

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OP *APENDIKTOMI*
DI RUANG JENGALA RSUD GAMBIRAN KOTA KEDIRI**

TUGAS AKHIR

AYSWATUL NUR PRIMEIDITA

NIM P17240223076



**KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENKES MALANG JURUSAN KEPERAWATAN
PROGAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN
TRENGGALEK**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OP *APENDIKTOMI*
DI RUANG JENGALA RSUD GAMBIRAN KOTA KEDIRI**

KARYA TULIS ILMIAH

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

AYSWATUL NUR PRIMEIDITA

NIM P17240223076



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMEKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D3 KEPERAWATAN POLTEKKES
KEMENKES MALANG KAMPUS KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ayswatul Nur Primeidita

Nim : P17240223076

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 akui 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,

Pembimbing

Yang membuat pernyataan



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.
NIP. 91981111201901201

Ayswatul Nur Primeidita
NIM. P17240223076

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Ayswatul Nur Primeidita (P17240223076) telah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Appendiktomi di Ruang jenggala RSUD Gambiran Kediri ”,telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, 2 Mei 2025

Pembimbing



Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep.

NIP. 91981111201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Ayswatul Nur Primeidita (P17240223076) telah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Appendiktomi di Ruang jenggala RSUD Gambiran Kediri ”, telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 2 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji

Penguji Anggota

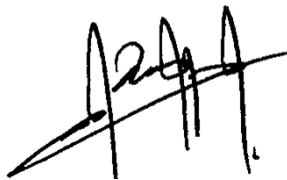


Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep, M.Kep
NIP. 919840706201901201

Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M. Kep.
NIP. 91981111201901201

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19760810 200212 2 001

CURICULUM VITAE

Nama : Ayswatul Nur Primeidita

Tempat tanggal lahir : Nganjuk, 02 Mei 2004

Agama : Islam

Alamat : Rt 1 Rw 02 Ds. Kemaduhh Kec. Baron
Kab. Nganjuk

Handphone : 08973285413

Email : ayswatulnurprimeidita04@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Kemaduh lulus tahun 2008
2. SDN Banaran 1 kertosono lulus tahun 2016
3. SMPN 1 Kertosono lulus tahun 2019
4. SMAN 1 Kertosono lulus tahun 2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan
Trenggalek

Riwayat Organisasi :

1. Ketua UKM PIK-M Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode 2023-
2024
2. Anggota UKM English Club Prodi D3 Keperawatan Trenggalek periode
2022-sekarang

MOTTO

“setetes keringat ibuku yang keluar, ada seribu langkahku untuk maju”

PERSEMBAHAN

1. Ibuku tersayang Ibu aysyatul Rosita , ibu tunggal yang hebat luar biasa yang selalu menjadi penyemangat saya sebagai sandaran terkuat menghadapi kerasnya dunia ini. Tugas akhir ini penulis persembahkan untuk beliau. Terima kasih sudah melahirkan, berjuang sekuat tenaga untuk memberikan kehidupan yang layak untuk saya, kerja keras dan menjadi tulang punggung keluarga hingga akhirnya saya bisa tumbuh dewasa dan bisa berada di posisi ini. Kesuksesan dan segala hal baik yang kedepannya akan penulis dapatkan adalah karena beliau. Tolong hidup lebih lama didunia ini, izinkan saya mengabdikan dan membalas segala pengorbanan yang ibu lakukan selama
2. Kakek dan Nenek penulis, yang telah merawat dan membesarkan saya dari kecil hingga dewasa, memberikan kasih sayang, perhatian dan doa sehingga penulis dapat terus berjuang dalam meraih mimpi dan cita-cita.
3. Terimakasih Kepada seseorang yang saya cintai Tito Pamongkas. Terimakasih telah menjadi sosok rumah yang selama ini saya cari. Telah berkontribusi banyak dalam penulisan skripsi ini, meluangkan waktu dan pikiran kepada saya dan senantiasa sabar menghadapi saya. Terimakasih telah menjadi bagian dari perjalanan saya hingga sekarang ini. Mari tetap berjuang bersama hingga kita pulang ke rumah yang sama.

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 Post Op Apendiktomi Di Ruang Jenggala RSUD Gambiran Kota Kediri ”** 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 V 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. Aditya Bagus Djatmiko, M.Kes selaku Direktur RSUD Gambiran Kota Kediri
4. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Prodi Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes.
5. Ns. Dewi Wulandari, S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

6. Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep, M.Kep. selaku dewan penguji karya tulis ilmiah yang telah memberikan masukan yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
7. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
8. Tn.M yang telah bersedia menjadi partisipan penelitian.
9. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
10. 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, 2 januari 2025

Penulis

ABSTRAK

Ayswatul Nur Primeidita (2025). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Post Op Appendiktomi Di Ruang Jengjala RSUD Gambiran Kediri*. Karya Tulis Ilmiah Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Pembimbing: Ns.Dewi Wulandari, S.Kep.,M.Kep.

Asuhan keperawatan *post op appendiktomi* adalah perawatan yang diberikan kepada pasien setelah menjalani operasi pengangkatan usus buntu (*apendicitis*). *Apendicitis* merupakan suatu proses peradangan yang disebabkan adanya infeksi pada usus buntu. Apabila dalam penanganannya mengalami keterlambatan akan menimbulkan beberapa komplikasi seperti *perforasi*, *peritonitis*, bahkan dapat menyebabkan kematian. *Apendiktomi* merupakan tindakan bedah untuk mengangkat *apendiks* yang mengalami peradangan, tujuan dari penelitian ini adalah memberikan atau melakukan asuhan keperawatan dan menganalisa kesenjangan antara teori dengan fakta asuhan keperawatan pada klien *post op apendiktomi* di ruang jengjala RSUD Gambiran Kediri. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Metode penelitian ini digunakan untuk memecahkan masalah dan menjawab berbagai permasalahan kesehatan. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pada satu klien *post op apendiktomi* di ruang jengjala RSUD Gambiran Kediri secara komprehensif. Metode pengumpulan data yang digunakan berupa wawancara, pemeriksaan dan studi dokumentasi. Berdasarkan hasil penelitian tidak semua keluhan *post op apendiktomi* ditemukan pada klien. Hasil pengkajian ditemukan kesenjangan pola tidur dan riwayat psikologis. Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut berhubungan dengan efek prosedur invasif dan resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit. Intervensi yang digunakan sesuai teori yang telah disusun. Implementasi menyesuaikan dengan kondisi klien. Evaluasi dilakukan selama empat hari menggunakan SOAP. Kesimpulan pada penelitian ini adalah klien dengan *post apendiktomi* hanya memerlukan waktu singkat di rumah sakit, namun pada saat dirumah diperlukan perawatan insentif dan berkelanjutan.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, *Post Apendiktomi*, Klien

ABSTRACT

Ayswatul Nur Primeidita (2025). *Nursing Care for Clients with Post-Op Appendicitis in the Jenggala Room of Gambiran Regional Hospital*. Kediri Scientific Paper. D3 Nursing Study Program, Trenggalek Regency Campus, Nursing Department, Health Polytechnic, Ministry of Health, Malang, Supervisor: Ns.Dewi Wulandari, S.Kep.,M.Kep.

Appendicitis is an inflammatory process caused by an infection in the appendix or often called the appendix. If the treatment is delayed, it will cause several severe complications such as perforation, peritonitis, and can even cause death. Appendectomy is a surgical procedure to remove an inflamed appendix. The purpose of this study is to provide or perform nursing care for clients with post-appendectomy and to analyze the gap between existing theory and the facts of nursing care for clients with post-appendectomy in the Seruni Room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek. The research design used in this research is 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 Nursing Care to Clients with Post Appendectomy in the jenggala Room of RSUD Gambiran Kediri comprehensively. Data collection methods used were interviews, physical and documentation studies. Based on the results of the study, not all post-appendectomy complaints were found in clients. The results of the study found discrepancies in sleep patterns and psychosocial history. The nursing diagnoses that emerged were Acute pain is related to physical injurious agents (surgical procedures) and the risk of infection is related to the effects of invasive procedures (surgical procedures). The intervention used is according to the theory that has been prepared. Implementation adjusts to the client's conditions. The evaluation was carried out for three days using SOAP. The conclusion in this study is that clients with post-appendectomy only need a short time in the hospital, but at home they need intensive and ongoing care. Keywords: Nursing Care, Post Appendectomy, Clients

Keywords: Nursing Care, Post Appendectomy, Client

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
CURICULUM VITAE	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR ISTILAH.....	xvii
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 Apendicitis.....	8
2.1.1 Definisi Apendicitis.....	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi appendicitis	9
2.1.3 Klasifikasi <i>Apendisitis</i>	10
2.1.4 Etiologi Apendicitis.....	11
2.1.5 Manifestasi Klinis Apendicitis	13
2.1.6 Pemeriksaan penunjang.....	14
2.1.7 Patofisiologi <i>Apendicitis</i>	16
2.1.8 Komplikasi appendicitis.....	19
2.1.9 Penatalaksanaan	19
2.2 Konsep Apendiktomi	23
2.2.1 Definisi Apendiktomi	23
2.2.2 Etiologi <i>Apendiktomi</i>	23
2.2.3 Manifestasi Klinis Apendictomi.....	24
2.2.4 Pemeriksaan Penunjang.....	26
2.2.5 Komplikasi Apendiktomi	27
2.2.6 Pentalaksanaan Apendiktomi	28
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Post op Apendiktomi	30

2.3.1 Pengkajian	30
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	40
2.3.3 Rencana Keperawatan	55
2.3.4 Implementasi Keperawatan	61
2.3.5 Evaluasi	62
BAB III METODE PENELITIAN	67
3.1 Desain Penelitian	67
3.2 Batasan Istilah.....	67
3.3 Partisipan	68
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	69
3.4.1 Lokasi penelitian	69
3.4.2 Waktu pelaksanaan.....	69
3.5 Pengumpulan Data.....	69
3.5.1 Tahap Persiapan.....	69
3.5.2 Tahap Pelaksanaan	70
3.6 Uji Keabsahan Data	72
3.6.1 Derajat Kepercayaan (<i>Credibility</i>)	72
3.6.2 Keteralihan (<i>Transferbility</i>).....	72
3.6.3 Kebergantungan (<i>Dependability</i>)	73
3.6.4 Kepastian (<i>Confirmability</i>).....	73
3.7 Analisis Data.....	73
3.8 Etika Penulisan	73
3.8.1 Informed consent (lembar persetujuan menjadi informan).....	74
3.8.2 Anonimity (tanpa nama).....	74
3.8.3 Confidentiality (kerahasiaan	74
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	75
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan.....	75
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	75
4.1.3 Analisa Data	83
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	84
4.1.5 Implementasi	87
4.1.5 Evaluasi	88
4.1.7 Catatan Perkembangan	89
4.2 Pembahasan	109
4.2.1 Pengkajian	109
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	110
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	111
4.2.4 Implementasi Keperawatan	112
4.2.5 Evaluasi	112
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	114
5.1 Simpulan.....	114
5.1.1 Pengkajian	114
5.1.2 Diagnosa.....	114
5.1.3 Intervensi.....	114
5.1.4 Implementasi	115
5.1.5 Evaluasi	115
5.2 Saran	115
5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit.....	115

5.2.2 Bagi Pendidikan	115
5.2.3 Bagi Peneliti	115
5.2.4 Bagi Klien	116
5.2.5 Bagi Penelitian Yang Akan Datang	116
DAFTAR PUSTAKA	117
LAMPIRAN.....	119

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan Post Operasi Apendicitis	53
Table 4.1 Pengkajian.....	76
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	77
Table 4.3 Pola Aktivitas Sehari-Hari.....	78
Table 4.4 Riwayat Psikososial.....	79
Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik	80
Table 4.6 Pemeriksaan Penunjang.....	82
Tabel 4.7 Penatalaksanaan Terapi.....	82
Tabel 4.8 Analisa Data	83
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan	84
Table 4.10 Intervensi Keperawatan.....	85
Tabel 4.11 Implementasi.....	87
Tabel 4.12 Evaluasi	88
Tabel 4.1.3 Catatan Perkembangan.....	89
Tabel 4.14 Hasil Analisis	95

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Apendicitis.....	7
Gambar 2.2 Anatomi patofisiologi Apendicitis.....	7
Gambar 2.3 Pathway <i>Apendicitis</i>	16

DAFTAR ISTILAH

Abdomen	: Perut
Abses	: Kantong sempit berisi nanah yang berkumpul di jaringan, organ, atau ruang di dalam tubuh
Apendicitis	: <i>Apendiks</i> yang mengalami peradangan
Apendiks	: Bagian dari usus besar yang menyerupai jari
Apendiktomi	: Tindakan pembedahan dengan memotong <i>Apendiks</i>
Distensi	: Kondisi pembesaran, biasanya mengacu pada perut
Fekalit	: Feses yang keras
Fibrosis	: Kondisi dimana terjadi pembentukan jaringan ikat fibrosa yang berlebihan pada suatu organ atau jaringan akibat proses peradangan
Gastrointestinal	: Sistem saluran pencernaan
Hipertemi	: Kondisi dimana terjadi peningkatan suhu tubuh
Hyperplasia	: Peningkatan abnormal jumlah sel dalam suatu jaringan
Inflamasi	: Suatu proses peradangan
Leukosit	: Sel darah putih
Obstruksi	: Penyumbatan
Perforasi	: Merupakan lubang atau luka pada dinding suatu organ tubuh
Peritoneum	: Lapisan pelindung dari lapisan serosa yang membalut rongga Abdomen termasuk organ-organ <i>Abdomennya</i>
Peritonitis	: Peradangan pada lapisan tipis dinding dalam perut (<i>Peritoneum</i>), yang berfungsi melindungi organ di dalam rongga perut
Sklera	: Lapisan luar mata yang berwarna putih, berserat, tidak tembus cahaya, elastis, dan mengandung kolagen
Striktur	: Penyempitan lumen karena <i>Fibrosis</i> pada dindingnya
Ulserasi	: Adanya luka terbuka yang sulit sembuh

DAFTAR SINGKATAN

DEPKES RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
GALT	: Gut Associates Lymphoid Tissue
IMT	: Indeks Masa Tubuh
KTI	: Karya Tulis Ilmiah
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
USG	: Ultrasonografi
WHO	: World Health Organization

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan dan dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan objek klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Togubu, Korompis, and Kaunang 2019). Dalam proses keperawatannya meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Purba, 2019). Asuhan keperawatan bisa dilakukan atau diberikan kepada pasien untuk memenuhi kebutuhan pasien yang berdasarkan 5 kebutuhan dasar manusia, yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta dan saling memiliki, kebutuhan akan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri (Naibaho, 2019). Dalam pemenuhannya kebutuhan fisiologis manusia tidak mungkin ditunda dengan berfokus pada kondisi sakit salah satunya pada klien dengan *Appendicitis*. *Appendicitis* adalah suatu peradangan pada usus buntu vermiformis atau usus buntu, yang disebabkan oleh sumbatan pada rongga usus buntu (bella suci fitriani, martianus perangin angin, 2024). *Appendicitis* ini terbagi menjadi tiga bagian yaitu *appendicitis* akut, *appendicitis* rekuren, dan *appendicitis* kronis.

