik 2. Mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain. 3. Mencegah meluas dan membatasi penyebaran organism infeksi/kontaminasi silang. 4. Menurunkan resiko terpajan.

			5. Pertahankan Teknik aseptic pada pasien beresiko tinggi	5. Menurunkan resiko terpapaj. Edukasi
			Edukasi	6. Untuk mengidentifikasi infeksi secara dini dengan mandiri
			6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	7. Untuk mencegah penyebaran kuman
			7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar	8. Untuk mencegah penyebaran kuman
			8. Ajarkan etika batuk	9. Untuk mengidentifikasi infeksi pada luka operasi secara mandiri
			9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi	10. Untuk mempercepat proses penyembuhan
			10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	11. Untuk mempertahankan cairan
			11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	12. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi
			Kolaborasi	
			12. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	
3.	Kerusakan Integritas Kulit b/d Agen Pencedera Fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi masalah pada kulit dan integritas jaringan dengan kriteria hasil : a) Perfusi jaringan meningkat b) Kerusakan jaringan menurun c) Kerusakan lapisan kulit menurun d) Nyeri menurun e) Pendarahan menurun f) Kemerahan menurun	Observasi 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepasakan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik streil saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai dengan eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien	Observasi 1. Mendeteksi secara dini tanda-tanda infeksi pada bekas jahitan luka 2. Mengetahui ada taua tidak tanda-tanda infeksi pada luka bekas jahitan Terapeutik 3. Mengurangi tegangan pada jahitan luka bekas operasi 4. Mempermudah membuka balutan luka yang lengket 5. Pemberian salep yang sesuai dengan jenis luka dapat mempercepat penyembuhan luka dari luar 6. Meningkatkan ketepatan drainase 7. Meningkatkan penyembuhan dan

			Edukasi 10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	menghindari infeksi pada luka bekas operasi 8. Mencegah terjadinya transmisi infeksi bakteri pada luka jahitan 9. Mencegah adanya luka decubitus dan mengembalikan kekuatan otot klien 10. Keluarga dan klien paham tanda dan gejala infeksi 11. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka 12. Pasien dapat merawat luka secara mandiri Kolaborasi 13. Mengurangi resiko infeksi
4.	Ansietas b/d Kurang terpaparnya informasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan penyakitnya dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentras imembaik 6. Pola tidur membaik	Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 12. Anjurkan mengungkapkan	Observasi 1. Ketakutan da patteredjadi karena nyeri hebat, penting pada prosedur diagnostik dan pembedahan 2. Untuk mengetahui ansietas yang dideritaklien Terapeutik 3. Dapat meringankan ansietas terutama ketika pemeriksaan tersebut melibatkan pembedahan 4. Untuk menghindarkan hal yang memperparah ansietas 5. Klien merasa nyaman 6. Membina hubungan saling percaya 7. Membatasi kelemahan, menghemat energi dan

perasaan dan persepsi	meningkatkan kemampuan coping
13. Latih Teknik relaksasi	8. Mengurangi kecemasan klien
	9. Pasien dapat lebih mempersiapkan diri dan merasa tenang
	10. Pengetahuan pasien bertambah sehingga dapat mengurangi tingkat ansietas yang diderita
	11. Agar pasien merasa nyaman
	12. Pasien dapat merasa lebih tenang
	13. Nafas dalam dapat menghirup O ₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi kecemasan

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 13 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Implementasi
Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis	14/03/2025 14.30	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : – Klien mengatakan nyeri saat dibuat untuk bergerak pada perut kanan bawah – Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk menjalar sampe belakang – Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul
	14.30	2. Mengidentifikasi skala nyeri dengan cara menanyakan kepada klien Hasil : – Skala nyeri 6 (Nyeri sedang)
	14.30	3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal dengan cara melihat ekspresi dan mengukur TTV klien Hasil : – Wajah klien tampak menyeringai – TTV : TD : 122/78 MmHg Nadi : 115x/menit Suhu : 36 ° RR : 20x/menit Spo2 : 99%
	14.35	4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dengan cara menanyakan kepada klien Hasil : – Klien mengatakan hal yang memperberat nyeri saat bergerak dan yang memperingan nyeri saat klien diam
	14.35	10. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
	14.35	13. Memberikan edukasi teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dengan melakukan nafas dalam
	15.00	14. Memberikan obat analgetik Hasil : – Memberikan injeksi secara IV santagesik 1 ampul
Ansietas Kekhawatiran Mengalami Kegagalan	b/d 14/03/2025 14.30	7. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Hasil : – Menjelaskan kepada klien tentang hal yang akan terjadi jika tidak mau dilakukan tindakan operasi – Menjelaskan kepada klien tentang

- | | | |
|-------|-----|--|
| | | pentingnya tindakan operasi pada klien yang menderita <i>appendicitis</i> |
| 14.40 | 12. | Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
Hasil : <ul style="list-style-type: none"> – Klien mengatakan takut jika operasi tidak akan berhasil – Klien mengatakan takut tentang bagaimana rasanya jika perutnya nanti di bedah |
| 14.42 | 13. | Melatih klien melakukan teknik relaksasi
Hasil : <ul style="list-style-type: none"> – Klien mampu untuk melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi kecemasan dan menurunkan nyeri |

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4. 14 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Evaluasi
Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis	14/03/2025 20.45	S : - Klien mengatakan nyeri perut bagian kanan bawah menjalar sampai belakang - Klien mengatakan rasa sakit nyerinya semakin bertambah O : - K/u cukup - Ekpresi wajah menyeringai saat klien bergerak - Klien tampak memegang perutnya - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - Rencana operasi apendiktomi tanggal 15/03/2025 pukul 10.00 WIB - TTV : TD : 134/81 MmHg Nadi : 110x/menit Suhu : 36,6 ° RR : 20x/menit Spo2 : 98% A : Masalah belum teratasi - Keluhan nyeri belum menurun - Meringis belum menurun - Gelisah belum menurun - Frekuensi nadi belum membaik P : Lanjutkan intervensi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kolaborasi pemberian analgetik
Ansietas Kekhawatiran Mengalami Kegagalan	b/d 14/03/2025 20.45	S : - Klien mengatakan masih takut dan rasanya belum siap jika besok dilakukan tindakan operasi. O : - Ekspresi wajah klien gelisah - Ekspresi wajah klien tegang - Wajah pucat - Klien sering memanggil anaknya - Klien dan anaknya sering bertanya tentang bagaimana tindakan operasi yang akan di lakukan

-
- Rencana operasi apendiktomi tanggal 15/03/2025 pukul 10.00 WIB

A : Masalah belum teratasi

- Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi belum menurun
- Perilaku gelisah belum menurun
- Perilaku tegang belum menurun

P : Lanjutkan intervensi

- 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- 12) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 13) Latih teknik relaksasi

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4. 15 Catatan Perkembangan

No.	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Awal Dinas	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi Akhir Dinas
1.	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisiologis	Evaluasi Awal pukul 07.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri perut bagian kanan bawah menjalar sampai belakang - Klien mengatakan rasa sakit nyerinya semakin bertambah O : - K/u cukup - Ekpresi wajah menyeringai saat klien bergerak - Klien tampak memegang perutnya - Skala nyeri 6 (nyeri sedang) - Rencana operasi apendiktomi tanggal 15/03/2025 pukul 10.00 WIB - TTV : TD : 134/81 MmHg Nadi : 110x/menit Suhu : 36,6 ° RR : 20x/menit Spo2 : 98%	15/03/2025 07.00 07.10 07.10	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : - Klien mengatakan nyeri saat dibuat untuk bergerak pada perut kanan bawah - Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk menjalar sampe belakang - Klien mengatakan nyeri dirasakan hilangtimbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri dengan cara menanyakan kepada klien Hasil : - Skala nyeri 6 (Nyeri sedang) 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal dengan cara melihat ekspresi dan mengukur TTV klien Hasil : - Wajah klien tampak menyeringai - TTV : TD : 140/80 MmHg Nadi : 101x/menit Suhu : 36 ° RR : 20x/menit Spo2 : 99% 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat	Evaluasi Akhir pukul 14.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi di perut tengah bagian bawah - Klien mengatakan nyeri dirasakan saat dibuat untuk bergerak - Klien mengatakan bisa tidur siang namun masih sering terbangun karena nyeri O : - K/u cukup - Ekpresi wajah menyeringai saat klienbergerak - Skala nyeri 4 (nyeri sedang) - Terdapat luka <i>post apendiktomi</i>, lukatertutup kassa verband dan plester - TTV : TD : 120/80 MmHg Nadi : 110x/menit Suhu : 36,6 ° RR : 20x/menit Spo2 : 99% A : Masalah teratasi, muncul

		A : Masalah belum teratasi - Keluhan nyeri belum menurun - Meringis belum menurun - Gelisah belum menurun - Frekuensi nadi belum membaik P : Lanjutkan intervensi 5) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 6) Identifikasi skala nyeri 7) Identifikasi respons nyeri non verbal 8) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 13) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 14) Kolaborasi pemberian analgetik	07.30 08.00 08.30 10.00	dan memperingan nyeri Hasil : - Klien mengatakan hal yang memperberat nyeri saat bergerak dan yang memperingan nyeri saat klien diam 13. Memberikan edukasi teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri dengan teknik nafas dalam 14. Memberikan obat analgetik Hasil : a. Memberikan injeksi secara IV santagesik lampul 15. Mengantar klien berangkat ke kamar operasi untuk dilakukan operasi pembedahan apendiktomi	masalah baru dengan etiologi yang berbeda - Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik P : Lanjutkan intervensi post operasi - Tujuan : Nyeri berkurang dengan kriteria hasil (SLKI) : a) Keluhan nyeri menurun b) Meringis menurun c) Sikap protektif menurun d) Gelisah menurun e) Frekuensi nadi membaik f) Pola napas membaik g) Tekanan darah membaik - Rencana tindakan keperawatan (SIKI) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7) Control lingkungan yang
--	--	---	---	---	--

					memperberat rasa nyeri 8) Fasilitasi istirahat dan tidur 9) Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 13) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14) Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Ansietas b/d Kekhawatiran mengalami keagalan	Evaluasi Awal pukul 07.00 WIB S : - Klien mengatakan masih takut dan rasanya belum siap jika besok dilakukan tindakan operasi. O : - Ekspresi wajah klien gelisah - Ekspresi wajah klien tegang - Wajah pucat - Klien sering memanggil anaknya	15/03/2025 07.00 09.30	7. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Hasil : - Menjelaskan kepada klien tentang hal yang akan terjadi jika tidak mau dilakukan tindakan operasi - Menjelaskan kepada klien tentang pentingnya tindakan operasi pada klien yang menderita <i>appendicitis</i> 12. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi Hasil : - Klien mengatakan takut jika operasi tidak akan berhasil	Evaluasi Akhir pukul 14.00 WIB S : - Klien mengatakan masih belum tahu cara perawatan pada luka bekas operasi - Klien mengatakan masih takut untuk bergerak karena terasa nyeri O : - Px tampak tegang - Klien dan keluarga sering bertanya tentang perawatan luka bekas operasi - Klien masih takut bergerak

		- Klien dan anaknya sering bertanya tentang bagaimana tindakan operasi yang akan di lakukan - Rencana operasi apendiktomi tanggal 15/03/2025 pukul 10.00 WIB A : Masalah belum teratasi a. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi belum menurun b. Perilaku gelisah belum menurun c. Perilaku tegang belum menurun P : Lanjutkan intervensi 7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 12) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 13) Latih teknik relaksasi	09.35 10.00	- Klien mengatakan takut tentang bagaimana rasanya jika perutnya nanti di bedah 13. Melatih klien melakukan teknik relaksasi Hasil : - Klien mampu untuk melakukan teknik nafas dalam untuk mengurangi kecemasan dan menurunkan nyeri 17. Mengantar klien berangkat ke kamar operasi untuk dilakukan operasi pembedahan apendiktomi	- TTV : TD : 120/80 mmHg Nadi : 110x/menit Suhu : 36,6 ° RR : 20x/menit Spo2: 100% A : Masalah teratasi, muncul masalah baru dengan etiologi yang berbeda - Ansietas b/d kurang terpaparnya informasi P : Lanjutkan intervensi post operasi - Tujuan : Klien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan penyakitnya dengan kriteria hasil (SLKI) : a) Verbalisasi kebingungan menurun b) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun c) Perilaku gelisah menurun d) Perilaku tegang menurun e) Konsentrasi membaik - Rencana tindakan keperawatan : Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
--	--	--	---------------------------	--	--

					2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
--	--	--	--	--	---

					12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 13. Latih Teknik relaksasi
3.	Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif (prosedur operasi)	Evaluasi awal pukul 07.00 WIB S : - O : - A : - P : -	15/03/2025 12.30 12.32	1. Mengobservasi keadaan penutup luka Hasil : Luka tertutup kassa verband dan plester .panjang plester 10 cm. Penutup verband/penutup luka bersih tidak ada pus /cairan 2. Monitor adanya tanda- tanda infeksi: Hasil : Daerah sekitar luka bekas operasi teraba hangat. Tidak terdapat kemerahan pada daerah luka. Tidak terdapat pus. Luka tidak mengalami pembengkakan kondisi perban kering	Evaluasi Akhir pukul 14.00 WIB S: - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: - Terdapat luka Apendiktomi - Luka tertutup kassa verband dan plester panjang plester 10 cm - Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan - Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat - Tidak terdapat perdarahan. - Kondisi Perban kering A : Muncul masalah baru - Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif (prosedur operasi) P : Lanjutkan intervensi post operasi - Tujuan : Diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil (SLKI): a. Demam menurun

					b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun d. Bengkak menuru e. Kadar sel darah putih membaik - Rencana tindakan keperawatan Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 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 Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian
--	--	--	--	--	--

					antibiotic, jika perlu
4.	Kerusakan Integritas Kulit b/d Agen Pencedera fisik	Evaluasi Awal pukul 07.00 WIB S : - O : - A : - P : -	15/03/2025 12.30 12.35	1. Memonitor karakteristik luka Hasil : - Luka baru bekas operasi tertutup kasa verband dan plester ± sepanjang 10 cm - Keadaan kasa bersih dan tidak basah - Kulit disekitar bekas operasi tidak kemerahan - Suhu di daerah sekitar operasi hangat - Tidak ada perdarahan - Tidak ada nanah 2. Mengajukan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	Evaluasi Akhir pukul 14.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri dibagian luka baru bekas operasi di perut tengah bagian bawah O : - Luka bekas operasi tertutup kasa verband dan plester ± sepanjang 10cm - keadaan kasa bersih dan tidak basah - Kulit disekitar luka tidak ada kemerahan - Kulit disekitar luka terasa hangat - Tidak terdapat perdarahan - Tidak terdapat nanah A : Muncul masalah baru - Kerusakan Integritas Kulit b/d Agen Pencedera fisik P : Lanjutkan intervensi post-operasi - Tujuan : diharapkan tidak terjadi masalah pada kulit dan integritas jaringan dengan kriteria hasil : a. Perfusi jaringan meningkat b. Kerusakan jaringan menurun c. Kerusakan lapisan kulit

					menurun d. Nyeri menurun e. Pendarahan menurun f. Kemerahan menurun - Rencana tindakan keperawatan Observasi 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepasakan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik streil saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai dengan eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi 10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
--	--	--	--	--	---

					11. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
5.	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik	Evaluasi Awal pukul 07.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi di perut tengah bagian bawah - Klien mengatakan nyeri dirasakan saat dibuat untuk berjalan - Klien mengatakan masih belum berani ke kamar mandi O : - K/u cukup - Ekpresi wajah menyeringai saat klien bergerak - Skala nyeri 4 (nyeri sedang) - Terdapat luka <i>post apendiktomi</i>, luka tertutup kassa verband dan plester - Luka operasi hari ke 2 - TTV :	16/03/2025 07.00 07.30 07.30	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : - Klien mengatakan nyeri saat dibuat untuk bergerak pada perut tengah bawah bekas operasi - Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut tengah bagian bawah - Klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul 2. Mengidentifikasi skala nyeri dengan cara menanyakan kepada klien Hasil : - Skala nyeri 2 (Nyeri ringan) 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal dengan cara melihat ekspresi klien dan mengukur TTV Hasil : - Wajah klien tampak menyeringai - TTV TD : 121/70 mmHg Nadi : 99x/menit	Evaluasi Akhir pukul 14.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi di perut tengah bagian bawah - Klien mengatakan nyeri dirasakan saat dibuat untuk berjalan - Klien mengatakan sudah bisa belajar berjalan meskipun masih terasa sedikit nyeri - Klien mengatakan masih belum berani ke kamar mandi O : - K/u cukup - Ekpresi wajah menyeringai saat klien bergerak - Skala nyeri 2 (nyeri sedang) - Terdapat luka <i>post apendiktomi</i>, luka tertutup kassa verband dan plester

6.	Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif (prosedur operasi)	Evaluasi Awal pukul 07.00 WIB S: - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: - Terdapat luka Apendiktomi - Luka tertutup kasssa verband dan plester panjang plester 10 cm - Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan - Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat - Tidak terdapat perdarahan. - Kondisi Perban kering A: Masalah teratasi sebagian. a. Demam menurun b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun d. Bengkak menurun e. Kadar sel darah putih belum membaik P : Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 6) Menjelaskan tanda dan	16/03/2025 07.00 07.10 08.00 11.35	1. Monitor adanya tanda- tanda infeksi: Hasil : Daerah sekitar luka bekas operasi teraba hangat. Tidak terdapat kemerahan pada daerah luka. Tidak terdapat pus. Luka tidak mengalami pembengkakan kondisi perban kering. 6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi kepada klien dan keluarga klien 10. Menganjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi 12. Memberikan injeksi antibiotik : - Metronidazole 500mg - Levofloxacin 1000mg - Ranitidin 50mg	Evaluasi Akhir pukul 14.00 WIB S: - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: - Terdapat luka Apendiktomi - Luka tertutup kasssa verband dan plester panjang plester 10 cm - Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan - Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat - Tidak terdapat perdarahan. - Kondisi Perban kering - Leukosit 11,3 10³uL A: Masalah teratasi sebagian. f. Nyeri menurun g. Kadar sel darah putih belum membaik P : Lanjutkan intervensi 2) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 12) Kolaborasi pemberian antibiotic
----	---	---	--	--	---