Penelitian menunjukkan 7% penduduk di negara Barat menderita *appendicitis* dan terdapat lebih dari 200.000 *appendektomi* dilakukan di Amerika Serikat setiap tahunnya (David Mirza Mahendra, 2021). Sekitar satu dari setiap

sepuluh orang di dunia akan mengalami apendisitis akut selama masa hidup. di Inggris, sekitar 40.000 tindakan appendiktomi dilakukan setiap tahun sedangkan Insidensi appendiktomi yang didiagnosis apendisitis di Korea Selatan sebanyak 59,70% pasien rawat inap yang menunjukkan bahwa risiko apendisitis seumur hidup adalah 16,33% pada pria dan 16,34% untuk wanita, dan risiko appendiktomi seumur hidup adalah 9,89% untuk pria dan 9,61% untuk wanita (Lee, Park, & Choi, 2010). (Mudrikah and Waluyanti, 2021). Kasus apendicitis dari tahun ke tahun masih terus mengalami peningkatan. Menurut WHO atau World Health Organization menyatakan pada tahun 2020 angka mortalitas akibat apendicitis di dunia 2,6% dari jumlah penduduk di dunia (Arifuddin, 2020). Kejadian *apendisitis* di Indonesia berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI sebesar 596.132 orang, dengan persentase 3.36% dan pada tahun `2020 menjadi 621.435 orang dengan persentase 3.35% presentase tersebut menunjukkan adanya peningkatan yang menyatakan bahwa *apendisitis* merupakan penyakit tidak menular tertinggi kedua di Indonesia (Josephine Olivia Cristie 2021). Dinkes Jawa Timur mengatakan kasus apendicitis terdapat 5.980 penderita dengan 177 orang berakibat kematian (Ida Bagusbhidayat, Reny Tri Febriani, 2024). Menurut data dari rekam medik RSUD Gambiran Kota Kediri menyebutkan kasus post op appendiktomi pada tahun 2020-2022 sebanyak 152 orang (Restiana Ledy Masinta, 2023).

Apendicitis biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri. Adapun faktor lain yang dapat menyebabkan terjadinya apendicitis diantaranya penyumbatan pada lapisan saluran lumen oleh fekalit, benda asing dan parasite (Hidayatmo Yanuar, 2021). *Apendisitis* seringkali terjadi diantara usia 10 hingga 30 tahun,

pada kasus *appendicitis* terjadi lebih banyak pada laki-laki dibandingkan perempuan dengan perbandingan kejadian 1:4, dan menyerang rata-rata pada usia 10 hingga 30 tahun. (Appulembang, Sampe, and Bahrum, 2024). Hal ini menyebabkan orang tersebut mengabaikan nutrisi makanan yang dikonsumsi. Akibatnya terjadi kesulitan buang air besar yang akan menyebabkan peningkatan tekanan pada rongga usus dan pada akhirnya menyebabkan sumbatan pada saluran apendiks. Sesuai dengan pengamatan epidemiologi pola makan juga dapat memicu terjadinya *appendicitis*. Oleh karena itu dengan sering mengonsumsi asupan makanan yang rendah serat dapat menyebabkan konstipasi dan menyebabkan *appendicitis* (Arifuddin, 2017). Penanganan *appendicitis* dapat berupa Tindakan operatif. *Apendiktomi* sendiri merupakan tindakan bedah yang beresiko kecil untuk membahayakan jiwa namun tetap bisa menyebabkan komplikasi yang serius apabila dalam melakukan perawatan pasca operasi *apendiktomi* tidak dilakukan secara tepat, komplikasi yang sering ditemukan pada pasca operatif adalah masalah sirkulasi, masalah urinarius, masalah luka, masalah gastrointestinal, dan masalah rasa aman nyaman (Kozier & Karyuni, 2011). Tindakan pembedahan dapat menimbulkan nyeri pasca operatif pada klien, nyeri ini biasanya dirasakan 12 sampai 36 jam pasca pembedahan (Siahaan, 2021). Ketidaktahuan pasien dan keluarga terhadap perawatan pasca operasi yang tepat juga dapat mempengaruhi kesembuhan pasien.

Pada pasien dengan *appendicitis* memerlukan tindakan yang secepat mungkin dan sesuai dengan protap asuhan keperawatan dengan mengatasi nyeri terlebih dahulu. Tindakan yang paling dianjurkan adalah dengan

melakukan pembedahan tindakan pembedahan atau disebut dengan *apendiktomi* (Ni Luh Eny Pertiwi, 2016). *Apendiktomi* merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat *apendiks* yang didiagnosa *apendisitis* sebagai pencegahan terjadinya *perforasi apendiks* dan penanganan terjadinya *perforasi* yang dapat menimbulkan nyeri (Keperawatan et al. 2022). *Apendiktomi* sendiri merupakan tindakan bedah yang beresiko kecil untuk membahayakan jiwa namun tetap bisa menyebabkan komplikasi yang serius apabila dalam melakukan perawatan pasca operasi *apendiktomi* tidak dilakukan secara tepat. Adapun peran perawat sangatlah penting dalam merawat dan memberikan asuhan keperawatan pada penderita appendicitis khususnya adalah pemberi asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan appendicitis bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan mengacu pada lima tahapan asuhan keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Berdasarkan uraian diatas maka penulis merasa tertarik mengambil karya tulis “**Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Appendicitis di Ruang jenggala RSUD Gambiran Kota kediri.**

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah pada studi kasus ini dibatasi pada asuhan keperawatan pada klien post op *apendiktomi* tanpa komplikasi minimal 3 jam maximal 12 jam setelah di ruang jenggala RSUD Gambiran kota Kediri.

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, penulis dapat merumuskan masalah sebagai berikut : “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien dengan post operasi *apendiktomi* di ruang jengala RSUD Gambiran kota Kediri.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan umum

Mengetahui asuhan keperawatan pada pasien post operasi *apendiktomi* di ruang jengala RSUD Gambiran kota Kediri.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien dengan dengan post op Apendiktomidi ruang jengala RSUD Gambiran kota Kediri.
- 2) Merumuskan diagnosa asuhan keperawatan pada klien dengan post op Apendiktomi di ruang jengala RSUD Gambiran kota Kediri.
- 3) Merencanakan tindakan keperawatan asuhan keperawatan pada klien dengan post op Apendiktomi di ruang jengala RSUD Gambiran kota Kediri.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan asuhan keperawatan pada klien dengan post op Apendiktomi di ruang jengala RSUD Gambiran kota Kediri.
- 5) Mengevaluasi tindakan asuhan keperawatan pada klien dengan post op Apendiktomi di ruang jengala RSUD Gambiran kota Kediri.

- 6) Menganalisa kesenjangan antara teori yang ada dengan fakta asuhan keperawatan pada klien dengan post op Apendiktomi di ruang jengjala RSUD Gambiran kota Kediri.

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 post op Apendiktomi di ruang jengjala RSUD Gambiran kota Kediri.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat berguna untuk memberikan pelayanan juga perawatan pada klien dengan post op Apendiktomi di ruang jengjala RSUD Gambiran kota Kediri.

2) Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini 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 keterampilan mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan post op Apendiktomi.

4) Bagi Klien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memotivasi untuk kesembuhan klien dengan post op Apendiktomi.

5) Bagi Penelitian Yang Akan Datang

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti yang akan datang dengan variable yang berbeda

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Apendicitis

2.1.1 Definisi Apendicitis

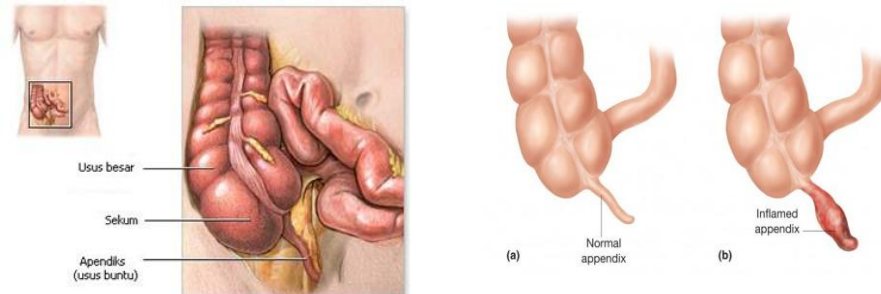
Apendicitis adalah peradangan pada *apendiks* (umbai cacing) akibat infeksi oleh bakteri. Apabila sisa makanan masuk ke dalam *apendiks*, makanan tersebut akan busuk dan sulit dikeluarkan, akibatnya *apendiks* akan mengalami peradangan. (Appulembang, Sampe, and Bahrum 2024)

Apendiks vermiformis merupakan organ berbentuk tabung atau sebuah penonjolan pada dinding posteromedial sekum. Kata vermiformis berasal dari bahasa latin, yaitu *vermiforma* yang berarti berbentuk cacing. *Apendisitis* berasal dari kata latin yaitu *appendix* dan *-itis* yang berarti *inflamasi* pada *appendix* (Haliza Henfa Dela Cruz 2022)

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada *apendiks* vermiformis gejala klasik *apendisitis* ialah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral di daerah epigastrium di sekitar umbilikus. Kadang tidak ada nyeri epigastrium tetapi terdapat konstipasi. Tindakan itu dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya *perforasi*. (fajriani 2023)

2.1.2 Anatomi Fisiologi appendicitis

1) Anatomi



Gambar 2.1 *Appendiks* normal (a) dan *appendiks* yang terinfeksi (b)

Appendiks vermiformis atau yang sering disebut sebagai *apendiks* adalah organ berbentuk tabung dan sempit yang mempunyai otot dan banyak mengandung jaringan limfoid. Panjang *apendiks* vermiformis bervariasi dari 3-5 inci (8-13 cm). Dasarnya melekat pada permukaan aspek posteromedial caecum, 2,5 cm dibawah junctura iliocaecal dengan lainnya bebas, lumennya melebar di bagian distal dan menyempit di bagian proksimal.(Andalia 2023)

Apendiks merupakan organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10cm (4 inci), lebar 0,3 - 0,7 cm dan isi 0,1 cc melekat pada sekum tepat dibawah katup ileosekal. Pada pertemuan ketiga taenia yaitu : taenia anterior, medial dan posterior. Secara klinis, *apendiks* terletak pada daerah mc.burney yaitu daerah 1/3 tengah garis yang menghubungkan spina iliaka anterior superior kanan dengan pusat. Lumennya sempit dibagian proksimal dan melebar dibagian distal. Namun demikian, pada bayi, *apendiks* berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit kearah ujungnya. Persarafan parasimpatis pada *apendiks* berasal dari cabang nervus vagus yang mengikuti arteri

mesentrika superior dan arteri apendikularis, sedangkan persarafan simpatis berasal dari nervus torakalis X, oleh karena itu nyeri visceral pada *Apendisitis* bermula disekitar umbilicus.

2) Fisiologi

Apendiks dapat menghasilkan lendir sekitar 1-2 ml per hari. Lendir tersebut normalnya di hantarkan ke dalam lumen dan selanjutnya akan mengalir ke dalam sekum. IgA (Imunoglobulin A) yang sangat efektif dalam perlindungan terhadap infeksi ditemukan juga di *apendiks*. Namun, seandainya pengangkatan *apendiks* dilakukan, sistem imun tubuh tidak terpengaruh, hal ini dikarenakan jumlah jaringan limfe di organ ini kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna. (Andalia 2023)

2.1.3 Klasifikasi *Apendisitis*

1) *Apendisitis* Akut.

Apendisitis akut merupakan kasus emergensi pada ilmu bedah yang sering ditemukan pada anak-anak dan remaja. *Apendisitis* akut lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan dengan wanita dengan insiden 8,6% dan 6,7%. (Report 2023)

Apendisitis akut adalah suatu peradangan akut *apendiks* vermiformis atau yang biasa dikenal di masyarakat dengan peradangan usus buntu dan merupakan salah satu masalah kegawatdaruratan bedah yang umum didapatkan dimasyarakat. (Andalia 2023)

Gejala awal *apendisitis* akut adalah nyeri atau rasa tidak enak di sekitar umblikus. Gejala ini umumnya berlangsung lebih dari 1 atau 2

hari. Dalam waktu beberapa jam nyeri bergeser ke kuadran kanan bawah dengan disertai oleh anoreksia, mual dan muntah. Dapat juga terjadi nyeri tekan lepas. Apabila terjadi ruptur pada *apendiks*, tanda *perforasi* dapat berupa nyeri, nyeri tekan spasme. (Yulia Fitrah.S, Reeny Purnamasari J , Muh. Alfian Jafar , Azis Beru Gani 2023)

2) *Apendisitis* Kronik.

Diagnosis *apendisitis* kronis baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya : riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik *apendiks* secara makroskopik dan mikroskopik. Kriteria mikroskopik *apendisitis* kronik adalah *fibrosis* menyeluruh dinding *apendiks*, sumbatan parsial atau total lumen *apendiks*, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan adanya sel *inflamasi* kronik. insiden *apendisitis* kronik antara 1-5%.

2.1.4 Etiologi *Apendicitis*

Etiologi *Apendisitis* akut yang utama adalah obstruksi lumen *apendiks* karena *Hyperplasia* limfatik yang mengakibatkan peningkatan tekanan intraluminal sehingga terjadi edema, ulcerasi, peradangan dan infeksi bakteri. (I Made , Ni Kadek, Wayan 2023)

Umumnya etiologi *Apendisitis* yaitu akibat sumbatan pada lumen *Apendiks* yang berasal dari apendikolit (batu *Apendiks*), tumor *Apendiks* seperti tumor karsinoid, adenokarsinoma *apendiks*, parasit usus, dan jaringan limfatik hipertrofi yang dapat menyebabkan obstruksi *apendiks*. Ketika lumen *apendiks* tersumbat, bakteri menumpuk di *apendiks* dan menyebabkan peradangan akut dan pembentukan *abses* hingga

menyebabkan ruptur. Pada kasus appendicitis jarang tanpa adanya *perforasi*. *perforasi* menyebabkan peningkatan angka morbiditas dan mortalitas. Oleh karena itu, *apendisitis* harus dilakukan manajemen segera sebelum terjadi *perforasi*. (Magfirah, Sayuti, and Syarkawi 2023)

Etiologi *appendicitis* adalah obstruksi lumen *Apendiks* yang dapat disebabkan oleh hiperplasia limfoid, infeksi, fekalit, tumor, ataupun infeksi. Obstruksi ini kemudian menyebabkan *distensi* lumen dan *inflamasi* yang menimbulkan manifestasi klinis appendicitis *fekalit* terbentuk dari garam kalsium dan debris feses menjadi berlapis dan menumpuk di dalam *apendiks*. Hiperplasia limfoid dikaitkan dengan berbagai gangguan *Inflamasi* dan infeksi, seperti crohn's disease, gastroenteritis, amebiasis, infeksi pernapasan, campak, dan mononukleosis. Pada beberapa kasus penyebab pasti appendicis berasal dari parasit, seperti *Enterobius vermicularis*, juga berpotensi menyebabkan obstruksi lumen *apendiks* dan menyebabkan appendicitis.

Faktor risiko yang menyebabkan *apendisitis* terjadi yaitu: jenis kelamin, usia, pola diet dan konsistensi feses. Pada keluhan akut *abdomen* yang paling sering banyak terkena adalah jenis kelamin laki-laki, dimana dinyatakan bahwa perbandingan laki-laki dan perempuan adalah 2,5:1, dikatakan *apendisitis* itu lebih sering terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan, karena perempuan lebih sering mengonsumsi makanan berserat dibandingkan laki-laki. *apendisitis* cenderung terjadi karena kurangnya konsumsi makanan yang berserat, dan ketidakmampuan dalam mengolah bahan makanan, cara makanan itu

diolah dan waktu makan yang tidak teratur, makanan yang dikonsumsi mengandung banyak karbohidrat. Karena itu disarankan untuk mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat dan bergizi. Kebiasaan kurangnya konsumsi serat dapat mengakibatkan terjadi sumbatan fungsional lumen, peningkatan pertumbuhan kuman dan kemudian terjadilah peradangan pada *apendiks*. Kebiasaan konsumsi makanan dengan serat yang rendah dapat menyebabkan timbulnya sumbatan fungsional *apendiks* dan meningkatkan pertumbuhan flora normal kolon sehingga terjadi peradangan pada *Apendiks*. (Cristie et al. 2021)

Pola Appendicitis dapat terjadi pada siapa saja, namun beberapa kondisi dapat meningkatkan risiko terjadinya appendicitis antara lain (dr. Erika Gracia 2022) :

- 1) Usia: appendicitis lebih sering ditemukan pada usia 10-20 tahun.
- 2) Jenis kelamin: appendicitis lebih sering ditemukan pada pria dibandingkan wanita.
- 3) Riwayat dalam keluarga: adanya riwayat appendicitis pada keluarga meningkatkan risiko seseorang terkena appendicitis.
- 4) Konsumsi serat yang rendah.
- 5) Kebiasaan merokok

2.1.5 Manifestasi Klinis Apendicitis

Beberapa manifestasi klinis yang sering muncul pada *apendisitis* antara lain sebagai berikut. (Handaya, & Yuda 2017)

- 1) Nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilikus 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 pernanahan 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/mm³. 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*

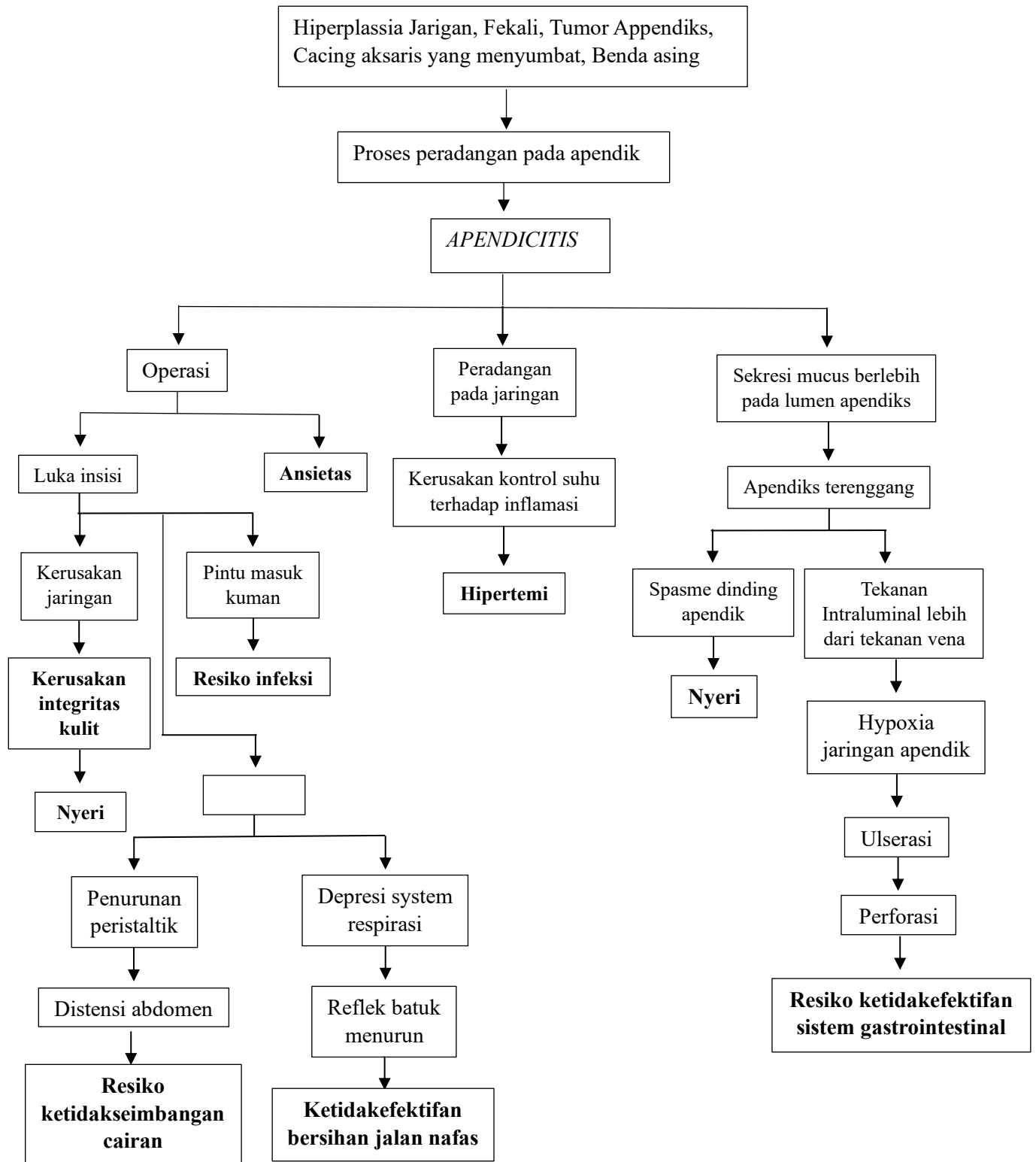
c) CT-Scan pemeriksaan CT Scan pada *abdomen* untuk mendeteksi *apendisitis* dan adanya kemungkinan *perforasi*.

d) C-Reactive Protein (CRP)

C-Reactive Protein (CRP) adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau *iInflamasi*. Pada *apendisitis* didapatkan peningkatan kadar CRP.(Muttaqin, Arif 2011)

2.1.7 Patofisiologi *Appendicitis*

Skema Pathway *Appendicitis*



Uraian

Apendicitis disebabkan oleh hiperplasia jaringan, fekal, tumor apendiks, cacing aksaris yang menyumbat, benda asing sehingga hal ini menyebabkan peradangan pada apendiks, apabila hal ini tidak segera diatasi maka akan menyebabkan *apendicitis*. 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. *Apendicitis* 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. Dimana tindakan ini akan 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 yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. 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.

2.1.8 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 *leukosit* 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.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *apendisitis* akut tanpa komplikasi dapat diobati dengan pendekatan antibiotik. Keberhasilan pendekatan non-operatif memerlukan pemilihan pasien yang cermat dan eksklusi pasien dengan gangren akut *apendisitis*, *abses*, dan *peritonitis* diffuse. Strategi antibiotik-pertama dapat dianggap aman dan efektif pada pasien tertentu dengan *apendisitis* akut tanpa komplikasi. Pasien yang ingin menghindari pembedahan harus menyadari risiko kekambuhan hingga 39% setelah 5 tahun. (Di Saverio 2020)

Apendektomi melalui laparotomi terbuka pada insisi kuadran kanan bawah minimal atau melalui laparoskopi merupakan pengobatan standar dari *apendisitis* akut. *Apendiktomi* laparoskopi memberikan hasil

rendahnya insiden infeksi luka, komplikasi postoperative lebih sedikit, waktu rawat lebih singkat, dan pasien lebih cepat Kembali beraktivitas dibandingkan dengan laparotomi terbuka baik pada dewasa maupun anak-anak. Penundaan pembedahan di rumah sakit yang singkat hingga 24 jam aman pada *apendisitis* akut tanpa komplikasi dan tidak meningkatkan angka komplikasi dan/atau *perforasi* pada orang dewasa. Menunda apendektomi untuk *apendisitis* akut tanpa komplikasi hingga 24 jam setelah masuk tampaknya tidak menjadi faktor risiko untuk *apendisitis* rumit, tidak terkait dengan peningkatan risiko *perforasi* atau hasil yang merugikan, infeksi tempat operasi pascaoperasi, atau morbiditas. (Snyder 2018)

Pasien dengan *apendisitis* tanpa komplikasi umumnya akan mengalami periode pasca operasi yang lancar, dan terapi antibiotik pasca operasi tidak diperlukan. Namun, kelompok pasien dengan *apendisitis* yang rumit harus direncanakan untuk terapi antibiotik rata-rata selama 4 hari. Komplikasi luka, termasuk infeksi, harus dikelola dengan pembukaan luka yang memadai dan irigasi, diikuti dengan balutan. Namun terapi antibiotik sangat penting dalam penatalaksanaan pasien yang mengalami komplikasi pembentukan Abses dan keterlibatan fascia dalam. (Jones et al., 2023)

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 I (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, K. M. 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

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. 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). Pada klien post operasi *appendicitis* akan mengalami malaise, istirahat dan

tidur klien kurang dikarenakan adanya nyeri pada insisi bedah (Doengoes,2010).

2.2 Konsep Apendiktomi

2.2.1 Definisi Apendiktomi

Apendiktomi adalah pembedahan atau operasi pengangkatan *Apendiks* (Haryono, 2012). *Apendiktomi* merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit *apendisitis* atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. *Apendiktomi* dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko *perforasi* lebih lanjut seperti *peritonitis* atau *abses*. (siti walsani 2020)

Post *apendiktomi* merupakan peristiwa setelah dilakukannya tindakan pembedahan pada apendik yang mengalami *inflamasi*. Kondisi post operasi dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya. Pasien yang telah menjalani pembedahan dipindahkan ke ruang perawatan untuk pemulihan post pembedahan (memperoleh istirahat dan kenyamanan).

2.2.2 Etiologi Apendiktomi

Etiologi dilakukannya tindakan pembedahan pada penderita *apendiksitis* dikarenakan apendik mengalami peradangan. *Apendiks* yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan *perforasi* apabila tidak dilakukan tindakan pembedahan. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Penyebab terjadinya apendicitis menurut (Awan Hariyanto, S. K., & Rini 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

2.2.3 Manifestasi Klinis Apendektomi

Menurut (Wijaya A.s dan Putri Y 2013) , klien yang dilakukan tindakan *apendektomi* akan muncul berbagai manifestasi klinis seperti berikut:

- 1) Nyeri tekan pada luka operasi

Nyeri pada pascabedah mungkin sekali disebabkan oleh luka operasi Tetapi kemungkinan sebab lain juga dipertimbangkan, analgetic sebaiknya diberikan sebelum nyeri timbul dengan dosis yang memadai

- 2) Perubahan tanda-tanda vital

Pada klien dengan post operasi dapat terjadi perubahan denyut nadi (takikardia : denyut nadi cepat) .Tekanan darah yang cenderung stabil menurun 5 MmHg .

- 3) kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri

Pada klien dengan Apendektomi pada umumnya kesulitan melakukan aktivitas dan perawatan diri secara normal dikarenakan kondisi tubuh yang lemah dan terasa nyeri apabila dibuat aktivitas maupun gerak akibat luka insisi dari proses pembedahan.

4) Gangguan integritas kulit

Gangguan integritas kulit pasca operasi dapat ditandai dengan beberapa gejala, antara lain:

- a) Infeksi luka: Kemerahan, bengkak, nanah, atau bau tidak sedap pada luka operasi.
- b) Peradangan: Kulit sekitar luka operasi menjadi merah, panas, dan bengkak.
- c) Keterlambatan penyembuhan: Luka operasi tidak kunjung sembuh atau memakan waktu lama untuk sembuh.
- d) Dehisensi luka: Luka operasi terbuka atau terpisah, sehingga jaringan di bawahnya terlihat.
- e) Nekrosis: Jaringan kulit di sekitar luka operasi menjadi mati atau rusak.

Gangguan integritas kulit pasca operasi dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti infeksi, kurangnya perawatan luka, atau komplikasi lainnya. Oleh karena itu, perawatan luka yang tepat dan pemantauan yang ketat sangat penting untuk mencegah dan mengatasi gangguan integritas kulit pasca operasi.

5) Mual dan muntah, anoreksia

Mual dan muntah setelah operasi dapat disebabkan oleh beberapa faktor, seperti:

- a) Anestesi: Efek sampingan anestesi dapat menyebabkan mual dan muntah.
- b) Nyeri: Nyeri pasca operasi dapat memicu mual dan muntah.

- c) Obat-obatan: Beberapa obat yang digunakan setelah operasi dapat menyebabkan mual dan muntah.
- 6) Anoreksia (kurangnya nafsu makan) pasca operasi juga dapat terjadi karena:
 - a) Stres: Stres akibat operasi dapat mempengaruhi nafsu makan.
 - b) Nyeri: Nyeri dapat mengurangi nafsu makan.
 - c) Perubahan metabolisme: Operasi dapat mempengaruhi metabolisme tubuh, sehingga mempengaruhi nafsu makan. Untuk mengatasi mual, muntah, dan anoreksia pasca operasi, dokter dapat memberikan pengobatan yang tepat, seperti:

2.2.4 Pemeriksaan Penunjang

1) Hitung WBC/*leukosit*

Total hampir selalu meningkat diatas 10.000sel/mm³, pada sebagian besar pasien (95%). Jumlah *leukosit* yang sangat tinggi (> 20.000/mm³) memberi kesan kearah *apendisitis* komplikata dengan gangren atau *perforasi*.

2) Foto polos *abdomen*

Posisi tegak dilakukan untuk mengesampingkan adanya *perforasi* dan obstruksi intestinalis. Pemeriksaan ini mungkin menunjukkan dilatasi lengkung usus halus pada fosa iliaka dekstra.

3) Ultrasonografi *Abdomen*

Untuk mengesampingkan penyebab lain yang mencakup penyebab ginekologik. Ultrasonografi dapat memperlihatkan organ tubular aperistaltik dan tidak mengempis dengan dinding tabung yang tebal.

Pemeriksaan ultrasonografi dapat digunakan untuk menunjukkan adanya nyeri tekan oleh probe ultrasonografi (sensitivitas 85%, spesifitas 90%).

- 4) CT scan merupakan pemeriksaan pilihan (sensitivitas 90%, spesifitas 90%) Protein C-reaktif meningkat pada setiap kelainan peradangan seperti *apendisitis*. (Shenoy dan nilswar 2014)

2.2.5 Komplikasi Apendiktomi

- 1) Komplikasi setelah pembedahan apendik :

- a) Infeksi pada luka

Ditandai apabila luka mengeluarkan cairan kuning atau nanah, kulit disekitar luka menjadi merah, hangat, bengkak, atau terasa semakin sakit,

- b) *Abses* (nanah)

Terdapat kumpulan di dalam rongga perut dengan gejala demam dan nyeri perut.

- c) Perlengketan usus

Dengan gejala rasa tidak nyaman di perut, terjadi sulit buang air besar pada tahap lanjut, dan perut terasa sangat nyeri

- d) Komplikasi yang jarang terjadi seperti ileus, gangren usus, *Peritonitis*, dan obstruksi usus.

- 2) Masalah yang timbul post op *apendiktomi*

Masalah yang banyak terjadi pada penderita post op *apendiktomi* menurut (Judith M. Wilkinson & Nancy R. Ahern 2012)

- a) Nyeri akut

- b) Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- c) Hambatan mobilitas fisik
- d) Konstipasi
- e) Resiko kekurangan volume cairan
- f) Ansietas
- g) Resiko infeksi
- h) Bersihan jalan napas tidak efektif
- i) Defisit pengetahuan

2.2.6 Pentalaksanaan Apendiktomi

Penatalaksanaan *appendisitis* menurut (Andra, S. W., & Yessie 2013)

1) Sebelum operasi

a) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala *apendisitis* sering kali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya *apendisitis* ataupun prioritas lainnya. Pemeriksaan *abdomen* dan *rectal* serta pemeriksaan darah (*leukosit* dan hitung jenis) diulang secara periodic, foto *abdomen* dan toraks tegak dilakukan untuk mencari memungkinkan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosa ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

b) Antibiotik

Apendisitis tanpa komplikasi biasanya tanpa perlu di berikan antibiotik, kecuali *apendisitis* ganggrenosa atau *Apendisitis* perforasi. Penundaan tindakan bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan *abses* atau *perporasi*.