		gejala infeksi 10) Mengajukan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi 12) Kolaborasi pemberian antibiotic			
7.	Kerusakan Integritas Kulit b/d Agen Pencedera fisik	Evaluasi Awal pukul 07.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi di perut tengah bagian bawah O : - Luka bekas operasi tertutup kasa verband dan pleseter ± sepanjang 10 cm - keadaan kassa bersih dan tidak basah - Kulit disekitar luka tidak ada kemerahan - Kulit disekitar luka teraba hangat - Tidak terdapat pendarahan - Tidak terdapat nanah A : Masalah belum teratasi - Kerusakan jaringan belum menurun - Kerusakan lapisan belum menurun P : Lanjutkan intervensi - Monitor karakteristik luka	16/03/2025 07.00 07.05 07.10 11.40	- Memonitor karakteristik luka Hasil : - Luka bekas operasi tertutup kasa verband dan pleseter ± sepanjang 10 cm - keadaan kassa bersih dan tidak basah - kulit disekitar bekas operasitidak kemerahan - suhu di daerah sekitar operasi hangat - tidak ada perdarahan - tidak ada nanah - Memonitor tanda-tanda infeksi dengan cara melihat dan mengamati bekas operasi - Menjelaskan tanda dan gejala infeksi - Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	Evaluasi Akhir pukul 14.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi di perut tengah bagian bawah O : - Luka bekas operasi tertutup kasa verband dan pleseter ± sepanjang 10cm - keadaan kassa bersih dan tidak basah - Kulit disekitar luka tidak ada kemerahan - Kulit disekitar luka teraba hangat - Tidak terdapat pendarahan - Tidak terdapat nanah - Luka operasi hari ke 2 A : Masalah belum teratasi - Kerusakan jaringan belum menurun - Kerusakan lapisan belum menurun P : Lanjutkan intervensi - Monitor karakteristik

		3) Monitor tanda-tanda infeksi 10) Menjelaskan tanda gejala infeksi 11) Motivasi mengonsumsi makanan tinggi kalori			luka 3) Monitor tanda-tanda infeksi
8.	Ansietas b/d Kurang terpaparnya informasi	Evaluasi Awal pukul 07.00 WIB S : - Klien mengatakan masih belum tahu cara perawatan pada luka bekas operasi - Klien mengatakan masih takut untuk bergerak karena terasa nyeri O : - Px tampak tegang - Klien dan keluarga sering bertanya tentang perawatan luka bekas operasi - Klien masih takut bergerak - TTV : TD : 119/75 MmHg Nadi : 86x/menit Suhu : 36,3 ° RR : 21x/menit Spo2 : 99% A : Masalah teratasi sebagian - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah menurun	16/03/2025 07.00 07.15	1. Memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Hasil : - Menjelaskan kepada klien efek samping dari pembedahan - Menjelaskan kepada klien pentingnya latihan berjalan 8. Mendiskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Hasil : - Menjelaskan kepada klien dan keluarga saat mandi luka operasi jangan dulu terkena air - Tidak boleh membuka balutan secara mandiri - Tidak boleh membuka jahitan sendiri tanpa intruksi dokter	Evaluasi Akhir pukul 14.00 WIB S : - Klien mengatakan sudah mengerti dengan kondisinya saat ini - Klien mengatakan sudah mulai belajar untuk melakukan mobilisasi seperti berjalan- jalan di ruangan O : - Px tampak tenang - TTV : TD : 122/85 mmHg Nadi : 75x/menit Suhu : 36 ° RR : 20x/menit Spo2: 98% A : Masalah teratasi

		P : Lanjutkan intervensi : 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 8) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang			
9.	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik	Evaluasi Awal pukul 14.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi di perut tengah bagian bawah - Klien mengatakan nyeri dirasakan saat dibuat untuk berjalan - Klien mengatakan sudah bisa belajar berjalan meskipun masih terasa sedikit nyeri O : - K/u cukup - Ekpresi wajah menyeringai saat klien bergerak - Skala nyeri 2 (nyeri sedang) - Terdapat luka <i>post apendiktomi</i>, luka tertutup kassa verband dan plester - TTV : TD : 122/85 MmHg Nadi : 75x/menit Suhu : 36 °	17/03/2025 14.00 14.05 15.00 15.30	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil : - Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri dengan cara bertanya kepada klien - Skala nyeri 0 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Hasil : TD : 119/73 mmHg Nadi : 95x/menit Suhu : 36° RR : 20x/menit Spo2 : 99% 14. Memberikan obat analgetik Hasil : - Memberikan injeksi secara IV santagesik 1ampul (500 mg)	Evaluasi Akhir pukul 17.00 WIB S : - Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri - Klien mengatakan sudah berani BAK di kamar mandi - Klien mengatakan bisa tidur dengannya enak semalam O : - K/u cukup - Skala nyeri 0 - Terdapat luka <i>post apendiktomi</i>, luka tertutup kassa verband dan plester - Luka operasi hari ke 3 - TTV : TD : 127/79 MmHg Nadi : 93x/menit Suhu : 36 ° RR : 20x/menit Spo2 : 99% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan klien pulang pukul 17.15

		RR : 20x/menit Spo2 : 98% A : Masalah teratasi sebagian a. Keluhan nyeri menurun b. Sikap protektif menurun c. Gelisah menurun d. Frekuensi nadi baik e. Pola napas baik f. Tekanan darah baik P : Lanjutkan intervensi 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri 4) Kolaborasi pemberian analgetik			
10.	Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif (prosedur operasi)	Evaluasi Awal pukul 14.00 WIB S: - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: - Terdapat luka Apendiktomi - Luka tertutup kasssa verband dan plester panjang plester 10 cm - Kulit disekitar luka	17/03/2025 14.00 15.30	1. Monitor adanya tanda- tanda infeksi: Hasil : Daerah sekitar luka bekas operasi teraba hangat. Tidak terdapat kemerahan pada daerah luka. Tidak terdapat pus. Luka tidak mengalami pembengkakan kondisi perban kering. 12. Memberikan injeksi IV: - Metronidazole 500mg - Levofloxacin 1000mg - Santagesik 500mg - Ranitidin 50mg	Evaluasi Akhir pukul 17.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: - Terdapat luka Apendiktomi - Luka tertutup kasssa verband dan plester panjang plester 10 cm - Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan - Suhu di daerah sekitar

		operasi tidak kemerahan - Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat - Tidak terdapat perdarahan. - Kondisi Perban kering - Leukosit $11,3 \times 10^3/\text{uL}$ A: Masalah teratasi sebagian. a. Nyeri menurun b. Kadar sel darah putih belum membaik P : Lanjutkan intervensi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 12) Kolaborasi pemberian antibiotic			luka operasi hangat - Tidak terdapat perdarahan. - Kondisi Perban kering - Leukosit $9,2 \times 10^3/\text{uL}$ A: Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan klien pulang pukul 17.15
11.	Kerusakan Integritas Kulit b/d Agen Pencedera fisik	Evaluasi Awal pukul 14.00 WIB S : - Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekasoperasi di perut tengah bagian bawah O : - Luka bekas operasi tertutup kasa verband dan plester $\pm$ sepanjang 10cm - keadaan kassa bersih dan tidak basah - Kulit disekitar luka	17/03/2025 14.00 14.30 15.30	1. Memonitor karakteristik luka Hasil : - Luka bekas operasi tertutup kasa $\pm$ sepanjang 10 cm - Luka tertutup kassa verband dan plester - Kulit disekitar bekas operasi tidak kemerahan - Suhu di daerah sekitar operasi hangat - Tidak ada perdarahan - Tidak ada nanah 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Mengedukasi perawatan luka 2 hari sekali ketikasudah dirumah	Evaluasi Akhir pukul 17.00 WIB S : - Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri O : - Terdapat luka <i>post apendiktomi</i> kurang lebih sepanjang 10 cm pada perut tengah bagian bawah - luka bekas operasi tertutup kasa $\pm$ sepanjang 10 cm

		tidak ada kemerahan - Kulit disekitar luka teraba hangat - Tidak terdapat pendarahan - Tidak terdapat nanah - Luka operasi hari ke 3 A : Masalah belum teratasi c. Kerusakan jaringan belum menurun d. Kerusakan lapisan belum menurun P : Lanjutkan intervensi 1) Monitor karakteristik luka 3) Monitor tanda-tanda infeksi			- Luka tertutup kassa verban dan plester - Terdapat 7 jahitan pada luka bekas operasi - Luka tidak terdapat kemerahan - Luka bekas operasi teraba hangat - Tidak terdapat pendarahan - Tidak terdapat nanah - Luka operasi hari ke 3 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan klien pulang pukul 17.15
--	--	--	--	--	--

4.1.9 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4. 16 Hasil Analisa Kualitatif Asuhan Keperawatan

No.	Analisis		
	Teori	Fakta	Keterangan
1.	Identitas klien : Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia 20-30 tahun), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis (Kana, 2022)	Identitas klien: a) Nama Ny. P b) Jenis Kelamin Perempuan c) Umur 60 tahun d) Status Perkawinan Menikah e) Pekerjaan Petani f) Agama Islam g) Pendidikan terakhir SD h) Alamat Salam Wates, Dongko i) Suku bangsa Jawa j) Tanggal MRS 13-03-2025(18.30 WIB) k) Tanggal pengkajian 14-03-2025 (14.00 WIB) l) No. Register 542834 m) Diagnosa Medis <i>Appendicitis acute</i>	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta
2.	Keluhan utama: Pada klien dengan appendicitis biasanya mengalami nyeri di sekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Timbul keluhan nyeri perut kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri di pusat atau di epigastrium dirasakan dalam beberapa waktu lalu. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus	Keluhan utama: Klien mengatakan nyeri perut kanan bawah disertai mual dan muntah.	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta

	menerus, dapat hilang atau timbul nyeri dalam waktu yang lama. Keluhan yang menyertai biasanya klien mengeluh rasa mual dan muntah, panas. (Purnamasari, 2023)		
3.	Riwayat Penyakit Sekarang Riwayat penyakit sekarang merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit. Biasanya pada klien appendicitis mengatakan nyeri pada daerah abdomen kanan bawah yang menembus kebelakang sampai pada punggung dan mengalami demam tinggi. (Purnamasari, 2023)	Riwayat Penyakit Sekarang Klien mengatakan pada tanggal 12 Maret 2025 pukul 1 malam tiba-tiba merasakan nyeri perut pada bagian bawah kanan dan nyeri tidak tertahankan. Lalu pada pukul 8 pagi klien dilarikan ke klinik Pratama Rawat Inap Zam-Zam Medika Besole. Klien dirawat inap disana dari pukul 8 pagi sampai 9 malam. Klien disarankan rujuk ke RSUD Dr. Soedomo Trenggalek dan sampai di RSUD Dr. Soedomo Trenggalek pukul 10 malam. Saat sampai di IGD klien masih mengeluh nyeri perut sebelah kanan bawah disertai mual dan muntah. Lalu klien di anjurkan untuk USG Abdomen dan terdiagnosis Appendicitis Acute. Setelah itu px di pindah ke Ruang Seruni keesokan harinya pada tanggal 13 Maret 2025 pukul 05.35 WIB. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 14 Maret 2025 klien mengeluh nyeri perut bagian kanan bawah dan badannya lemas. Klien tampak ketakutan, pucat dan terus mengatakan takut untuk di operasi. Kriteria nyeri yang di alami klien : P (Provokatif) : Klien mengatakan nyeri Q (Quality) : Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dan rasa nyeri menjalar sampe belakang	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta namun tidak semua tanda dan gejala terjadi pada klien.

		R (Region) : Klien mengatakan nyeri di bagian kanan bawah menjalar sampai belakang S (Skala) : Skala nyeri 6 T (Time) : Klien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul, dalam 1 jam nyeri bisa muncul 5-6x dengan waktu 5-10 menit.	
4.	Riwayat penyakit dahulu Adanya riwayat operasi di kolon, sebelumnya pernah mengalami penyakit yang sekarang dialami yaitu apendicitis, kemungkinan klien pernah mengalami atau menderita gangguan pencernaan, sering mengalami gangguan buang air besar. (Kana, 2022)	Riwayat penyakit dahulu Klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang sama seperti sekarang. Klien mengatakan 2 minggu yang lalu mengalami sulit BAB (fases keras). Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit seperti Hipertensi, Stroke dan DM .	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta
5.	Riwayat penyakit keluarga Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar anggota keluarga. Penyakit appendicitis bukan penyakit keturunan dan juga bukan penyakit menular. Biasanya tidak ada riwayat keluarga yang menderita apendiksitis (Walid, 2021)	Riwayat penyakit keluarga Klien mengatakan anak ke 2 dari 4 bersaudara. Klien mengatakan dalam riwayat penyakit keluarga tidak ada yang mengalami penyakit appendicitis seperti klien, selain itu tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti stroke, hipertensi, DM.	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta
6.	Pola Nutrisi dan Metabolisme : Pre-operasi : Pada <i>appendicitis</i> biasanya ada keluhan nafsu makan menurun, mual, muntah, makanan sehari-hari sering makan- makanan	Pola Nutrisi dan Metabolisme : Pola Makan ; Di rumah : Klien mengatakan dirumah makan 2x dalam sehari dengan nasi lauk pauk dan selalu habis 1 porsi	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.

	rendah serat, makan jambu biji dengan bijinya (Nareza, 2023) Post-operasi : Pada klien post op appendicitis terjadi mual, muntah dan anoreksia dan klien bisa kehilangan cairan tubuh karena perdarahan intra operasi atau karena hiperventilasi. (Melviana, 2020)	Di RS Pre-operasi : Saat di lakukan pengkajian klien sedang puasa dikarenakan akan menjalani operasi. Sebelum puasa klien mengatakan makan makanan yang sudah disiapkan dari RS berisi bubur dan lauk dan sayur halus . Klien makan habis cuma ¼ porsi. Post-operasi : Saat dilakukan pengkajian setelah klien kembali dari ruang operasi, klien masih puasa. Klien mengatakan merasa pusing, mual dan mutah setelah menjalani operasi Pola Minum : Di rumah : Klien mengatakan saat dirumah minum 4-5 gelas (1250ml) dalam sehari. Klien mengatakan minum saat merasa haus. Di RS Pre-operasi : Saat pengkajian klien sedang puasa dikarenakan akan menjalani operasi. Sebelum puasa klien mengatakan saat di RS sudah minum 2 gelas air putih. Post-operasi : Saat dilakukan pengkajian setelah klien kembali dari ruang operasi, klien masih puasa. Klien mengatakan merasa pusing, mual dan mutah setelah menjalani operasi.	
--	---	---	--

7.	Pola Eliminasi : Pre-operasi : Terdapat beberapa keluhan pada eliminasi yang dirasakan pada klien <i>apendicitis</i> yaitu adanya bising usus atau peristaltik usus, tonus kandung kemih, konstipasi, dan diare kadang-kadang. (Suratun, 2020). Post-operasi : Terdapat beberapa keluhan pada eliminasi yang dirasakan pada klien <i>appendicitis</i> yaitu adanya bising usus atau peristaltik usus, tonus kandung kemih, biasanya kembali normal dalam waktu 6-8 jam setelah tindakan pembedahan (Suratun, 2020).	Pola Eliminasi : Pola BAB : Di rumah : Klien mengatakan saat dirumah jarang BAB biasanya BAB 1× dalam sehari dengan konsentrasi feses warna coklat tekstur padat bau khas feses. Klien mengatakan 2 minggu yang lalu sulit BAB (feses keras) Di RS Pre-Operasi : Klien mengatakan saat di RS belum BAB sama sekali. Post-Operasi : Klien mengatakan belum BAB dari awal masuk RS sampai sekarang Pola BAK : Di rumah : Klien mengatakan saat dirumah BAK 3-4× dalam sehari dengan konsentrasi urin warna kuning jernih, bau khas urin dan pancaran kuat. Di RS Pre-operasi : Klien mengatakan saat di RS belum BAK sama sekali. Post-operasi : Klien mengatakan belum BAK setelah operasi	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.
8.	Pola istirahat/tidur : Pre-operasi : Biasanya klien mengalami kesulitan tidur dikarenakan adanya nyeri. (Mawadah, 2021) Post-operasi : Pada klien post operasi <i>appendicitis</i> akan mengalami malaise,	Pola istirahat/tidur : Di rumah : Klien mengatakan di rumah tidur saat malam hari saja dari pukul 21.00 WIB bangun pukul 04.00 WIB. Saat di rumah tidak ada masalah tidur. Di RS	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta.

	istirahat dan tidur klien kurang dikarenakan adanya nyeri pada insisi bedah (Mawadah, 2021)	Pre-operasi : Klien mengatakan saat di RS tidur saat malam hari pukul 20.00 WIB bangun pukul 05.00 WIB. Saat di rumah sakit tidak ada masalah tidur Post-operasi : Klien mengatakan bisa tidur setelah operasi. Klien mengatakan terbangun jika ada perawat datang	
9.	Personal Hygiene : Aktifitas dan kebersihan diri klien dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri (Nurwahid, 2023)	Personal Hygiene : Di rumah : Klien mengatakan saat di rumah mandi dan sikat gigi 2× sehari saat pagi dan sore hari, klien mengatakan keramas 2 kali dalam seminggu, klien memotong kuku saat sudah panjang. Di RS : Klien mengatakan saat di RS sudah di sbin di bantu keluarganya saat pagi dan sore hari. Klien mengatakan saat di RS tidak menyikat gigi. Klien mengatakan memotong kuku saat sudah panjang.	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.
10.	Riwayat Psikososial : Klien mengalami ketergantungan dengan adanya nyeri. Segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil. (Rosa, 2023)	Riwayat Psikososial : Konsep diri : Klien mengatakan takut menjalani operasi Ideal diri : Klien mengatakan tidak bisa menjalankan aktifitas seperti bekerja. Klien mengatakan menerima kondisinya saat ini akan tetapi klien dan keluarganya khawatir dan sering bertanya tentang bagaimana operasi yang akan di lakukan karena baru pertama kali klien akan menjalani tindakan operasi. Harga diri : Klien mengatakan tidak malu dengan kondisinya saat ini Peran : Klien mengatakan sebagai istri dari suaminya, ibu dari anaknya dan nenek dari cucunya	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.