2) Operasi

a) *Apendiktomi*.

b) *Apendiks* di buang, jika *apendiks* mengalami perforasi bebas, maka *abdomen* dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotik.

c) *Abses apendiks* diobati dengan antibiotika IV, masaanya mungkin mengecil, atau *abses* mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari.

3) Pasca operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernafasan, angkat sonde lambung, bila pasien sudah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah, baringkan pasien dalam posisi fowler. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu pasien dipuasakan, bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada *perforasi* atau *peritonitis* umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2x30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh jahitan diangkat dan pasien di perbolehkan pulang

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Post op Apendiktomi

2.3.1 Pengkajian

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.

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: *Apendisitis* seringkali terjadi diantara usia 10 hingga 30 tahun (Appulembang, Sampe, and Bahrum, 2024).
- (3) Jenis kelamin : pada kasus *appendicitis* terjadi lebih banyak pada laki-laki dibandingkan Perempuan (Appulembang, Sampe, and Bahrum, 2024).
- (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.

b) Keluhan Utama

Pada klien post op *apendiktomi* biasanya klien mengalami nyeri *abdomen* dibagian luka insisi bedah, nyeri bertambah parah apabila dibuat aktivitas, mual, muntah dan anoreksia (Suratun dan Lusianah. 2010 2010) . keluhan utama pada pasien post appendiktomi yang sering muncul yaitu nyeri karna meningkatnya histamine, pasien telah sadar dan berada di ruang perawatan

dengan edema/bengkak, imobilisasi, keterbatasan lingkup gerak sendi, penurunan kekuatan otot, pendekatan ekstremitas, perubahan warna, serta penurunan kemampuan untuk ambulasi dan berjalan karena luka bekas operasi dan luka bekas trauma. Kontrol nyeri yang penting yaitu pada saat setelah operasi, nyeri yang dapat dibebaskan mengurangi kecemasan, pernafasan yang lebih mudah dan dalam mobilitas dengan cepat. Pengkajian nyeri dan obat analgetik dapat diberikan untuk meredakan rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien (Faridah VN, 2015)

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada riwayat penyakit sekarang yakni perjalanan mulai terdiagnosa penyakit apendiksitis hingga dilakukan operasi apendiktomi. Biasanya post op apendiktomi pasien mengeluh nyeri baik berupa nyeri akut maupun nyeri kronis, maka lakukan pengkajian nyeri dengan cara PQRST yakni P (penyebab yang menimbulkan rasa nyeri tersebut, Q (kualitas nyeri yang dirasakan seperti apa), R (apakah nyeri bersifat menjalar atau menetap pada satu titik), S (mengukur keparahan nyeri tersebut menggunakan metode skala untuk mengukur intensitas nyeri) dan T (kapan nyeri itu muncul), umumnya pasien post op apendiktomi mengalami nyeri pada abdomen kanan bagian bawah.

Pasien yang menderita apendisitis umumnya akan mengeluhkan nyeri pada perut bagian kanan bawah. Gejala yang pertama kali dirasakan pasien 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 (Warsinggih, 2010).

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, kebiasaan klien mengonsumsi makanan yang rendah serat atau bahkan sering mengalami gangguan buang air besar (Baradero, 2005).

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 *apendicitis* bukan penyakit keturunan dan bukan penyakit menular (Jitowiyono, 2010). Apakah pasien terdapat riwayat penyakit keluarga yang sama berupa *apendiksitis* atau tidak.

f) Pola nutrisi dan metabolisme

Bagaiman diet / suplemen khusus yang dikonsumsi pasien post op apendiktomi, biasanya makanan yang dikonsumsi pasien post op apendiktomi yakni bubur, serta bagaimana nafsu makan pasien (norma, meningkat atau bahkan menurun) setelah dan sebelum dilakukan post op apendiktomi, biasanya pasien mengalami mual

g) Pola eliminasi

Bagaimana pola buang air besar (BAB) dan buang air kecil (BAK) setelah dan sebelum dilakukan post op apendiktomi, 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). Biasanya pasien post op apendiktomi terjadi kontipasi karena terjadi fecalit. Pada BAK dan BAB yang perlu dikaji yakni konsistensi, frekuensi, warna serta bau BAK dan BABnya serta biasanya pasien post op apendiktomi pada minggu pertama menggunakan alat bantu BAK dan BAB berupa pispot dan kateter urin

h) Pola aktivitas dan kebersihan diri

Bagimana aktivitas makan serta meminum, bermandi, cara memakai pakaian atau berias diri, bermobilisasi dari tempat tidur, serta apakah dalam berjalan dapat melakukan secara mandiri (0) atau bantuan dari alat bantu (1), bantuan dari orang lain (2), bantuan dari orang lain dan alat bantu (3) atau ketergantungan /

ketidakmampuan (4). Mengkaji kekuatan otot, range of motion (ROM) serta keluhan saat melakukan aktivitas, biasanya pada pasien post op apendiktomi mengalami kesulitan mengerjakan kegiatan kesehariannya tanpa adanya bantuan sehingga memerlukan alat bantu atau dibantu orang lain.

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

Bagaimana kondisi mental, bicara, kesinambungan dalam komunikasi, berkesinambungan saat memahami, derajat ansites (stress), pendengaran, penglihatan, vertigo setelah dilakukan operasi apendiktomi. Biasanya pada pasien post op apendiktomi mengalami stress dan vertigo dikarenakan kekhawatiran mengenai penyakitnya

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 op *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. Pasien yang mengalami anestesi lama biasanya tidak sadar dengan semua otot-ototnya dalam keadaan rileks. (Suzanne C 2001)

(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 pasien 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. (Baradero & Marry,2008).

(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 2020)

(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)

(f) Integumen

Kebersihan kulit klien baik, kulit teraba hangat, turgor kulit kembali <2 detik, warna kulit merata, kelembaban baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka bekas operasi.

(g) Pemeriksaan dada atau thorak

1. Inspeksi : bentuk dada simetris kanan kiri, ekspansi dada, gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman) baik, tidak adanya penggunaan otot bantu nafas.
2. Palpasi : tidak adanya pembengkakan, nyeri, ekspansi dinding dada, teraba iktus kordis di ics 5 mid klavikula.
3. Perkusi : sonor atau pekak, perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi dan vibrasi yang dihasilkan.
4. Auskultasi : tidak adanya suara nafas tambahan wheezing, ronchi.

(2) Pemeriksaan payudara

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

(3) *Abdomen*

Inspeksi : akan tampak adanya luka operasi.

Palpasi : terasa nyeri dibagian perut.

(4) Genitalia

Terdapat selang kateter. (Suzanne C, 2001)

(5) Ekstermitas

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

2.3.2 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 pasien post operasi appendicitis menurut (Awan Hariyanto & Rini 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 :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. *Inflamasi*, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)

- c) 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 :

- a) Cedera otak aku
- b) Dehidrasi
- c) Pakaian yang tidak sesuai untuk suhu lingkungan
- d) Peningkatan area permukaan tubuh terhadap rasio berat badan
- e) Kebutuhan oksigen meningkat
- f) Perubahan laju metabolisme
- g) Proses penyakit (mis. infeksi)
- h) Suhu lingkungan ekstrem
- i) Suplai lemak subkutan tidak memadai
- j) Proses penuaan
- k) Berat badan ekstrem
- l) Efek agen farmakologis (mis. sedasi)

Kondisi Klinis Terkait

- a) Cedera otak akut
- b) Dehidrasi
- c) Trauma

3) Resiko *Gastrointestinal* Tidak Efektif (D.0080)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Sirkulasi

Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi *Gastrointestinal*.

Penyebab :

- a) Perdarahan *Gastrointestinal* akut
- b) Trauma *Abdomen*
- c) Sindroma kompartemen *Abdomen*
- d) Aneurisma aorta *Abdomen*
- e) Varises gastroesofagus
- f) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- g) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit, koagulopati intravaskuler diseminata)
- h) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- i) Keabnormalan masa protrombin dan atau masa tromboplastin parsial
- j) Disfungsi hati (mis. sirosis, hepatitis)
- k) Disfungsi ginjal (mis. ginjal polikistik, stenosis arteri ginjal, gagal ginjal)

- l) Disfungsi *Gastrointestinal* (mis. ulkus duodenum atau ulkus lambung, kolitis iskemik, pankreatitis iskemik)
- m) Hiperglikemi
- n) Ketidakstabilan hemodinamik
- o) Efek agen farmakologis
- p) Usia >60 tahun
- q) Efek samping tindakan (cardiopulmonary bypass, anastesi, pembedahan lambung)

Kondisi Klinis Terkait

- a) Varises gastroesofagus
- b) Aneurisma aorta *Abdomen*
- c) Diabetes meilitus
- d) Sirosis hepatitis
- e) Perdarahan *Gastrointestinal* akut
- f) Gagal jantung kongestif
- g) Koagulasi intravaskuler diseminata
- h) Ulkus duodenum atau ulkus lambung
- i) Kolitis iskemik
- j) Pankreatitis iskemik
- k) Ginjal polikistik
- l) Stenosis arteri ginjal
- m)Gagal ginjal
- n) Sindroma kompartemen *Abdomen*
- o) Trauma *Abdomen*

p) Anemia

4) Resiko infeksi (D. 0143)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor resiko

a) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)

b) Efek prosedur invasive

c) Malnutrisi

d) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan

e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :

(1) Gangguan peristaltic

(2) Kerusakan integritas kulit

(3) Perubahan sekresi pH

(4) Penurunan kerja siliaris

(5) Ketuban pecah lama

(6) Ketuban pecah sebelum waktunya

(7) Merokok

(8) Statis cairan tubuh

6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

(1) Penurunan hemoglobin

(2) Imunosupresi

(3) Leukopenia

(4) Supresi respon *Inflamasi*

(5) Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi Klinis Terkait

(1) AIDS

(2) Luka bakar

(3) Penyakit paru obstruktif kronis

(4) Diabetes melitus

(5) Tindakan invasive

(6) Kondisi penggunaan terapi steroid

(7) Penyalahgunaan obat

(8) Ketuban pecah sebelum waktunya

(9) Kanker

(10) Gagal ginjal

(11) Imunosupresi

(12) Lymphedema

(13) *Leukosit* openia

(14) Gangguan fungsi hati

5) 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

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Bahan kimia iritatif
- f) Suhu lingkungan yang ekstrem
- g) Faktor mekanis (mis. penekanan, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h) Terapi radiasi
- i) Kelembapan
- j) Proses penuaan
- k) Neuropati perifer
- l) Perubahan pigmentasi
- m) Perubahan hormonal
- n) Penekanan pada tonjolan tulang
- o) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan

Kondisi Klinis Terkait

- a) Imobilisasi
- b) Gagal jantung kongestif
- c) Gagal ginjal
- d) Diabetes melitus
- e) Imunodefisiensi (mis. AIDS)

f) Kateterisasi jantung

6) Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)

Kategori : fisiologi

Subkategori : nutrisi/cairan

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

Faktor resiko

a) Prosedur pembedahan mayor

b) Trauma/pendarahan

c) Luka bakar

d) Apheresis

e) Asites

f) Obstruksi intestinal

g) Peradangan pancreas

h) Penyakit ginjal dan kelenjar

i) Disfungsi instestinal

Kondisi Klinis Terkait

a) Prosedur pembedahan mayor

b) Penyakit ginjal dan kelenjar

c) Perdarahan

d) Luka bakar

7) 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

- a) Spasme jalan napas
- b) Hipersekresi jalan napas
- c) Disfungsi neuromuskuler
- d) Benda asing dalam jalan napas
- e) Adanya jalan napas buatan
- f) Sekresi yang tertahan
- g) *Hyperplasia* dinding jalan napas
- h) Proses infeksi
- i) Respon alergi
- j) Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

Situasional

- a) Meokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajan polutan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Batuk tidak efektif

- b) Tidak mampu batuk
- c) Sputum berlebih
- d) Mengi, wheezing dan ronkhi kering
- e) Meconium di jalan napas (pada neonates)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- a) Dispnea
- b) Sulit bicara
- c) Ortopnea

Objektif

- a) Gelisah
- b) Sianosis
- c) Bunyi napas menurun
- d) Frekuensi napas berubah
- e) Pola napas berubah

Kondisi Klinis Terkait

- a) Gullian barre syndrome
- b) Sclerosis multiple
- c) Myasthenia gravis
- d) Prosedur diagnostic (mis. bronkoskopi, transesophageal
- e) echocardiography (TEE)
- f) Depresi system saraf pusat
- g) Cedera kepala
- h) Stroke

- i) Kuadriplegia
 - j) Sindrom aspirasi mekonium'infeksi saluran napas
- 8) Deficit nutrisi (D.0019)

Kategori : fisiologis

Subkategori : nutrisi dan cairan

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab

- a) Ketidakmampuan menelan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- c) Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
- d) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e) Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
- f) Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- a) Cepat kenyang setelah makan
- b) Kram/nyeri *Abdomen*
- c) Nafsu makan menurun

Objektif

- a) Bising usus hiperaktif
- b) Otot pengunyah lemah
- c) Otot menelan lemah
- d) Membrane mukosa pucat
- e) Sariawan
- f) Serum albumin turun
- g) Rambut rontok berlebihan
- h) Diare

Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Parkinson
- c) Mobius syndrome
- d) Cerebral palsy
- e) Cleft lip
- f) Cleft palate
- g) Amyotrophic lateral sclerosis
- h) Kerusakan neuromuscular
- i) Luka bakar
- j) Kanker
- k) Infeksi
- l) AIDS
- m) Penyakit Crohn's
- n) Enterocolitis

o) *Fibrosis* kistik

9) 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 :

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi system keluarga
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
- l) Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

- a) Merasa bingung
- b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- c) Sulit berkonsentrasi

Objektif

- a) Tampak gelisah
- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

- a) Mengeluh pusing
- b) Anoreksia
- c) Palpitasi
- d) Merasa tidak berdaya

Objektif

- a) Frekuensi napas meningkat
- b) Frekuensi nadi meningkat
- c) Tekanan darah meningkat
- d) Diaphoresis
- e) Tremor
- f) Muka tampak pucat
- g) Suara bergetar
- h) Kontak mata buruk
- i) Sering berkemih

j) Berorientasi pada masa lalu

Kondisi Klinis Terkait

a) Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)

b) Penyakit akut

c) Hospitalisasi

d) Rencana operasi

e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas

f) Penyakit neurologis

g) Tahap tumbuh kembang

2.3.3 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 2.1 Rencana Keperawatan Post Operasi Apendicitis

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	RASIONAL
1.	nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri 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 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 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 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 otototot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri

				Kolaborasi 14. Sebagai profilaksis untuk menghilangkan rasa nyeri.
2. (Ppni 2017)	Risiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil: a. Demam menurun b. Kemerahan c. menurun d. Nyeri menurun e. Bengkak menurun f. 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 e dema 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	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. 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 mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	6. Meningkatkan ketepatan drainase Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka bekas operasi 7. Mencegah terjadinya transmisi infeksi bakteri pada luka jahitan 8. Mencegah adanya luka decubitus dan mengembalikan kekuatan otot klien 9. Keluarga dan klien paham tanda dan gejala infeksi 10. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka 11. Pasien dapat merawat luka secara mandiri Kolaborasi 12. 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. keluaran 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 ketidakseimbangan 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 napas dapat paten dengan kriteria hasil:	Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Monitor pola napas	Observasi 1. Mengetahui adanya suara nafas tambahan 2. Mengetahui adanya suara nafas tambahan 3. Meningkatkan kemampuan untuk mengeluarkan

		a. Batuk efektif Meningkat b. Produksi sputum Menurun c. Mengi menurun d. Wheezing menurun e. Frekuensi napas membaik f. Pola napas membaik	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	- secret secara mandiri 4. Memastikan adanya sputum di saluran napas Sputum yang berlebih dapat menyebabkan obstruksi jalan napas 5. Untuk mengetahui kesimetrisan ekspansi paru 6. Untuk mengetahui adanya bunyi nafas tambahan Terapeutik 7. Untuk mengetahui perkembangan pasien 8. 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 makan 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 7. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu	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 6. Untuk mempercepat proses penyembuhan Edukasi 7. Klien mengetahui nutrisi yang tepat untuk kondisinya saat ini 8. Mengetahui status intake klien
7.	Ansietas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan penyakitnya dengan kriteria hasil : a. Verbalisasi kebingungan menurun	Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. memahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan	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

		b. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun c. Perilaku gelisah menurun d. Perilaku tegang menurun e. Konsentrasi membaik f. Pola tidur membaik	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	4. Untuk menghindarkan 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 perasaanya 13. Nafas dalam dapat menghirup O2 secara adekuat sehingga otot otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi kecemasan
--	--	--	--	--

2.3.4 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, P., & Perry 2014). 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.

2.3.5 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 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 2020)

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

Pelaksanaan Tindakan keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang

menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter, P., & Perry 2014)

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 (Judith M. Wilkinson & Nancy R. Ahern 2012)

Komponen tahap implementasi :

- a) Tindakan keperawatan mandiri.
- b) Tindakan keperawatan edukatif.
- c) Tindakan keperawatan kolaboratif.
- d) Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.
- e) Evaluasi Keperawatan Menurut (Setiadi 2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang

kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya.

Terdapat dua jenis evaluasi:

a) Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP :

S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia. 39

O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.

A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.

P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b) 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 (Setiadi 2012) yaitu:

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

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah kesatuan, rencana, dan spesifik cara memperoleh, menganalisis, dan menginterpretasikan data. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Metode deskriptif kualitatif merupakan suatu metode yang bertujuan untuk memberikan gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif. (Sugiyono 2009)

Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi. Desain penelitian ini bertujuan untuk melakukan atau memberikan Asuhan Keperawatan pada klien post op Apendicitis di Ruang Jengala RSUD Gambiran Kota Kediri secara komprehensif dan menyeluruh dimulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, menentukan rencana keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan dan mengevaluasi pelaksanaan keperawatan.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah yang menjadi fokus studi kasus pada penelitian. Tujuannya untuk menghindari kesalahpahaman antara penulis dan pembaca. Asuhan keperawatan merupakan

rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan dan dilaksanakan berdasarkan kaidah kaidah ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. *Apendiktomi* merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit *apendisitis* atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi.

Batasan istilah pada penelitian ini adalah asuhan keperawatan yang diberikan secara komprehensif yang diberikan melalui metode proses keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan masalah keperawatan, menentukan intervensi, melakukan intervensi, lalu evaluasi dalam mencapai derajat kesehatan yang maksimal pada klien yang telah menjalani operasi appendictomi tanpa adanya penyakit penyerta dalam jangka waktu minimal 3 jam maxima 8-12 jam setelah klien dibawa kembali ke ruang jengala RSUD Gambiran Kota Kediri.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sasaran atau subyek yang digunakan dalam penlitian. Partisipan dalam penelitian ini terdiri dari satu individu yang mengalami post op *apendiktomi*. Kriteria partisipan yang digunakan adalah:

- 1) Pasien dalam keadaan sadar
- 2) Bersedia menjadi partisipan
- 3) Pasien dengan post op *apendiktomi* tanpa komplikasi
- 4) Pasien dengan post op *apendiktomi* minimal 3 jam setelah kembali ke ruang jengala RSUD Gambiran kota kediri.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi penelitian

Lokasi penelitian rencana dilaksanakan di ruang jengala RSUD Gambiran Kota Kediri.

3.4.2 Waktu pelaksanaan

Waktu pengambilan data dalam melakukan asuhan Keperawatan pada klien post op appendicitis rencana dilakukan di ruang jengala RSUD Gambiran Kota Kediri dilakukan pada tanggal 14 Maret 2025 sampai 18 Maret 2025

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Tahap Persiapan

1) Bahan atau Instrumen

Bahan atau instrument pengumpulan data adalah alat yang digunakan untuk mengukur dan mengidentifikasi data yang akan dikumpulkan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Jenis instrument yaitu dokumen wawancara terstruktur (format asuhan keperawatan) atau chek list, pedoman observasi, pengukuran dengan alat, alat pemeriksaan laboratorium atau yang relevan.

2) Metode Pengumpulan Data

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

a) Wawancara

Metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari responden atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan responden.

b) Pengamatan (Observasi)

Pengamatan Terlibat (observasi partisipasif)

Pengamat atau peneliti benar-benar mengambil bagian didalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan dengan kata lain pengamat ikut aktif berpartisipasi pada aktivitas yang telah diselidiki.

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. Prosedur pengumpulan data meliputi:

- 1) Diterbitkannya surat ijin melakukan penelitian dari Kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek, peneliti mengajukan surat ijin penelitian di ruang diklat dan mendapat surat ijin penelitian dari RSUD Gambiran
- 2) Proses pengumpulan data dimulai dari mahasiswa mencari klien sesuai dengan kasus atau klien yang akan diberikan asuhan keperawatan. Setelah klien ditemukan, mahasiswa melakukan

tindakan preorientasi atau membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarganya, mahasiswa memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan yang akan diberikan pada klien. Kemudian peneliti memberikan informed consent berkaitan dengan meminta ketersediaan klien untuk diberikan asuhan keperawatan. Setelah pasien dan keluarganya mengerti dan menyetujui maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan, maka mahasiswa melakukan tahap berikutnya.

- 3) Tahap kontrak, mahasiswa melakukan kontrak waktu dengan pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan
- 4) Tahap pelaksanaan, mahasiswa melakukan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, yang meliputi antara lain wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga dan pola aktivitas sehari-hari yang selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik pada klien. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnosa, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu dilakukan evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan
- 5) Tahap terminasi, mahasiswa mengakhiri proses asuhan keperawatan pada klien, setelah pasien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data meliputi uji kredibilitas data, uji dependabilitas data, uji transferabilitas, dan uji konfirmasi. Namun yang paling pokok adalah uji kredibilitas data. Keabsahan data 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. Derajat kepercayaan penelitian dibuktikan peneliti dengan membaca berbagai literatur, melakukan pendokumentasian saat pengambilan data dan memvalidasi hasil yang ditemukan kepada partisipan. Peneliti juga mendiskusikan hasil penelitian dengan pembimbing untuk mendapatkan hasil kredibilitas.

3.6.2 Keteralihan (*Transferability*)

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

3.6.3 Kebergantungan (*Dependability*)

Dependability adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan.

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. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing dan mahasiswa, ujian hasil untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Analisis 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 Etika Penulisan

Etika 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 terjadi 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 Anonymity (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 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Bab ini akan menguraikan hasil an pembahasan mulai dari pengkajian terhadap klien, menganalisa data, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan dan melakukan tindakan keperawatan , mengevaluasi hasil tindakan keperawatan serta pembahasan tindakan keperawatan. Selain itu terdapat bagaimana gambaran lokasi peneliti yang digunakan oleh peneliti.

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Berdasarkan dari hasil penelitian kasus yang dilakukan pada 1 orang klien, Tn. “M” dengan Appendicitis Ruang Jenggala RSUD Gambiran kota Kediri pada tanggal 14 Maret 2025 sampai tanggal 18 Maret 2025. Rumah Sakit Umum Daerah Gambiran kediri merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten kediri dengan tipe Rumah Sakit Umum, dan tergolong kedalam Rumah Sakit tipe B. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jl. Kapten Tendean No.16, Pakunden, Kec. Pesantren, Kota Kediri, Jawa Timur 64133. Ruang yang digunakan untuk pengambilan data yaitu ruang jenggala yang merupakan salah satu ruang rawat inap khusus untuk perawatan kasus bedah. Ruangan ini dikhususkan untuk merawat pasien dengan berbagai kasus yang diindikasikan untuk dilakukan tindakan operasi mulai dari pre dan post operasi. Ruang jenggala 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 jenggala terdapat 50 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 dan G) dimana masing-masing kamar terdapat 3 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 2 bed serta kamar E, F, dan H belum digunakan sedangkan ruang I digunakan sebagai ruang konsul

4.1.2 Pengkajian

1) Data Biografi

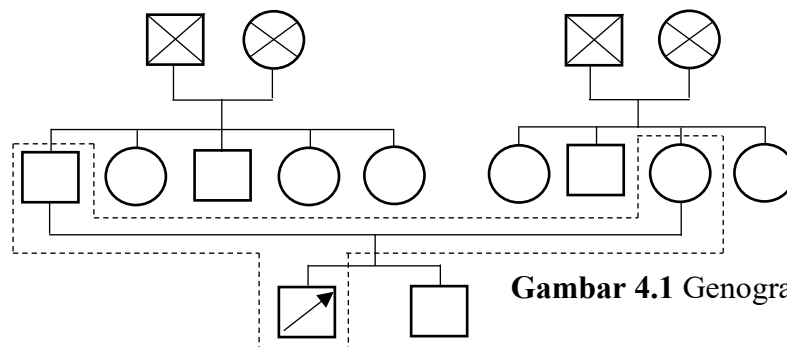
Table 4.1 Pengkajian

Identitas Klien		Klien
Nama		Tn. M
Jenis kelamin		Laki- Laki
Umur		22 tahun
Pekerjaan		Pelajar
Agama		Islam
Pendidikan Terakhir		Paket B
Alamat	Jalan Perintis Kemerdekaan, Dusun Ngronggo, Kecamatan Kota Kediri	
Suku bangsa		Bali
Tanggal/jam MRS		12 Maret 2025
Tanggal/jam Pengkajian		14 maret 2025
No. RM		511158
Diagnosa Medis		Apendicitis acut

2) Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien
Keluhan utama	Saat MRS: Klien mengatakan nyeri perut kanan bawah, mual, muntah Saat pengkajian : Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi bagian perut kanan bawah
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan pada tanggal 9 Maret 2025 sudah mulai merasakan nyeri perut pada bagian kanan bawah disertai dengan rasa mual dan muntah, kemudian keluarga membawa klien berobat di klinik dokter x namun setelah berobat tidak terdapat perubahan, kemudian keesokan pada tanggal 11 Maret 2025 keluarga membawa klien di tempat praktek dokter y dan didiagnosa appendicitis akut. Pada tanggal 12 Maret 2025 pada pukul 07.52 pasien datang di UGD RSUD Gambiran kota Kediri untuk melakukan pemeriksaan karena nyeri dan mual muntah tidak kunjung reda setelah dilakukan pemeriksaan awal dan pemeriksaan USG abdomen dan didapatkan gambaran appendicitis Acute. Setelah dilakukan observasi awal klien dipindahkan diruang jengala pada pukul 10.00, kemudian klien di operasi tanggal 13 Maret 2025 pukul 10.00 kemudian klien dipindahkan di ruang ICU pada pukul 14.00 dan dipindahkan diruang jengala pada tanggal 14 Maret 2025 pukul 08.00 saat dilakukan pengkajian klien mengeluh nyeri P (Provokatif) : Klien mengatakan nyeri Q (Qualitas) : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk R (Region) : Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bagian bawah S (Skala) : Skala nyeri 5 (nyeri sedang) T (Time) : Klien mengatakan nyeri hilang timbul muncul saat bergerak
Riwayat kesehatan/penyakit yang lalu	Klien sebelumnya tidak pernah dirawat di Rumah Sakit dan baru kali ini klien dilakukan tindakan Operasi
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan dalam riwayat penyakit keluarga tidak ada riwayat hipertensi, stroke, diabetes mellitus, maupun appendicitis

Genogram



Gambar 4.1 Genogram

Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

└─┘ : garis perkawinan

└─┘ : garis keturunan

-----: tinggal satu rumah

↗ : pasien

✕ : meninggal

3) Pola Aktivitas Sehari-hari

Table 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

No.	Pola	Klien
1.	Pola nutrisi	
	1) Makan	
	a) Dirumah	Klien mengatakan makan 3x/ hari dengan komposisi nasi, sayur dan lauk 1 porsi habis. Klien makan sendiri.
	b) Di RS	Klien berpuasa
	2) Minum	
	a) Di rumah	Saat dilakukan pengkajian Klien mengatakan belum diperbolehkan makan Klien mengatakan minum air putih ±6-7 gelas/hari. ±1200 cc Klien mengatakan minum air putih dan susu.
	b) Di RS	Klien berpuasa
2.	Pola Eliminasi	
	1) BAK	
	a) Di rumah	Klien mengatakan BAK 3-4x/hari, bau khas urine, warna kuning. pancaran kuat kuning,
	b) Di RS	px terpasang kateter Urine Tampung : dari jam 4:30 - 11:30 volume 150cc
	2) BAB	
	a) Dirumah	Klien mengatakan BAB 1x/hari , konsistensi padat, bau khas feses, warna kuning kecoklatan
	b) Di RS	Klien mengatakan belum BAB selama di Rumah Sakit.
3.	Pola istirahat tidur	
	Di rumah	Klien mengatakan tidak tidur siang, dan tidur malam pukul 22.00-05.00 WIB
	Di RS	klien mengatakan sebelum operasi

		klien tidur pukul 23:00 hingga 05:00 untuk malam hari dan 11:00 - 14:00 pada siang hari dan setelah operasi tidur kurang lebih 30 menit setelah operasi.
4.	Personal hygiene Dirumah	Klien mengatakan mandi 2x/hari pagi dan sore. Klien mengatakan sikat gigi 2x sehari dengan menggunakan sikat gigi. Klien mengatakan memotong kuku ketika sudah panjang. Klien mengatakan mencuci rambut 2 hari sekali.
	Di RS	Klien mengatakan saat di RS hanya disibin. Klien mengatakan tidak sikat gigi hanya berkumur, Klien mengatakan memotong kuku ketika sudah panjang. Klien mengatakan belum mencuci rambut.

...