		Identitas diri : Klien mengatakan seorang perempuan berusia 60 tahun mempunyai suami dan bekerja sebagai petani Pola peran hungan dengan orang lain : - Sebelum sakit klien mengatakan berhubungan baik dengan masyarakat dan lingkungannya - Saat sakit berhubungan baik dengan para perawat dan klien lainnya Pola Seksual : Klien berjenis kelamin perempuan berusia 60 tahun dan sudah menikah. Klien sudah mempunyai anak dan cucu. Mekanisme Koping : Klien mengatakan apabila ada masalah akan segera diselesaikan dengan berdiskusi dengan keluarganya. Status Mental : Status mental klien baik dan tidak terganggu. Pola Komunikasi : Klien mengatakan bahasa yang dipakai sehari-hari menggunakan bahasa jawa komunikasi klien terbuka. Orientasi : Klien tidak mengalami disorientasi.	
11.	Keadaan umum : Pre-operasi : Keadaan/penampilan umum: lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah. Klien Apendicitis biasanya mengeluh nyeri, merasa lemah, ekspresi wajah menyeringai, nyeri bagian perut kanan bawah, malaise, nyeri akan bertambah jika dibuat batuk dan beraktivitas atau berjalan.	Keadaan umum : Pre-operasi : Lemah, kesadaran composmentis, klien terbaring terlentang ditempat tidur, klien tampak kesakitan dan memegang perutnya, ekpresi wajah menyeringai, adanya nyeri pada perut kanan bawah menjalar sampai belakang, skala nyeri 6. Klien tampak bingung dan gelisah. Klien terpasang infus RL 20 tpm ditangan kiri.	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.

	Post-operasi : Kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis. umumnya klien dengan gangguan rasa nyaman mengalami cemas dan gelisah, ekspresi wajah meringis, nadi meningkat, suhu meningkat, pernafasan meningkat, tekanan darah meningkat. (Rosa, 2023)	Post-operasi : Lemah, kesadaran Composmentis, klien terbaring terlentang ditempat tidur, Klien tampak kesakitan dan memegang perutnya, ekspresi wajah menyeringai, adanya nyeri pada perut kanan bawah apada luka bekas operasi, skala nyeri 6. Klien tampak bingung dan gelisah. Klien sering memanggil ibunya. Luka post operasi pada perut bagian kanan bawah tertutup kassa verband dan plester waterproof. Terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri.	
12.	Tanda-tanda vital : Pre-operasi : Pada klien dengan pre operasi dapat terjadi perubahan denyut nadi (takikardia : denyut nadi cepat), dan pernafasan (takipneu : pernafasan dangkal) tidak seperti biasanya dikarenakan merasa nyeri dan cemas akan dilakukan tindakan operasi. Post-operasi : Pada klien dengan post operasi dapat terjadi perubahan denyut nadi (takikardia : denyut nadi cepat) .Tekanan darah yang cenderung stabil menurun dan pernafasan klien diamati terhadap patensi jalan nafas, kualitas pernafasan , Kedalaman, Frekuensi dan Bunyi nafas . suhu antara 37,7 C – 36,1 C , Kenaikan suhu juga menjadi salah satu tanda infeksi ,oksimetri menunjukan saturasi adekuat (Suzanne C, 2001)	Tanda-tanda vital : Pre-operasi : 1) Tekanan darah : 133/66 MmHg 2) Nadi : 102 x/mnt 3) Suhu : 36,5 4) Respirasi : 19 x/mnt 5) SPO2 : 97% Post-operasi ; 1) TD : 121/70 mmHg 2) Nadi : 99x/menit 3) Suhu : 36,5° 4) RR : 20x/menit 5) Spo2 : 99%	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta. Tetapi tidak semua tanda dan gejala muncul.

13.	Kepala dan Leher : Pemeriksaan kepala mulai dari rambut klien tampak bersih, tidak adanya kutu atau ketombe, penyebaran rambut merata, tidak terdapat luka atau lesi, tidak ada gangguan fungsi pergerakan kepala ditandai klien dapat menoleh ke kiri, ke kanan, ke atas dan ke bawah, pada trakea tidak mengalami pergeseran, tidak adanya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid, tidak adanya kaku kuduk, klien mengatakan kadang merasakan sakit kepala. (Suselo, 2019)	Kepala dan Leher : Kepala : Kepala simetris kanan dan kiri, bentuk wajah oval, ekspresi wajah merintih kesakitan, tidak ada benjolan pada kulit kepala, penyebaran rambut merata dan tampak bersih. Mata : Mata simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, pupil miosis dan mengikuti arah gerak mata, konjungtiva merah muda, sclera putih, klien mampu melihat jarak jauh maupun dekat. Hidung : Lubang hidung simetris kanan dan kiri, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada secret pada lubang hidung Telinga : Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen dan tidak ada perdarahan. Mulut : Keadaan mulut dan gigi bersih, mukosa bibir lembab Leher : Tidak terdapat pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid, posisi trakea tepat berada ditengah.	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.
14.	Integumen : Pre-operasi : Kebersihan kulit klien baik, kulit teraba hangat, turgor kulit kembali <2 detik, warna kulit merata, kelembaban baik dan tidak ikterik. Post-operasi : Kebersihan kulit klien baik, kulit teraba hangat, turgor kulit kembali <2 detik, warna kulit merata, kelembaban baik dan	Integumen : Pre-operasi : Kulit lembab, teraba hangat, turgor kembali <2 detik, warna kulit sawo matang Post-operasi : Kulit lembab, teraba hangat, turgor kembali <2 detik, warna kulit sawo matang. Terdapat luka post operasi pada perut bagian kanan bawah kurang lebih sepanjang 10 cm, tertutup kassa verband dan plester waterproof. Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan,	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.

	tidak ikterik. Tanda-tanda infeksi pada luka bekas operasi. (Arianto, 2020)	suhu di daerah sekitar luka operasi hangat dan tidak terdapat perdarahan.	
15.	Pemeriksaan Dada/Thorax : Inspeksi : Bentuk dada simetris kanan kiri, ekspansi dada, gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman) baik, tidak adanya penggunaan otot bantu nafas. Palpasi : Tidak adanya pembengkakan, nyeri, ekspansi dinding dada, teraba iktus kordis di ics 5 mid klavikula. Perkusi : Sonor atau pekak, perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi dan vibrasi yang dihasilkan. Auskultasi : Tidak adanya suara nafas tambahan wheezing, ronchi. (Darmawan,2012)	Pemeriksaan Dada/Thorax : Paru-paru : Inspeksi : Bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intracosta, pernafasan reguler (19x/menit), tidak terdapat tanda-tanda kesulitan bernafas. Palpasi : Saat klien bernafas dilakukan pemeriksaan palpasi antara lapang paru kanan dan kiri tidak terasa getaran yang lebih kuat dari salah satu sisi dada meliankan sama antara kanan dan kiri Perkusi : Suara perkusi sonor Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara nafas tambahan Jantung Inspeksi : Tidak tampak pulsasi Palpasi : Ictus cordis : ictus cordis teraba di ICS V midclavicula kiri. Tidak terdapat jejas Perkusi : Suara perkusi pekak Auskultasi : Tidak terdapat bunyi jantung tambahan	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.
16.	Pemeriksaan Payudara : Pada pemeriksaan payudara didapatkan data tidak adanya benjolan, bentuk simetris antara payudara kanan dan kiri. (Rosa, 2023)	Pemeriksaan Payudara : Payudara simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan dan benjolan pada payudara	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.

17.	Pemeriksaan Abdomen : Pre-operasi : Inspeksi : Akan tampak adanya tanda pembengkakan (swelling), rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi). Auskultasi : distensi bunyi usus sering hipertaktif Palpasi : Dibagian perut kanan bawah akan terasa nyeri (Blumbeng Sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendicitis akut. Perkusi : pada penderita appendicis suara abdomen ditemukan tympani (Darmawan,2012) Post-operasi : Inspeksi : ada tidaknya jaringan parut, lesi, kemerahan, keadaan luka operasi tidak adanya tanda infeksi. <i>Auskultasi</i> : bising usus (5-30 x/menit) klien <i>post operasi apendicitis</i> mengalami penurunan bising usus dan lien terdapat kekakuan pada abdomen akibat adanya luka post operasi. <i>Palpasi</i> : kekakuan pada perut, adanya nyeri	Pemeriksaan Abdomen : Pre-operasi : Inspeksi : Bentuk abdomen rata kanan dan kiri, tidak terdapat lesi Auskultasi : Terdapat suara bising usus 12x/menit Perkusi : Terdapat suara tympani Palpasi : Terdapat nyeri tekan skala 6 di area abdomen bagian kanan bawah, tidak terdapat benjolan pada area abdomen Post-operasi : Inspeksi : Bentuk abdomen datar, tidak terdapat distensi, terdapat luka <i>post</i> operasi di bagian perut kanan bawah, tidak ada perdarahan, kulit disekitar luka tidak kemerahan, luka tertutup kassa <i>verband</i> dan plester <i>waterproof</i>. Auskultasi : Frekuensi bising usus 10x/menit. Palpasi : Saat dipalpasi tidak terdapat pembesaran hepar dan klien mengatakan nyeri luka setelah pembedahan, suhu didaerah luka teraba hangat, palpasi abdomen teraba tegang. Perkusi : Perkusi abdomen terdengartympani	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta. Tetapi tidak semua tanda gejala muncul.
-----	---	---	---

	pada luka <i>post operasi apendicitis</i>, tidak ada pembesaran pada hepar . <i>Perkusi</i> : suara <i>timpani</i>.										
18.	Pemeriksaan Genetalia : Kebersihan genetalia, terjaga, tidak ada keluhan seperti gatal pada genetalia, tidak terdapat pembesaran skrotum (laki-laki), klien tidak menggunakan kateter.	Pemeriksaan Genetalia : Tidak ada kelainan pada area genetalia, tidak ada kelainan pada anus	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.								
19.	Pemeriksaan Ekstremitas : Pre-operasi : Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena nyeri dan kekakuan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas. Post-operasi : Biasanya ekstremitas mengalami kelemahan, karena terdapat luka post operasi dan pasien merasakan nyeri. akral hangat, Capillary Refil Time (CRT) <2 detik, dan tidak ada oedema pada ekstremitas (Ibrahim, 2019)	Pemeriksaan Ekstremitas : Pre-operasi : Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table> Anggota gerak atas dan bawah tidak mengalami keterbatasan gerak. Akral hangat,CRT <2 detik,terpasang infus RL di tangan kiri 20 tpm. Post-operasi : Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5	5	5	5	5	Terdapat kesenjangan antara teori dengan fakta.
5	5										
5	5										
5	5										
5	5										