4) Riwayat Psikososial

Table 4.4 Riwayat Psikososial

No.	Riwayat Psikososial	Klien
1.	Pola komunikasi	Klien mengatakan bahasa yang dipakai sehari-hari menggunakan bahasa Jawa, komunikasi klien terbuka.
2.	Konsep diri	Klien mengatakan menerima kondisinya saat ini.
3.	Ideal diri	Klien mengatakan tidak bisa menjalankan aktifitas seperti bekerja serta bersyukur dan senang karena operasinya berjalan lancar.
4.	Harga diri	Klien mengatakan tidak malu dengan kondisinya.
5.	Peran	Klien mengatakan sebagai kepala rumah tangga
6.	Identitas diri	Klien Bernama Martio berusia 22 tahun, jenis kelamin laki-laki, alamat kediri

5) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Fisik

No	Pemeriksaan Fisik	Klien
1	Keadaan umum	Keadaan umum Lemah, kesadaran composmentis, klien terbaring terlentang ditempat tidur ,klien tampak kesakitan dan memegang perutnya, ekspresi wajah menyeringai, adanya nyeri pada perut kanan bawah pada luka bekas operasi, skala nyeri 5 .Klien tampak bingung dan gelisah. post operasi pada perut kanan bawah tertutup kassa verband dan plester . Panjang plester 20 cm.Trepasang infus RL 20 tpm ditangan kiri, klien terpasang kateter.
2	Tanda –tanda vital 1) Tekanan darah 2) Nadi 3) Suhu 4) Respirasi 5) Spo2	140/60 mmHg 96x/mnt 36,5 96x/m 22x/mnt 99%
3	Pemeriksaan kepala dan leher 1) Kepala 2) Mata 3) Hidung 4) Telinga 5) Mulut 6) Leher	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 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. Lubang hidung simetris kanan dan kiri,tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada secret pada lubang hidung Bentuk telinga simetris kanan dan kiri,tidak ada serumen dan tidak ada perdarahan. Keadaan mulut dan gigi bersih,mukosa bibir lembab. Tidak terdapat pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid,posisi trakea tepat berada ditengah.
4	Pemeriksaan integumen	Keadaan kulit lembab,turgor kulit <2 detik,warna kulit putih,teraba hangat. Terdapat luka post operasi pada perut bagian kanan bawah kurang lebih sepanjang 20 cm.tertutup kassa verband dan plester. Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan, suhu di daerah sekitar luka operasi hangat ,kondisi plester basah dan tidak terapat perdarahan.
5	Pemeriksaan dada/thoraxs 1) Paru-Paru a) Inspeksi b) Palpasi	Bentuk dada normal chest,tidak terdapat retraksi intercosta, tidak terdapat tanda-tanda kesulitan bernafas, pernafasan regular (22x/menit). Saat klien bernafas dilakukan pemeriksaan palpasi

	c) Perkusi d) Auskultasi	antara lapang paru kanan dan kiri tidak terasa getaran yang lebih kuat dari salah satu sisi dada meliankan sama antara kanan dan kiri. Batas paru suara perkusi sonor Suara nafas vesikuler ,tidak terdapat suara nafas tambahan.
	2) Jantung a) Inspeksi b) Palpasi c) Perkusi d) Auskultasi	Tidak tampak pulsasi Ictus cordis: ictus cordis teraba di ICS V midclavicula kiri. Tidak terdapat jejas. Suara perkusi pekak Tidak terdapat bunyi jantung tambahan.
6	Pemeriksaan payudara	Payudara simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan pada payudara.
7	Pemeriksaan abdomen a) inspeksi b)Auskultasi c) Palpasi d) Perkusi	Bentuk abdomen datar,tidak terdapat distensi, terdapat luka post operasi dibagian perut kanan bawah,tidak terdapat perdarahan,kulit disekitar luka tidak kemerahan,luka tertutup kassa verband dan plester. Frekuensi bising usus 10x/menit Saat dipalpasi tidak terdapat pembesaran hepar dan klien mengatakan nyeri luka setelah pembedahan,palpasi abdomen teraba tegang, suhu dindaerah luka teraba hangat. Perkusi abdomen terdengar tympani.
8	Pemeriksaan Genetalia	Tidak ada kelainan pada area genetalia,klien erpasang selang kateter,tidak ada kelianan pada anus.
9.	Pemeriksaan Ekstremitas	Kekuatan otot $\frac{5}{5}$ $\frac{5}{5}$ Tidak mengalami keterbatasan gerak.terpasang infus RL di tangan Anggota gerak bawah Tidak terdapat edema. Akral hangat,CRT <2 kiri 20 tpm.
10	Pemeriksaan Neurologis Tingkat kesadaran GCS	Compos Mentis E4 (membuka mata spontan) V5 (ucapan,orientasi baik) M6 (gerakan mengikuti perintah) -Refleks Fisiologis Bisep :D (+) S (+) Trisep : D (+) S (+) Patella : D (+) S (+) -Refleks Patologis Babinski : D (-) S (-) Chaddock : D (-) S (-)
11	a) Pemeriksaan abdomen inspeksi Auskultasi Palpasi Perkusi	Bentuk abdomen datar,tidak terdapat distensi, terdapat luka post operasi dibagian perut kanan bawah,tidak terdapat perdarahan, kulit disekitar luka tidak kemerahan,luka tertutup kassa verband dan plester . Frekuensi bising usus 10x/menit Saat dipalpasi tidak terdapat pembesaran hepar dan klien mengatakan nyeri luka setelah pembedahan,palpasi abdomen teraba tegang, suhu di daerah luka teraba hangat. Perkusi abdomen terdengar tympani.
12	Pemeriksaan Genetalia	Tidak ada kelainan pada area genetalia,klien terpasang selang kateter,tidak ada kelianan pada anus.

13	Pemeriksaan Ekstremitas	Kekuatan otot	5 5
			5 5
		Tidak mengalami keterbatasan gerak.terpasang infus RL di tangan Anggota gerak bawah Tidak terdapat edema. Akral hangat,CRT <2 kiri 20 tpm.	
14	Pemeriksaan Neurologis	Compos Mentis	
	Tingkat kesadaran	E4 (membuka mata spontan) V5 (ucapan,orientasi baik) M6 (gerakan mengikuti perintah)	
	GCS	-Refleks Fisiologis Bisep :D (+) S (+) Trisep : D (+) S (+) Patella : D (+) S (+) -Refleks Patologis Babinski : D (-) S (-) Chaddock : D (-) S (-)	

6) Pemeriksaan penunjang

Table 4.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Normal
Lab Tanggal 15/03/2025	GDA	110	Mg/dl 70-100
	Na	138	mmol/L 136-145
	K	3.9	mmol/L 3.5-5.1
	Cl	104	mmol/L 94-110

7) Penatalaksanaan (terapi/pengobatan)

Tabel 4.7 Penatalaksaan Terapi

Terapi	Dosis
Infus Ringer Laktat	12 tpm
Cefriaxone	2 x 1 g
Metronidazole	3 x 500 mg
Santagesik	3 x 500 mg
Ranitidine	3 x 50 mg

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subjektif: P : Klien mengatakan nyeri Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk - tusuk. R : Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bagian bawah S : skala Nyeri 5 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul muncul saat bergerak Data Objektif: Klien post op hari ke 1 K/u lemah Skala nyeri 5 (nyeri sedang) Terdapat luka <i>Apendiktomi</i>, luka tertutup kasssa verband dan plester panjang plester 20 cm kondisi balutan basah Klien tampak kesakitan Ekspresi wajah klien menyeringai TTV: TD: 140/60 MmHg Nadi:96x/ menit Suhu:36,5° C RR:22x/ menit SpO2: 99%	Nyeri Akut	Agen Pencedera fisik (prosedur operasi)
2.	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 20 cm Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat Tidak terdapat perdarahan. Kondisi perban basah WBC : $9,1 \times 10^3/\mu\text{L}$	Resiko infeksi	ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

No.	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanda tangan
1.	14-03-2025	Nyeri Akut b/d Agen pencedera fisik (Prosedur Operasi) Ditandai dengan: Data Subjektif: P : Klien mengatakan nyeri Q : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk - tusuk. R : Klien mengatakan nyeri dibagian lukabekas operasi tepatnya di perut kanan bagian bawah S : Skala nyeri 5 T : Klien mengatakan nyeri hilang timbul muncul saat bergerak Data Objektif: Klien post op hari ke 1 K/u lemah Skala nyeri 5 (nyeri sedang) Terdapat luka <i>Apendiktomi</i>, luka tertutup kassa verband dan plester panjang plester 20 cm,kondisi balutan basah Klien tampak kesakitan Ekspresi wajah klien menyeringai TTV: TD: 140/60 MmHg Nadi:96x/ menitSuhu:36,5° C RR:22x/ menit SpO2: 99%	
2	14-03-2025	Resiko infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) 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 kassa verband dan plester. Panjang plester 20 cm, kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan suhu di daerah sekitar luka operasi hangat tidak terdapat perdarahan. Kondisi perban basah	

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Table 4.10 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI	Rasional	Tanda tangan
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 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 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 risiko 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 O2 secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Sebagai profilaksis untuk menghilangkan rasa nyeri
2	Resiko infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)	Setelah dilakukan Tindakan Asuhan keperawatan diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik	Observasi 1. Monitor tanda dan gejala. 2. infeksi local dan sistemik Terapeutik 3. Batasi jumlah pengunjung . 4. Berikan perawatan kulit 5. pada area edema 6. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 7. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 8. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 9. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 10. Ajarkan etika batuk 11. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 12. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 13. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	Observasi 1. Dapat mengetahui adanya 2. tanda infeksi Terapeutik 3. Mencegah transmisi 4. Penyakit virus ke orang lain. 5. Mencegah meluas dan membatasi penyebaran organism infeksi/kontaminasi silang. 6. Menurunkan resiko terpajang. 7. Menurunkan resiko terpajan. Edukasi 8. Untuk mengidentifikasi infeksi secara dini dengan mandiri 9. Untuk mencegah penyebaran kuman 10. Untuk mencegah penyebaran kuman 11. Untuk mengidentifikasi infeksi pada luka operasi secara mandiri 12. Untuk mempercepat proses penyembuhan 13. Untuk mempertahankan cairan 14. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi

4.1.5 Implementasi

Tabel 4.11 Implementasi

No	Diagnosa keperawatan	Tanggal	Implementasi	Tanda tangan
1	Nyeri b/d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	14-03-2025 14:00 14:30 15:00	Menjelaskan tindakan dan tujuan dilakukan yang akan dilakukan Memberikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri (memberikan teknik nafas dalam dan memposisikan pasien senyaman mungkin) Melakukan injeksi IV : Injeksi Santagesik 500 mg Mengukur TTV TD: 137/85 MmHg N: 88x/menit S: 36,2°C RR: 22x/menit SPO2: 99% Membatasi pengunjung	
2	Resiko infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)	14-03-2025 13.30 13.50 14.30 14:30 15.00	Mengajarakan kepada klien tentang tanda-tanda infeksi <i>post</i> operasi:kemerahan,bengkak,terasa panas pada daerah luka mengajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka : tidak menggaruk area luka post operasi jangan mendekatkan tangan ke area bekas operasi Memberikan injeksi Metronidazole 500mg Santagesik 500 mg Ranitidine 50 mg Melakukan Mengukur TTV: TD: 137/85 MmHg N: 88x/menit S: 36,2°C RR: 20x/menit SPO2: 99% Mengobservasi kondisi verband : penutup verband bersih	

4.1.5 Evaluasi

Tabel 4.12 Evaluasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Evaluasi	Tanda Tangan
1	Nyeri b/d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	15 03-2025	S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: K/u lemah Klien tampak kesakitan Ekspresi wajah klien menyeringai Skala nyeri 5 (nyeri sedang) Terdapat luka <i>Apendiktomi</i>, luka tertutup kasssa verband dan plester .panjang plester 20 cm TTV: TD: 135/80 MmHg Nadi:90x/ menit Suhu:36,6° C RR:20x/ menit SpO2: 99% A: Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi no 1,2,6,7,14	
2	Resiko infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)	15 03-2025	S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: Terdapat luka <i>Apendiktomi</i> Luka tertutup kasssa verband dan plester panjang plester 20 cm Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan, Penutup verband/penutup luka bersih tidak ada pus/cairan, Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat Tidak terdapat perdarahan. Klien tampak kesakitan Ekspresi wajah klien menyeringai WBC : $9,1 \times 10^3$uL Kondisi perban basah A: Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi no 1-9	

4.1.7 Catatan Perkembangan

Tabel 4.1.3 Catatan Perkembangan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Tanda Tangan
15- 03-2025	Nyeri b/d agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Mengkaji kualitas nyeri, lokasi, dan skala nyeri pasien : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti ditusuk -tusuk, skala nyeri 4 Mengukur TTV TD: 130/70 MmHg N: 100x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2: 98% Mengajarkan tehnik distraksi, relaksasi : nafas dalam Menciptakan lingkungan yang tenang : membatasi pengunjung	S: Klien mengatakan nyeri berkurang O: K/u cukup Klien tampak lebih rileks Skala nyeri 4 (nyeri sedang) Terdapat luka <i>Apendiktomi</i>, luka tertutup kasssa verband dan plester .panjang plester 20 cm TTV: TD: 120/70 MmHg Nadi:110x/ menit Suhu: 36,5°C RR:20x/ menit SpO2: 96% A: Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi no 1,2,6,7,14	

15-04-2025	Resiko infeksi b/d efek ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)	Mengobservasi keadaan penuh luka : luka tertutup <i>verband</i> dan plester .panjang plester 20 cm Penutup <i>verband</i>/penutup luka bersih tidak ada pus /cairan Monitor adanya tanda- tanda infeksi: Daerah sekitar luka bekas operasi teraba hangat Tidak terdapat kemerahan pada daerah luka Tidak terdapat pus Luka tidak mengalami pembengkakan Kondisi Perban kering Membantu klien miring kanan, kiri dan duduk Mengukur TTV TD: 130/70 MmHg N: 100x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2: 98% Memberikan injeksi IV: Metronidazole 500mg Santagesik 500mg Ranitidin 50mg	S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka kassa bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: Terdapat luka <i>Apendiktomi</i> Luka tertutup kassa <i>verband</i> dan plester .panjang plester 20 cm, Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat, Tidak terdapat perdarahan. Klien tampak kesakitan Kondisi Perban kering Ekspresi wajah klien menyeringai A: Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi no 1-9
16-03-2025	Nyeri b/d Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Mengkaji kualitas nyeri, lokasi, dan skala nyeri pasien : mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti ditusuk- ringan), Terdapat luka <i>Apendiktomi</i>, luka tertutup kassa <i>verband</i> dan plester Melakukan injeksi IV :	S : Klien mengatakan nyeri berkurang O: K/u cukup Klien tampak lebih rileks, Skala nyeri 4 (nyeri ditusuk- ringan), Terdapat luka <i>Apendiktomi</i>, luka tertutup kassa <i>verband</i> dan plester

		Ranitidin 50mg Mengukur TTV TD:120/75 MmHg N:100x/menit S: 36,5 C RR : 20x/menit SPO2:98% Mengajarkan teknik distraksi,relaksasi:nafas dalam Menciptakan lingkungan yang tenang:membatasi pengunjung	Panjang plester 20 cm TTV: TD: 120/80 MmHg N:110x/ menit S: 36,5°C RR:20x/ menit SpO2:98% A: Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan,pasien pulang
16-03-2025	Resiko infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)	Mengobservasi keadaan penutup luka : luka tertutup kassa <i>verband</i> danplester .panjang plester 20 cm Penutup verband bersih tidak ada pus/cairan Monitor adanya tanda- tanda infeksi: Daerah sekitar luka bekas operasi teraba hangat Kondisi Perban kering Tidak terdapat kemerahan pada daerah luka Tidak terdapat pus Luka tidak mengalami pembengkakan Melakukan rawat luka Membantu klien miring kanan, kiri dan duduk Mengukur TTV TD: 120/75 MmHg N: 100x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2: 98% Memberikan injeksi IV: Metronidazole Anbacim	S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: Terdapat luka <i>Apendiktomi</i> Luka tertutup kassa <i>verband</i> dan plester .panjang plester 20 cm Kondisi Perban kering Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat Tidak terdapat perdarahan. Klien tidak tampak kesakitan Klien bisa melakukan mobilisasi:bisa gerak,bisa jalan dan tidak ada resiko infeksi pada luka Ekspresi wajah rileks A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi lanjut

17-03-2025	Nyeri b/d Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Mengkaji kualitas nyeri, lokasi, dan skala nyeri pasien : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 3 Melakukan injeksi IV : Injeksi Santagesik 500 mg	S : Klien mengatakan nyeri berkurang O: K/u cukup Klien tampak lebih rileks Skala nyeri 3 (nyeri ringan) Terdapat luka <i>Apendiktomi</i>, luka tertutup kassa verband dan plester Panjang plester 20 cm TTV: TD: 120/80 MmHg N: 110x/ menit S: 36,5°C RR: 20x/ menit SpO2: 98% A: Masalah teratasi. P : Intervensi dihentikan, pasien pulang
17-03-2025	Resiko infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)	Mengobservasi keadaan penutup luka : luka tertutup kassa <i>verband</i> dan plester .panjang plester 20 cm Penutup verband bersih tidak ada pus/cairan Monitor adanya tanda- tanda infeksi: Daerah sekitar luka bekas operasi terasa hangat Kondisi Perban kering Tidak terdapat kemerahan pada daerah luka Tidak terdapat pus Luka tidak mengalami pembengkakan Melakukan rawat luka Membantu klien miring kanan, kiri dan duduk Mengukur TTV	S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: Terdapat luka <i>Apendiktomi</i> Luka tertutup kassa verband dan plester .panjang plester 20 cm Kondisi Perban kering Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat Tidak terdapat perdarahan. Klien tidak tampak kesakitan Klien bisa melakukan mobilisasi: bisa gerak, bisa jalan dan tidak ada resiko infeksi pada luka

		TD: 120/75 MmHg N: 100x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SPO2: 98%	Ekspresi wajah rileks A: Masalah teratasi sebagian P : Intervensi lanjut
18-03-2025	Nyeri b/d Agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Mengkaji kualitas nyeri, lokasi, dan skala nyeri pasien : klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 2 Melakukan injeksi IV : Injeksi Santagesik 500 mg	S : Klien mengatakan nyeri berkurang O: K/u cukup Klien tampak lebih rileks Skala nyeri 2 (nyeri ringan) Terdapat luka <i>Apendiktomi</i> , luka tertutup kassa verband dan plester Panjang plester 20 cm TTV: TD: 110/80 MmHg N: 80x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit SpO2: 98% A: Masalah teratasi. Klien KRS P : Intervensi dihentikan, pasien pulang
18-03-2025	Resiko infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)	Mengobservasi keadaan penutup luka : luka tertutup kassa <i>verband</i> dan plester .panjang plester 20 cm Penutup verband bersih tidak ada pus/cairan Monitor adanya tanda- tanda infeksi: Daerah sekitar luka bekas operasi teraba hangat Kondisi Perban kering Tidak terdapat kemerahan pada daerah luka Tidak terdapat pus	S: Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bawah. O: Terdapat luka <i>Apendiktomi</i> Luka tertutup kassa verband dan plester .panjang plester 20 cm Kondisi Perban kering Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan Suhu di daerah sekitar luka operasi hangat Tidak terdapat perdarahan.

Luka tidak mengalami pembengkakan
Melakukan rawat luka
Membantu klien miring kanan, kiri dan duduk
Mengukur TTV
TD: 110/75 MmHg
N: 80x/menit S: 36,5°C
RR: 20x/menit SPO2: 98%

Klien tidak tampak kesakitan
Klien bisa melakukan mobilisasi:bisa gerak,bisa jalan dan tidak ada resiko infeksi pada luka
Ekspresi wajah rileks
A: Masalah teratasi Klien KRS
P : Intervensi dihentikan,pasien pulang

4.1.10 Hasil Analisis Kualitatif Asuhan Keperawatan

Tabel 4.14 Hasil Analisis

No.	Analisis		
	Teori	Fakta	Keterangan
Pengkajian			
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.	Identitas klien: a) Nama Tn. M b) Jenis Kelamin Laki laki c) Umur 22 tahun d) Status Perkawinan lKawin e) Pekerjaan swasta f) Agama Islam g) Pendidikan terakhir paket B h) Alamat i) Suku bangsa Jawa j) Tanggal MRS 12-03-2025 k) Tanggal pengkajian 14-03-2025 l) Diagnosa Medis <i>appendicitis accut</i>	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta
2.	Keluhan utama: Pada klien <i>post Apendiktomi</i> biasanya klien mengalami nyeri abdomen dibagian luka perut kanan bawah. insisi bedah, nyeri bertambah parah apabila dibuat aktivitas, mual, muntah dan <i>anoreksia</i> (Suratun,2010).	Keluhan utama: Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi bagian	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta

3. Riwayat penyakit Sekarang : Pasien yang menderita apendisitis umumnya akan mengeluhkan nyeri pada Perut kuadran kanan bawah. Gejala yang pertama kali dirasakan pasien rasa mual dan muntah, kemudian keluarga membawa 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 (Warsinggih, 2010).	Riwayat penyakit Sekarang : Klien mengatakan pada tanggal 9 Maret 2025 sudah mulai merasakan nyeri perut pada bagian kanan bawah disertai dengan mual dan muntah, kemudian keluarga membawa klien ke klinik dokter x namun setelah berobat tidak terdapat perubahan, kemudian keesokan pada tanggal 11 Maret 2025 keluarga membawa klien di tempat praktek dokter y dan didiagnosa appendicitis acut. Pada tanggal 12 Maret 2025 pada pukul 07.52 pasien datang di UGD RSUD Gambiran kota Kediri untuk melakukan pemeriksaan karena nyeri dan mual muntah tidak kunjung reda setelah dilakukan pemeriksaan awal dan pemeriksaan USG abdomen dan didapatkan gambaran appendicitis Acute. Setelah dilakukan observasi awal klien dipindahkan ke ruang jaga pada pukul 10.00, kemudian klien di operasi tanggal 13 Maret 2025 pada pukul 10.00 kemudian klien dipindahkan ke ruang ICU pada pukul 14.00 dan dipindahkan ke ruang jaga pada tanggal 14 Maret 2025 pada pukul 08.00 saat dilakukan pengkajian klien mengeluh nyeri P (Provokatif) : Klien mengatakan nyeri Q (Qualitas) : Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk R (Region) : Klien mengatakan nyeri dibagian luka bekas operasi tepatnya di perut kanan bagian bawah S (Skala) : Skala nyeri 5 (nyeri sedang) S (Skala) : Skala nyeri 5 (nyeri sedang) T (Time) : Klien mengatakan nyeri hilang timbul muncul saat bergerak	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.
--	--	---

S (Skala) : Skala nyeri 5 (nyeri sedang)

T (Time) : Klien mengatakan nyeri hilang timbul muncul saat bergerak

4.	Riwayat penyakit dahulu: Adanya riwayat operasi di kolon, sebelumnya pernah mengalami penyakit yang sekarang dialami yaitu <i>appendicitis</i> , kemungkinan klien pernah mengalami atau menderita gangguan pencernaan, kebiasaan klien mengkonsumsi makanan yang rendah serat atau bahkan sering mengalami gangguan buang air besar (Baradero & Marry,2008).	Riwayat penyakit dahulu: Klien mengatakan pernah sakit seperti yang diderita sekarang. pernah di opnme di puskesmas karena sakit perut. Klien sebelumnya pernah dirawat di Rumah Sakit dan baru kali ini klien dilakukan tindakan operasi .Selain itu klien tidak pernah mengalami gangguan pencernaan saat buang air besar	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta
5.	Riwayat penyakit keluarga : Penyakit apendicitis bukan penyakit keturunan dan bukan penyakit menular (Jitowiyono, 2010).	Riwayat penyakit keluarga : 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 : pasien post op apendiktomi, biasanya px berpuasa namun jika tidak makanan yang dikonsumsi yakni bubur, serta, biasanya pasien mengalami mual	Pola Nutrisi dan Metabolisme : Di Rumah : Klien mengatakan makan 3x/ hari dengan komposisi nasi, sayur dan lauk 1 porsi habis. Klien makan sendiri. Di RS : px puasa Di Rumah : Klien mengatakan minum air putih ±6-7gelas/hari. ±1200 cc Di RS : Klien	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta.

7.	Pola Eliminasi : 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)	Pola Eliminasi : Di Rumah : Klien mengatakan BAK 3-4x/hari, bau khas urine, warna kuning. pancaran kuat. DI RS: kuning, px terpasang kateter Urine Tampung : dari jam 4:30 - 11:30 atau 6 jam dengan volume 150cc Di Rumah : Klien mengatakan BAB 1x/hari , konsistensi padat, bau khas feses, warna kuning kecoklatan. DI RS: Klien mengatakan belum BAB selama di Rumah sakit	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta yang terjadi pada klien.
8.	Pola istirahat/tidur: Biasanya klien mengalami kesulitan untuk tidur dikarenakan nyeri, kram dibagianperut kanan bawah. Pada klien <i>post d apendictomi</i> akan mengalami malaise, istirahat dan tidur klien kurang, hal dikarenakan kemungkinan adanya nyeripada insisi bedah (Doengoes, 2010).	Pola istirahat/tidur: Di Rumah : Klien mengatakan tidak tidur siang, dan tidur malam pukul 21.00-05.00 WIB Di RS : klien mengatankan sebelum operasi klien tidur pukul 23:00 hingga 05:00 untuk malam hari dan 11:00 - 14:00 pada sian hari dan setelah operasi tidur kurang lebih 30 menit setelah operasi	Terdapat kesenjangan antara teori dengran fakta.

9. Kebersihan Diri : Pada klien dengan <i>Apendiktomi</i> pada umumnya kesulitan melakukan aktivitas perawatan diri secara normal dikarenakan kondisi tubuh yang lemah dan terasa nyeri apabila dibuat aktivitas maupun gerak akibat luka insisi dari proses pembedahan.	Kebersihan Diri : Di Rumah : Klien mengatakan mandi 2x/hari pagi dan sore. Klien mengatakan sikat gigi 2x sehari dengan menggunakan sikat gigi. Klien mengatakan memotong kuku ketika sudah panjang. Klien mengatakan mencuci rambut 2 hari sekali. Di Rs: Klien mengatakan saat di RS hanya disibin. Klien mengatakan tidak sikat gigi hanya berkumur, Klien mengatakan memotong kuku ketika sudah panjang. Klien mengatakan belum mencuci rambut.	Terdapat kesesuaian antara teori dengan fakta
10. Riwayat Psikososial : Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil. (Baradero & Marry, 2008)	Riwayat Psikososial : a) Pola Komunikasi Klien mengatakan bahasa yang dipakai sehari-hari menggunakan bahasa Jawa, komunikasi klien terbuka. b) Konsep Diri Klien mengatakan menerima kondisinya saat ini. c) Ideal Diri Klien mengatakan tidak bisa menjalankan aktifitas seperti bekerja klien mengatakan bersyukur dan senang karena operasinya berjalan lancar. d) Harga Diri Klien mengatakan tidak malu dengan kondisinya. e) Peran Klien mengatakan sebagai kepala rumah tangga f) Identitas Diri Klien mengatakan Bernama Martio berusia 22 tahun laki-laki alamat tugu.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

11. Keadaan Umum : Klien post <i>Apendiktomi</i> biasanya mengeluh nyeri, merasa lemah, ekspresi wajah menyeringai, nyeri bagian perut kanan bawah, malaise, nyeri akan bertambah jika dibuat batuk dan beraktivitas atau berjalan . Pasien yang mengalami anastesi lama biasanya tidak sadar dengan semua otot-ototnya dalam keadaan rileks. (Suzanne C, 2001)	Keadaan Umum : 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 5. Klien tampak bingung dan gelisah. Luka <i>post</i> operasi pada perut bagian kanan bawah tertutup kasssa verband dan plester . Terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri, terpasang kateter.	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta
12. 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 Pasien diamati terhadap patensi jalan nafas, kualitas pernafasan , Kedalaman, Frekuensi dan Bunyi nafas . suhu antara 37,7 C - 36,5 C , Kenaikan suhu juga menjadi salah satu tanda infeksi ,oksimetri menunjukan saturasi adekuat (Suzanne C, 2001)	Tanda-tanda Vital : TD : 140/60 mmHg N: 96x/mnt S : 36,5 RR : 22x/mnt SPO2: 99%	Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta

13. Kepala dan Leher:	Kepala dan Leher:	Terdapat kesesuaian antara faakta dan teori terbukti
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. Mata (Penglihatan) Kebersihan mata baik, struktur mata simetris, konjungtiva tidak anemis, <i>sklera</i> tidak <i>ikterik</i>, ketajaman perlihatan baik, tidak ada perdarahan dan peradangan, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan. b. Hidung (Penciuman) Kebersihan hidung baik, tidak ada pembengkakan, tidak ada peradangan, fungsi penciuman baik ditandai dengan klien mampu membedakan bau minyak kayu putih dengan betadin, tidak ada mukus atau	a. 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. b. Mata : Simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil miosis dan mengikuti arah gerak mata, klien dapat melihat jarak jauh maupun dekat. c. Hidung : Lubang hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret pada lubang hidung, tidak terdapat pernafasan cuping hidung. d. Telinga : Simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, tidak ada perdarahan. e. Mulut : Keadaan mulut dan gigi bersih, mukosa bibir lembab f. Leher : Tidak terdapat pembesaran vena jugularis dan kelenjar tiroid, posisi trakea tepat berada ditengah.	

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.

14. Integumen :

Kebersihan kulit klien baik, kulit teraba

Integumen :

Kulit lembab, teraba hangat, turgor kembali <2 detik, warna hangat, turgor kulit kembali <2 detik, warnakulit sawo matang. Terdapat luka *post* operasi pada perut bagian kulit merata, kelembaban baik dan tidakkanan bawah kurang lebih sepanjang 20 cm, tertutup kassa *verband* dan plester . Kulit disekitar luka operasi tidak kemerahan, suhu di daerah sekitar luka operasi hangat , Kondisi perban basah dan tidak terdapat perdarahan.

Terdapat kesesuaian antara fakta dan teori

15. Pemeriksaan Dada/Thoraks: <i>Inspeksi</i> : bentuk dada simetris kanan kiri, ekspansi dada, gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman) baik, tidak adanya penggunaan otot bantu nafas. <i>Palpasi</i> : tidak adanya pembengkakan, nyeri, ekspansi dinding dada, teraba <i>iktus kordis</i> di ics 5 mid klavikula. <i>Perkusi</i> :sonor atau pekak, perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi dan vibrasi yang dihasilkan. <i>Auskultasi</i>: tidak adanya suara nafastambahar <i>wheezing, ronchi</i>.	Pemeriksaan Dada/Thoraks: Paru - paru: a. <i>Inspeksi</i> : Bentuk dada normal chest, tidak terdapat retraksi intercosta, pernafasan reguler (20x/menit), tidak terdapat tanda - tanda kesulitan bernafas. b. <i>Palpasi</i> : Saat klien bernafas dilakukan pemeriksaan Palpasi antara lapang paru kanan dan kiri tidak terasa getaran yang lebih kuat dari salah satu sisi dada melainkan sama antara kanan dan kiri.	Terdapat kesesuaian antara fakta dan teori
16. Pemeriksaan Payudara: Pada pemeriksaan payudara didapatkan data tidak adanya benjolan, bentuk simetris antara payudara kanan dan kiri.	Pemeriksaan Payudara: Simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan pada payudara, tidak terdapat benjolan.	Terdapat kesesuaian antara faakta dan teori

17.	Abdomen : <i>Inspeksi:</i> tidak terdapat 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 dank lien terdapat kekakuan pada abdomen akibat adanya luka post operasi. <i>Palpasi:</i> kekakuan pada perut, adanya nyeri pada luka <i>post operasi apendicitis</i>, tidak ada pembesaran pada hepar . <i>Perkusi:</i> suara <i>timpani</i>.	Abdomen : a. <i>Inspeksi:</i> 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 . b. <i>Auskultasi:</i> Frekuensi bising usus 10x/menit. c. <i>Palpasi:</i> Saat dipalpasi tidak terdapat pembesaran hepar dan klien mengatakan nyeri luka setelah pembedahan, suhu didaerah luka teraba hangat, palpasi abdomen teraba tegang. d. <i>Perkusi:</i> Perkusi abdomen terdengar tympani	. Terdapat kesesuaian antara faakta dan teori				
18.	Genetalia: Kebersihan genetalia, terjaga, tidak ada keluhan seperti gatal pada genetalia, tidak terdapat pembesaran skrotum(laki-laki),klien tidak menggunakan kateter.	Genetalia: Tidak ada kelainan paada area genetalia, klien terpasang selang kateter, tidak ada kelainan pada anus.	Terdapat kesesuaian antara fakta dan teori.				
19.	Ekstremitas : Biasanya ekstremitas mengalami kelemahan, karena terdapat luka post operasi dan pasien merasakan nyeri. akril hangat, dan tidak ada <i>oedema</i> pada ekstremitas.	Ekstremitas : Kekuatan otot : <table> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table>	5	5	5	5	Terdapat kesesuaian antara fakta dan teori
5	5						
5	5						

20. Diagnosa keperawatan : Adapun diagnosa keperawatan pada pasien post operasi <i>appendicitis</i> menurut (Awan Hariyanto & Rini Sulistyowati, 2015) disesuaikan dengan buku diagnosa keperawatan (ppni, 2017): 1) Nyeri akut 2) Resiko infeksi 3) Resiko gangguan kerusakan integritas kulit 4) Resiko ketidakseimbangan cairan 5) Bersihan jalan napas tidak efektif 6) Defisit nutrisi 7) Ansietas 8) Resiko termogulasi tidak efektif 9) Resiko Gastrointestinal Tidak Efektif	Diagnosa keperawatan : Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada tanggal 20-03-2024 diperoleh diagnosa keperawatan : 1. Nyeri b/d Terputusnya kontinuitas(kerusakan jaringan). 2. Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif (prosedur operasi)	Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori
21. Intervensi : Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (prosedur operasi) 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	Intervensi : Nyeri akut b/d agen pencedera fisik (prosedur operasi) 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	Terdapat kesesuaian teori dan Fakta.