		Anggota gerak atas dan bawah tidak mengalami keterbatasan gerak. Akral hangat, CRT <2 detik, terpasang infus RL di tangan kiri 20 tpm.	
20.	Diagnosa Keperawatan : Pre-operasi : Adapun diagnosa keperawatan pada klien pre operasi <i>appendicitis</i> menurut Hariyanto dan Sulistyowati (2015) disesuaikan dengan buku diagnosa keperawatan (ppni, 2017) , meliputi: 1) Nyeri akut 2) Resiko termogulasi tidak efektif 3) Resiko gastrointestinal tidak efektif 4) Ansietas Post-operasi : Adapun diagnosa keperawatan pada klien post operasi <i>apendiktomi</i> menurut Hariyanto dan Sulistyowati (2015) disesuaikan dengan buku diagnosa keperawatan (ppni, 2017) , meliputi: 1) Nyeri akut 2) Resiko Infeksi 3) Kerusakan Integritas Kulit 4) Resiko ketidakseimbangan cairan 5) Bersihan jalan nafas tidak efektif 6) Defisit Nutrisi 7) Ansietas	Diagnosa Keperawatan : Pre-operasi : Berdasarkan pengkajian yang dilakukan saat klien belum operasi pada tanggal 14 Maret 2025 di peroleh diagnosa : 1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis 2. Ansietas b.d Khawatir mengalami kegagalan Post-operasi : Berdasarkan pengkajian yang dilakukan saat klien operasi pada tanggal 15 Maret 2025 di peroleh diagnosa : 1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik 2. Resiko Infeksi b.d efek prosedur invasif (prosedur operasi) 3. Kerusakan integritas kulit b.d agen pencedera fisik 4. Ansietas b.d kurang terpaparnya informasi	Terdapat kesenjangan pada teori dengan fakta

21.	Intervensi Keperawatan : Pre-operasi : A. Nyeri akut b/d Agen pencedra fisiologis Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untukmengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian analgetik	Intervensi Keperawatan : Pre-operasi : A. Nyeri akut b/d Agen pencedra fisiologis Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untukmengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian analgetik B. Ansietas b/d Kekhawatiran Mengalami Kegagalan Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.
-----	---	--	--

	B. Ansietas b/d Kekhawatiran Mengalami Kegagalan Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu Post-operasi : A. Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat	Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien jika perlu Post-operasi : A. Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan	
--	--	--	--

	dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat - Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik B. Resiko Infeksi b/d efek prosedur invasif (prosedur operasi) Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema	strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat - Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik B. Resiko Infeksi b/d efek prosedur invasif (prosedur operasi) Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi	
--	---	--	--

	4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu C. Kerusakan Integritas Kulit b/d Agen Pencedera Fisik Observasi 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepasakan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan	12. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu C. Kerusakan Integritas Kulit b/d Agen Pencedera Fisik Observasi 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepasakan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik streil saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai dengan eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi 10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu D. Ansietas b/d Kurang terpaparnya informasi	
--	--	---	--

	5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik streil saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai dengan eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi 10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu D. Ansietas b/d Kurang terpaparnya informasi Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan	Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 13. Latih Teknik relaksasi	
--	--	---	--

	6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 13. Latih Teknik relaksasi (ppni, 2019)		
22.	Implementasi Keperawatan : Pelaksanaan adalah realisis rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan nilai data yang baru.	Implementasi Keperawatan : Tindakan atau implementasi di lakukan pada saat penelitian pada klien dan mengacu pada intervensi yang telah di buat sesuai dengan teori yang ada namun tidak semua intervensi dapat di lakukan karena di sesuaikan dengan kondisi klien dan kelengkapan peralatan di Rumah sakit.	Terdapat kesesuaian teori dan fakta.
23.	Evaluasi : Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan	Evaluasi : Hasil evaluasi yang diperoleh pada saat penelitian menunjukkan perubahan kondisi klien saat sebelum dan sesudah intervensi diberikan.	Terdapat kesesuaian teori dan fakta.

	menggambarkan kesimpulan tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respons klien disebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil (Hidayat, 2006).		
--	---	--	--

4.2 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilaksanakan mulai tanggal 11 Februari 2025 sampai dengan 17 Maret 2025 di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek, didapatkan hasil sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian baik dengan anamnesa maupun pemeriksaan fisik ditemukan beberapa kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian, pola tidur, pemeriksaan eksremitas dan diagnosa keperawatan.

1) Pola Tidur

Berdasarkan hasil penelitian klien tidak mengalami gangguan pada pola tidurnya dibuktikan pada saat sebelum operasi dengan klien mengatakan tidur malam pukul 20.00-05.00 WIB. Saat sesudah operasi klien mengatakan bisa tidur setelah operasi. Klien mengatakan terbangun jika ada perawat datang

Klien mengalami kesulitan untuk tidur dikarenakan nyeri, kram dibagian perut kanan bawah. Pada klien *appendicitis* akan mengalami malaise, istirahat dan tidur klien kurang (Mawadah, 2021)

Peneliti berasumsi karena klien diberikan pemberian obat analgesik sehingga tidak mengganggu tidur dan lingkungan yang mendukung sehingga klien bisa istirahat.

2) Pemeriksaan Ekstremitas

Hasil pemeriksaan ekstremitas klien saat sebelum operasi tidak mengalami kelemahan ekstremitas, akral hangat, CRT dalam batas normal dan tidak terdapat oedema dan hasil saat sesudah operasi ditemukan anggota gerak atas dan bawah klien tidak mengalami keterbatasan gerak. Akral hangat, CRT <2 detik.

Secara teori klien dengan pre-operasi apendiktomi biasanya klien dapat mengalami kelemahan karena nyeri dan kekakuan. Saat post-operasi biasanya ekstremitas mengalami kelemahan, karena terdapat luka post operasi dan pasien merasakan nyeri. akral hangat, Capillary Refil Time (CRT) <2 detik, dan tidak ada oedema pada ekstremitas (Ibrahim, 2019)

Sehingga dari uraian tersebut peneliti berasumsi bahwa terdapat kesenjangan antara teori dan fakta dibuktikan dengan hasil pemeriksaaan yang menyatakan bahwa klien tidak mengalami kelemahan pada ekstremitasnya karena pada klien appendicitis bukan penyakit sistem saraf atau otot dibuktikan dari hasil pemeriksaan saraf neurologis pada kemampuan motorik klien tidak mengalami kelemahan jadi kemungkinan besar klien appendicitis tidak mengalami kelemahan pada ekstremitasnya. Jadi menurut peneliti meskipun klien tampak lemah secara umu atau enggan bergerak karena nyeri, nyeri appendicitis tidak secara langsung menyebabkan kelemahan ekstremitas.

3) Diagnosa Keperawatan

Faktanya saat dilakukan penelitian klien saat pre operasi memiliki 2 diagnosa keperawatan aktual yaitu nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ,ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dan saat post-operasi klien memiliki 4 diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (prosedur operasi), kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik dan yang terahir ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

Secara teori menyatakan diagnosa keperawatan pada klien pre-operasi appendicitis, meliputi: Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (infeksi apendiks), Resiko termogulasi tidak efektif berhubungan proses penyait, Resiko gastrointestinal tidak efektif berhubungan dengan disfungsi gastrointestinal, Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan. Sedangkan diagnosa keperawatan pada klien dengan post-operasi apendiktomi meliputi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (prosedur operasi), kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko ketidakimbangan cairan berhubungan dengan prosedur pembedahan mayor, bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi), defisit

nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makan (efek anastesi), ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi. (Hariyanto & Sulistyowati, 2015)

Peneliti berasumsi bahwa hal ini bisa disebabkan karena kondisi atau perbedaan imun seseorang yang mengakibatkan tidak semua diagnosa muncul pada klien terbukti hanya beberapa diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan terjadi sesuai dengan tanda dan gejala yang muncul pada klien.

4.2.2 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori dari studi kepustakaan yang ada, namun tidak semua intervensi dari teori dapat diterapkan dan dilaksanakan.

Intervensi keperawatan adalah suatu rencana perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome klien. Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah – masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. Intervensi keperawatan menurut (PPNI, 2019).

Peneliti berpendapat dari berbagai teori ternyata tidak semua dapat diaplikasikan karena peneliti mempertimbangkan intervensi yang dilakukan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi yang terjadi pada klien.

4.2.3 Implementasi Keperawatan

Tindakan atau implementasi dilakukan pada saat penelitian pada klien berdasarkan intervensi yang telah direncanakan sesuai dengan teori, namun tidak semua intervensi dapat diterapkan.

Secara teori implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan nilai data yang baru (Saroh, 2019)

Peneliti berpendapat seharusnya implementasi yang dilakukan sesuai intervensi yang telah direncanakan, agar kriteria hasil dapat tercapai.

4.2.4 Evaluasi

Evaluasi keperawatan dalam penelitian ini menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan dalam memantau perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi selama tiga hari, kondisi klien sudah ada perubahan dan kriteria hasil tercapai pada hari ketiga klien diperbolehkan pulang.

Peneliti berpendapat bahwa jalan satu satunya untuk menyembuhkan appendicitis yakni dengan melakukan tindakan pembedahan/operasi apendiktomi dengan mengangkat atau mengambil bagian apendiks yang mengalami infeksi. Perawatan pada luka bekas apendiktomi memerlukan waktu yang tidak singkat untuk

menyembuhkan luka secara total, untuk itu diperlukan perawatan yang intensif dan perawatan berkelanjutan di rumah.

BAB V

PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilaksanakan mulai tanggal 11 Februari 2025 sampai dengan 17 Maret 2025 di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian terdapat kesesuaian juga kesenjangan antara teori dan fakta yang ada. Kesenjangan terdapat pada pola istirahat tidur. Tidak semua klien mengalami gangguan pola tidur dikarenakan nyeri yang dialami bisa karena pola coping individu berbeda dalam mengatasi nyeri appendicitis. Selain pola tidur terdapat juga kesenjangan pada pemeriksaan ekstremitas

Adapun beberapa kesesuaian yang tidak semua tanda gejala ada pada klien, contohnya di riwayat penyakit sekarang yakni beberapa tanda gejala yang tidak terjadi pada klien seperti klien tidak mengalami demam tinggi. Ada juga pada pemeriksaan abdomen saat di inspeksi tidak terlihat perut klien bengkak dan tidak tampak kencang.

5.1.2 Diagnosa

Pada tahap perumusan diagnosa keperawatan pada klien dengan appendicitis tidak semua diagnosa muncul. Peneliti menemukan dua diagnosa aktual pada saat pre-operasi yaitu nyeri b/d agen pencedera fisiologis, ansietas b/d kekhawatiran mengalami

kegagalan. Diagnosa tersebut sesuai dengan teori dan fakta yang ada pada klien. Saat post-operasi klien memiliki 4 diagnosa yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (prosedur operasi), kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agen pencedera fisik dan yang terahir ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori dari studi kepustakaan yang ada, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta yang ada

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dilakukan karena tindakan yang dilakukan harus disesuaikan dengan kondisi klien.

5.1.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan bagian untuk melihat perkembangan kondisi klien dari hari ke hari. Tahap evaluasi dalam penelitian ini disusun dalam bentuk SOAP dilaksanakan selama 3 hari dengan kriteria hasil sesuai dengan yang telah ditentukan sebelumnya.

5.1.6 Analisa

Berdasarkan data pelaksanaan asuhan keperawatan, peneliti menganalisa dengan menemukan kesenjangan antara teori dan fakta

pada bagian pengkajian dan diagnosa keperawatan. Pada pengkajian yang terdapat kesenjangan yaitu pola tidur dan pemeriksaan ekstremitas. Pada bagian diagnosa yang muncul pada klien hanya 2 diagnosa.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek layanan keperawatan khususnya pada klien dengan *appendicitis*.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam memberikan asuhan keperawatan serta dalam melakukan proses keperawatan terutama pada klien yang berhubungan dengan *appendicitis*, serta dapat berguna sebagai dokumentasi dan bahan bacaan juga bahan referensi guna menambah wawasan mahasiswa Program Diploma Keperawatan.

5.2.3 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini sebagai bahan dalam meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan serta keterampilan mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan *Appendicitis*.

5.2.4 Bagi Klien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna dalam memberikan informasi dan masukan serta memotivasi untuk kesembuhan klien dengan *Appendicitis*.

5.2.5 Bagi Penelitian Yang Akan Datang

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi serta memperkaya ilmu dan dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti yang akan datang dengan variabel yang berbeda.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin & Hardhi, K., 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda NIC-NOC Jilid I*. Jogyakarta: Mediacion.
- Arianto, F. M., 2020. *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Appendicitis*. [Accessed 18 April 2025].
- Arifuddin, 2017. Faktor Risiko Kejadian Apendisitis Di Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Umum Anutapura Palu. *Jurnal Preventif, Volume 8 Nomor 1*, Pp. 1-58.
- Arifuddin, A., Salmawati, L. & Prasetyo, A., 2017. Faktor Risiko Kejadian Apendisitis Di Bagian Rawat Inap Rumah Sakit Umum Anutapura Palu. P. 27.
- Awaluddin, A., 2020. Faktor Risiko Terjadinya Apendisitis Pada Penderita Apendisitis Di Rsud Batara Guru Belopa Kabupaten Luwu Tahun 2020. *Jurnal Kesehatan Luwu Jaya*, P. 2.
- Ayu, A. B. & Ery, S., 2021. Karakteristik Apendisitis Pada Pasien Di Rumah Sakit Umum Haji Medan Pada Januari 2017 - Desember 2019. *Jurnal Ilmiah Kohesi*, Volume 5, P. 284.
- Berutu, R. J. B., 2020. Konsep Dasar Perencanaan Keperawatan Dalam Melakukan Asuhan Keperawatan. Pp. 1-9.
- C.Smeltzer, S. & G.Bare, B., 2013. *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner & Suddarth Edisi 12*. Jakarta: EGC..
- Chrisna, F. D., 2024. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Apendicitis Di Ruang Seruni Rsud Dr. Soedomo Trenggalek*. Trenggalek: Karya Tulis Ilmiah.
- Dewi, Y., 2020. Pengembangan Standar Operasional Prosedur (Sop) Back Massage Dan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dengan Upaya Menurunkan Intensitas

Nyeri Pada Anak Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Post Op Apendiktomi. P. 2.

Dillan, Y. D., 2022. Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Nyeri Akut Pada Pasien Appendisit Di RSUD Anwar Medika Krian. *Kian Profesi Ners*.

Faizal, M. & Mulya, 2020. Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi. *Jurnal Kesehatan Saelmakers Perdana*, Iii(1), P. 12.

Fransisca, G. M., 2019. Karakteristik Pasien dengan Gambaran Histopatologi Apendisit di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2015-2017. *Jurnal Medika Udayana*, Volume 8, p. 2.

Gracia, d. E., 2022. *Pendahuluan Appendicitis*. [Online]
Available at: <https://www.alomedika.com/penyakit/bedah-umum/appendicitis>

Handaya, A. Y., 2017. *Deteksi Dini & Atasi 31 Penyakit Bedah*. 1 ed. Jogjakarta: Rapha Publising.

Hariyanto & Sulistyowati, 2015. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1 Dengan Diagnosis Nanda Internasional*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.

Haryono, 2012. *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Gosyen.

Hidayat, E., 2020. Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Appendicitis Yang Di Rawat Di Rumah Sakit. *Karya Tulis Ilmiah*, P. 14.

Ibrahim, W., 2019. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada An. R Dengan Post Operasi Apendiktomi Di Rs Bhayangkara*. [Online] [Accessed 19 April 2025].

Kana, O. M., 2022. *Asuhan Keperawatan Klien Appendicitis*. [Online]

Kheru, 2022. Perbedaan Jumlah Leukosit Pasien Apendisit Akut dan Perforasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, p. 161.

- Kiik, S. M., 2013. Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Waktu Pemulihan Peristaltik Usus Pada Pasien Pasca Operasi Abdomen Di Ruang ICU BPRSUD Labuang Baji Makassar. *Jurnal Kesehatan*, pp. 13-20.
- Mawadah, D. S., 2021. Hubungan Nyeri terhadap Pola Tidur Pasien Pre dan Post Operasi Appendisit. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*.
- Melviana, 2020. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Appendicitis*. [Online] Available at: https://repository.unissula.ac.id/23690/1/40901800054_fullpdf.pdf [Accessed 18 April 2025].
- Muttaqin, Arif & sarikurmala, 2011. *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nareza, M., 2023. *Penyakit Usus Buntu*. [Online] [Accessed 18 April 2025].
- Nugraha, S., 2018. Asuhan Keperawatan. *Jurnal Kesehatan Kumpulan Jurnal Kesehatan Asuhan Keperawatan*.
- Nurarif & Kusuma, 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Nanda NIC NOC*. 1 ed. Yogyakarta: Mediation.
- Nursalam, 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, 2017. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurwahid, M., 2023. *Intervensi Terapi Relaksasi Benson Pada Pasien Nyeri Akut "Post Op Appendektomi" Di Rsud Syekh Yusuf*. [Online] [Accessed 19 April 2025].
- Panjaitan, C., 2015. Menilai Tindakan Keperawatan Yang Telah Ditentukan Dalam Proses Keperawatan. *Jurnal Kesehatan* , P. 2.
- Potter, P. & Perry, A., 2014. *Fundamental Keperawatan (3-Vol Set)*. Philadelphia: Elsevier Ltd.