5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian analgetik	1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 4. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik
Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif (Prosedur Operasi) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung	Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif (Prosedur Operasi) Observasi 2. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 3. Batasi jumlah pengunjung 4. Berikan perawatan kulit pada area edema 5. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	4. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	
22. Implementasi: 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: 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 pasien 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 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).	Evaluasi : Hasil evaluasi yang diperoleh pada menunjukkan perubahan kondisi klien.	saat penelitian Terdapat kesesuaian teori dan fakta.
--	---	--

4.2 Pembahasan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilaksanakan mulai tanggal 14 Maret 2025 sampai dengan 18 Maret 2025 di Ruang Jenggala RSUD gambiran kediri didapatkan hasil sebagai berikut :

3.2.1 Pengkajian

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

1) Pola Tidur

Berdasarkan hasil penelitian klien tidak mengalami gangguan pada pola tidurnya dibuktikan dengan klien mengatakan sebelum operasi klien tidur pukul 23:00 hingga 05:00 untuk malam hari dan 11:00 -14:00 pada siang hari dan setelah operasi tidur kurang lebih 30 menit setelah operasi .

Biasanya klien mengalami kesulitan untuk tidur dikarenakan nyeri, kram dibagian perut kanan bawah. Pada klien *Apendiktomi* akan mengalami malaise, istirahat dan tidur klien kurang, hal ini dikarenakan kemungkinan adanya nyeri pada insisi bedah (Doengoes, 2010).

Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori sehingga dalam hal ini peneliti berasumsi karena mekanisme koping klien terhadap nyeri sangat baik dan pemberian obat analgesik sehingga tidak mengganggu tidur dan lingkungan yang mendukung sehingga pasien bisa istirahat.

2) Riwayat Psikososial

Pada saat dilakukan penelitian didapatkan data klien tidak mengalami gangguan pada gangguan pada psikososialnya dibuktikan dengan pada saat dilakukan penelitian klien mengatakan bersyukur dan senang karena operasinya berjalan lancar serta klien mendapatkan dukungan dan suport system dari keluarganya

Secara teori menyatakan Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil. (Baradero & Marry, 2008).

Terdapat kesenjangan antara fakta dan teori sehingga dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa mekanisme koping terhadap stress yang cukup baik sehingga tidak mempengaruhi psikologis klien.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Faktanya saat dilakukan penelitian klien memiliki 2 diagnosa keperawatan aktual yaitu nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)

Secara teori menyatakan diagnosa keperawatan pada pasien *Apendiktomi*, meliputi: Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi), Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif, Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan luka insisi, Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kekurangan cairan aktif, mekanisme kerja peristaltik usus menurun. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret,

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, ketidakmampuan untuk mencerna makanan. Ansietas berhubungan dengan kurangnya informasi tentang keadaan yang dialaminya (Nurarif Kusuma, 2013).

Dari uraian tersebut terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 2 diagnosa sedangkan secara teoridiagnosa yang muncul ada 9. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 2 diagnosa yang dapat dirumuskan.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien Post op appendicitis disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018) dan disesuaikan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada di lokasi pengambilan data.

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).

Tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori. Peneliti berpendapat bahwa Intervensi disusun berdasarkan teori yang ada di buku SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia).

3.2.4 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 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).

Peneliti berpendapat bahwa pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan peneliti berdasarkan intervensi yang disusun sesuai teori, akan tetapi tidak semua intervensi diimplementasikan hanya dilakukan sesuai dengan kondisi klien.

3.2.5 Evaluasi

Hasil evaluasi yang diperoleh pada saat penelitian menunjukkan perubahan kondisi klien saat sebelum dan sesudah dilakukan implementasi.

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 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). Tidak terdapat kesenjangan antara fakta dan teori, peneliti berasumsi bahwa dalam evaluasi keperawatan semua masalah dapat teratasi karena pemulihan pada klien dengan post Apendiktomi di rumah sakit terhitung singkat. Akan tetapi saat di rumah tetap diperlukan perawatan yang intensif.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilaksanakan mulai tanggal 14 Maret 2025 sampai dengan 18 Maret 2025 di Ruang jenggala RSUD Gambiran Kediri.

5.1.1 Pengkajian

Dari data pengkajian yang telah di dapatkan peneliti, di temukan bahwa tidak semua tanda-tanda ditemukan pada "Tn. M". Ada beberapa kesamaan dan juga kesenjangan antara teori dan fakta dari klien, dimana kesenjangan yang ditemukan terdapat pada pola istirahat tidur dan riwayat psikososial

5.1.2 Diagnosa

Dari penelitian ditemukan pada klien, maka semua diagnosa keperawatan tidak dimunculkan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini ada dua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit)

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori - teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada standar operasional prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul.

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, penyesuaian dengan jadwallahan penelitian, dan menyesuaikan SOP di lahan penelitian.

5.1.5 Evaluasi

Dalam evaluasi keperawatan semua masalah dapat teratasi karena pemulihan pada klien dengan *post Apendiktomi* di rumah sakit terhitung singkat. Akan tetapi saat dirumah tetap diperlukan perawatan yang intensif seperti tetap dilakukan perawatan lukasetiap 2 hari sekali.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat berguna untuk memberikan pelayanan juga perawatan pada klien dengan post op Apendiktomi di ruang jengjala RSUD Gambiran kota Kediri.

5.2.2 Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini 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 keterampilan mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan post op Apendiktomi.

5.2.4 Bagi Klien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memotivasi untuk kesembuhan klien dengan post op Apendiktomi.

5.2.5 Bagi Penelitian Yang Akan Datang

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti yang akan datang dengan variable yang berbeda

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, S. D. (2017). *Hubungan Mobilisasi Dini Dengan Perubahan Tingkat Nyeri Pasien Setelah Operasi Apendektomi Di Rs Umm*. karya tulis akhir, 4.
- Arifuddin, A. (2017). *Faktor Resiko kejadian appendicitis di bagian rawat in RSU Anutapura Palu*.
- Arifuddin, A. (2017). *Faktor Risiko Kejadian Apendisitis Di Bagian Rawat Inap. Jurnal Preventif, Volume 8 Nomor 1*,.
- Arifuddin, A. (2020). *Faktor Risiko Kejadian Apendisitis Di Bagian Rawat Inap. Journal Preventif*, 26.
- Awan Hariyanto, S. K., & Rini Sulistyowati, S. M. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1 Dengan Diagnosis Nanda Internasional*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- DEPKES. (2020). *Departemen Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta: Farmakope Indonesia.
- Faizal, K. M., & Mulya. (2020). *Efektivitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi. Jurnal Kesehatan Saelmakers Perdana*, 12.
- Handaya, & Yuda, A. (2017). *Deteksi Dini & Atasi 31 Penyakit Bedah*. Jogjakarta: Rapha Publising.
- Hidayat, E. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Appendicitis Yang Di Rawat Di Rumah Sakit*. karya tulis ilmiah , 14.
- 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*, 13-20.
- Kozier, B., & Karyuni, P. E. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan :konsep, proses & praktik Vol.2*. Jakarta: EGC.
- mardalena. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan*. Pustaka Baru Press.
- Muttaqin, Arif, & SariKurmala. (2011). *Gangguan Gastrointestinal : Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Novita, Regina VT. 2011. *Keperawatan Maternitas*. Bandung : Kapita Selekta
- Nurafif, A. H. (2015). *Aplikasi: Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda & Nic-Noc Jilid 1*. Yogyakarta: Media Action.

- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda Nic - Noc Jilid I*. Yogyakarta: Medication.
- Nurfairidah, V. (2015). *Penurunan Tingkatan Nyeri Post Operasi Appendisitis . E-Journal (E-Kep)*, vol.7 no.2.
- Nurlina, I. E. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Sdr. S Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Apendiktomi Di Ruang*. eprints.kertacendekia, 2.
- Panjaitan, C. (2015). *Menilai Tindakan Keperawatan Yang Telah Ditentukan Dalam Proses Keperawatan*. Jurnal Kesehatan , 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.
- Purba, M. A. (2019). *Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Dan Proses Keperawatan*. 2.
- 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, 10-11.
- Setyaningrum, M. F. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Appendicitis Di Ruang Seruni Rsud Dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah, 24-31.
- Siahaan, A. S. (2021). *The Effect Of Before And After Early Mobilization On Changes In Pain Level*. Tanjungpura Journal of Nursing Practice and Education, Volume 3, No. 1, 2021, 11.
- Siti Waisani, K. K. (2020). *Penurunan Intensitas Skala Nyeri Pasien Appendiks Post Apendiktomi*. Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Sjamsuhidajat, W. d. (2004). *Buku Ajar Ilmu Bedah Ed.2*. jakarta: EGC.
- Sulikah, N. M. (2014). *Evaluasi Penggunaan Antibiotik Profilaksis Pada Pasien Operasi Apendiktomi Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Moewardi Tahun 2013 . Skripsi*, 1-12.
- Suzanne C, B. G. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah Vol.1*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Yanuar Hidayatmo, S. F. (2021). *Mengenali radang usus buntu*.

Lampiran 1

Lembar Informed Consent

Nama saya Ayswatul Nur Primeidita 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 jenggala RSUD gambiran Kediri”** 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 2024



(Ayswatul nur primeidita)

Lampiran 2

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 Frandika Dimas Chrisna yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Appenndicits Di Ruang Jenggala RSUD Gambiran Kediri”** saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, 14 Maret 2025



(Martio)

Lampiran 3

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GAMBIRAN KOTA KEDIRI
PENDIDIKAN DAN PELATIHAN
 JL. Kapten Tendean No. 16 Kota Kediri
 No. Telepon : +62 823-3417-9636

**PENGANTAR MELAKSANAKAN KEGIATAN DIKLAT
 RSUD GAMBIRAN KOTA KEDIRI**

Nama Pelaksana : AYSWATUL No. HP.....
 Jumlah Pelaksana : 1 MAHASISWA
 Institusi : POLTEKKES KEMENKES MALANG
 Tempat Kegiatan : REKAM MEDIS
 Waktu Kegiatan : 11 MARET - 12 APRIL 2025
 Jenis Kegiatan : 1. PKL 6. Praktek Profesi
 2. Uji Pra PKL 7. Ujian Praktek
 3. Magang 8. Studi Banding
 ④ Penelitian 9. Studi Pendahuluan
 5.
 tentang.....
 - DATA JUMLAH PASIEN POST OP
 APPENDIX DI RUANG JENGALA
 - ASUHAN KEPERAWATAN
 PADA PASIEN POST OP
 APPENDICITIS



Silahkan registrasi data diri serta mengunggah
 bukti pembayaran melalui scan Barcode diatas

Kediri, 11 MARET 2025
 Ka. Diklat, PKRS dan Marketing
 RSUD Gambiran Kota Kediri
 INSTALASI DIKLAT
 KOTA KEDIRI
YUNITA AZIZATUN, S.Kep. Ns
 NIP. 19830601 200902 2 004



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GAMBIRAN
PENDIDIKAN DAN PELATIHAN**

JL. Kapten Pierre Tendean No. 16 Kota Kediri (Gedung D Lt. 4)

Telp. 0823-3417-9636

Email : officialdiklat.rsg@gmail.com

K E D I R I

Kode Pos 64132

**DATA LAPORAN MORBIDITAS RAWAT INAP
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH GAMBIRAN KOTA KEDIRI**

DATA AWAL PASIEN RAWAT INAP POST APPENDIC BULAN JAN-DES TAHUN 2024

NO	KODE DIAGNOSA	DIAGNOSA PENYAKIT	Jenis Kelamin		TOTAL
			L	P	
1	K35.2	Acute appendicitis with generalized peritonitis	18	12	30
2	K35.3	Acute appendicitis with localized peritonitis	0	1	1
3	K35.8	Acute appendicitis, other and unspecified	53	69	122
TOTAL			71	82	153

DATA AWAL PASIEN RAWAT INAP POST APPENDIC BULAN JAN-DES TAHUN 2024

NO	KODE DIAGNOSA	DIAGNOSA PENYAKIT	Jenis Kelamin		TOTAL
			L	P	
1	K35.2	Acute appendicitis with generalized peritonitis	4	1	5
2	K35.8	Acute appendicitis, other and unspecified	3	7	10
TOTAL			7	8	15

Kediri, 25 Maret 2025

Mengetahui,

Ketua Tim Diklat, PKRS dan Marketing

RSUD GAMBIRAN KOTA KEDIRI



YUNITA AZIZATU NURUL ILMA, S.Kep.Ns

Pembina IV/a

NIP. 19830601 200902 2 004





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, 10 Maret 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/144/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Gambiran

Kota Kediri

di –

K E D I R I

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 : AYSWATUL NUR PRIMEIDITA

NIM : P17240223076

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post Op Appendectomy*

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Maret s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya 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 RSUD Gambiran Kota Kediri
2. Sdr. Karu Jengala RSUD Gambiran Kota Kediri
3. Peneliti.

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
TRENGGALEK**



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

FORMAT PENGKAJIAN DATA – DATA KEPERAWATAN

1. BIODATA :

★ Nama : _____

★ Jenis kelamin : _____

★ Umur : _____

★ Status perkawinan : _____

★ Pekerjaan : _____

★ Agama : _____

★ Pendidikan terakhir : _____

★ Alamat : _____

★ Tanggal/Jam MRS : _____

★ Tanggal/Jam pengkajian : _____

2. DIAGNOSA MEDIS :

3. KELUHAN UTAMA :

.....

.....

4. RIWAYAT PENYAKIT SAAT INI (PQRST)

.....

..... RIWAYAT KESEHATAN / PENYAKIT DAHULU

.....

.....

5. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

.....

..... RIWAYAT KEHIDUPAN SOSIAL

.....

..... POLA KOGNISI

Status Mental Emosional

.....

.....

Mekanisme Koping

.....

.....

Komunikasi

.....

.....

6. STATUS SPIRITUAL

.....

.....

7. POLA AKTIVITAS SEHARI – HARI

NO.	AKTIVITAS	DI RUMAH	DI RS
a.	Makan dan minum		
b.	Pola eliminasi		
c.	Pola istirahat / tidur		
d.	Kebersihan diri		

8. PEMERIKSAAN FISIK

a. Pengkajian Primer

1) Airway

.....

Breathing

.....

Circulation

.....

..... Disability

Kualitatif

.....

Kuantitatif

.....

.

b. Pemeriksaan kepala dan leher (