- Ppni, 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Ppni, 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Nasional Indonesia PPNI.
- Prihwanto, F., 2017. Studi Penggunaan Antibiotik pada Kasus Bedah Apendiks di Instalasi Rawat Inap RSD dr. Soebandi Jember Tahun 2013. *Instalasi Farmasi RSD dr. Soebandi Jember*, pp. 44-45.
- Purnamasari, R., 2023. Karakteristik Klinis Penderita Apendisitis. *UMI Medical Journal*, 8(2).
- Putri, N. S., 2023. Penerapan Pemberian Aromaterapi Lavender Pada Asuhan Keperawatan Klien Post Op Apendiktomi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, P. 372.
- Rahmawati, L., 2018. Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Di Rsud Sleman. *Karya Tulis Ilmiah*, pp. 10-11.
- Rosa, A., 2023. *Askep gangguan sistem pencernaan dan perkemihan*. 1 ed. S.l.:Tahta Media Group.
- Saputro, N. E., 2018. Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Apendisitis Dengan Masalah Keperawatan Kerusakan Integritas Jaringan. *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang* , pp. 12-13.
- Sari, 2023. *Gejala Usus Buntu, Mengenal dan Memahami Tanda-tanda yang Penting*. [Online]
Available at: <https://umsu.ac.id/health/gejala-usus-buntu-mengenal-dan-memahami-tanda-tanda-yang-penting/>
- Saroh, A. M., 2019. *Pelaksanaan Keperawatan Sebagai Realisasi Rencana Tindakan Untuk Mencapai Tujuan Yang Telah Ditetapkan*. [Online]
[Accessed 19 April 2025].
- Sjamsuhidajat, 2004. *Buku-Ajar Ilmu Bedah Edisi 2*. 2 ed. Jakarta: EGC.

- Sjamsuhidajat, W. D. J., 2004. *Buku Ajar Ilmu Bedah Ed.2*. Jakarta: EGC.
- Sugiyono, P. D., 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sulikah, N. M., 2014. Evaluasi Penggunaan Antibiotik Profilaksis Pada Pasien Operasi Apendektomi Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Moewardi Tahun 2013. *Skripsi*, pp. 1-12.
- Suselo, Y. H., 2019. *Buku Manual Keterampilan Klinik Topik Head And Neck Examination*. Surakarta: s.n.
- Suzanne C, B. G. B., 2001. *Keperawatan Medikal Bedah Vol.1*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Tuasamu, H. D., 2022. Hubungan Antara Lama Nyeri Pra Operasi Dengan Lama Perawatan Post Operasi Pada Pasien Apendisitis Perforasi Yang Dilakukan Laparotomi Apendektomi Di Rsud Dr M Haulussy Ambon Tahun 2018-2019. *Patimura Medical Review*, p. 30.
- Tusyanawati, 2019. Studi Perbandingan Modern Dressing (Salep Tribec) dan Konvensional Terhadap Proses Penyembuhan Luka Pada Pasien Post Operasi Apendektomi. *Jurnal PPNI*, p. 2.
- Wahyu, Wijaya, M., Eranto, R. & Alfarisi, 2022. Perbandingan Jumlah Leukosit Darah pada Pasien Appendisitis Akut dengan Appendisitis Perforasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, pp. 341-346.
- Wainsani & Khoiriyah, 2020. Penurunan Intensitas Skala Nyeri Pasien Appendiks Post Apendektomi Menggunakan Teknik Relaksasi Benson. *Ners Muda*, 1(1), p. 68.
- Wijaya, E. & Alfarizi, 2020. Perbandingan Jumlah Leukosit Darah Pada Pasien Appendisitis Akut Dengan Appendisitis Perforasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, Volume 11, p. 341.

Lampiran 1 Formulir Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

FORMULIR PENGAJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Tiara Ayu Fadila

NIM : P17240221013

Judul tugas akhir yang diusulkan berdasarkan prioritas :

No	Bidang/Departemen	Judul
1.	Keperawatan Medikal Bedah	Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Appendicitis Di Ruang Seruni RSUD dr.Soedomo Trenggalek.
2		
3		

Hari/Tanggal Pengumpulan : Senin, 21 Januari 2025

Pukul : 11.00 WIB

Mengetahui

Koordinator MK Karya Tulis Ilmiah

(Ns.Ixora, S.Kep., M.Kep.)
NIP: 919830626201901201

Trenggalek, 21 Januari 2025

Mahasiswa,

(Tiara Ayu Fadila)
NIM.P17240221013

Lampiran 2 Lembar Konsultasi Pembimbing



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

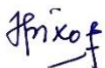
LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Tiara Ayu Fadila

NIM : P17240221013

NAMA PEMBIMBING : Ns. Ixora,S.Kep.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	21 Januari 2025	- Pemilihan Departemen Keperawatan (Departemen Medikal Bedah) - Pengajuan Judul (Asuhan Keperawatan Pada Klien Appendicitis di Ruang Seruni RSUD dr.Soedomo Trenggalek)	
2.	22 Januari 2025	Revisi BAB 1 - Latar Belakang - Introduksi - Justifikasi - Kronologis - Konsep solusi - Daftar Pustaka	
3.	23 Januari 2025	Revisi BAB 2 Patofisiologi	

		• Uraian di sesuaikan	
		Revisi BAB 3	
		• Waktu Penelitian disesuaikan	
4.	23 Januari 2025	Revisi BAB 1 • Latar Belakang tambahkan data terbaru • Pastikan kasus Appendicitis ada di Ruang Seruni	
5.	24 Januari 2025	Revisi BAB 1 • Justifikasi Tambahkan angka pravelensi Appendicitis tahun 2023/2024	
6.	25 Januari 2025	Revisi BAB 2 • Patofisiologi ditambah pre dan post op dan uraian di sesuaikan	
7.	26 Januari 2025	Revisi BAB 3 • Kriteria partisipan diganti dengan kata pre dan post op	
8.	27 Januari 2025	Siapkan SEMPRO ACC	
9.	16 April 2025	Revisi BAB 3 • Sesuaikan waktu pelaksanaan penelitian • Proses pengumpulan data Revisi BAB 4 • Lengkapi catatan perkembangan	

		• Pembahasan tambah literatur dan benahi paragraf fakta teori opini Revisi BAB 5 • Sesuaikan dengan BAB 1 tujuan dan manfaat	
10.	21 April 2025	Revisi Abstrak Revisi Pembahasan	
11.	22 April 2025	ACC KTI SIAPKAN SEMHAS	
12.	8 Mei 2025	• Revisi memperbarui data justifikasi • Revisi Pengkajian di bagian PQRST	
13.	15 Mei 2025	ACC KTI	

Lampiran 3 Lembar Konsultasi Penguji



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

📍 Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Tiara Ayu Fadila

NIM : P17240221013

NAMA PEMBIMBING : Ns. Edi Yuswantoro,S.Kep.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	3 Februari 2025	Revisi Penulisam • Penomoran • Kutipan Pustaka	
2.	10 Februari 2025	Menambahkan konsep Post Operasi Revisi membenahi penulisan kutipan	
3.	10 Februari 2025	ACC proposal KTI lanjutkan penelitian hasil	
4.	8 Mei 2025	• Pengkajian (Anonim alamat, PQRST) • Pemeriksaan Fisik (Personal Hygiene, Keadaan umum) • Analisa data • Penomoran Implementasi • Lengkapi Catatan Perkembangan • Opini pembahasan bahasa kurang baku	

5.	15 Mei 2025	• Lengkapi evaluasi awal dinas di bagian catatan perkembangan	
6.	16 Mei 2025	ACC KTI	

Lampiran 4 Lembar Persetujuan (Inform Consent)

LEMBAR PERSETUJUAN**(INFORMED CONCENT)**

Nama saya Tiara Ayu Fadila. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Tremggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Appenndicits Di Ruang Seruni dr. Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek, 14 Maret 2025


(.....Kasrini.....)

Lampiran 5 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Tiara Ayu Fadila yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Appendicitis Di Ruang Seruni dr. Soedomo Trenggalek”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, 14 Maret 2025


(Kasrini.....)

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian Akademik



Kemenkes
Poltekkes Malang

Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
Politeknik Kesehatan Malang
Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
☎ (0341) 566075
🌐 <https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 18 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/42/2025
 Lamp. : 1 (satu) bendel
 Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :
 Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo
 Kabupaten Trenggalek
 di –
TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : TIARA AYU FADILA
 NIM : P17240221013
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Appendicitis* di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.
 Demikian agar menjadikan periksa dan disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :
 Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.
 2. Sdr. Karu Seruni.
 3. Peneliti.

Lampiran 7 Surat Izin Penelitian Rumah Sakit



**PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO**

Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
Email : rsuddrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
TRENGGALEK 66312

Trenggalek, 04 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 70 /406.010.001/18.00/2025
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
Poltekkes Kemenkes Malang
di
TRENGGALEK

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/42/2025 tanggal 18 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : **TIARA AYU FADILA**
NIM : P17240221013
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Appendicitis di Ruang Seruni RSUD dr. Soedomo Trenggalek". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
Kabid. Pengembangan dan Pengendalian



SUJIONO, SST, M.Kes
Pembina
NIP. 19741020-199603 1 003

Tembusan disampaikan kepada:

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
3. Sdr. Ka.
RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
→ 4. Sdr. Peneliti
5. Arsip

Lampiran 8 Lembar Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah

FORMAT**ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH****DISUSUN OLEH :****NAMA** : _____**N I M** : _____**KEMENTERIAN KESEHATAN RI****BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN****POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG****JURUSAN KEPERAWATAN****PRODI D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK**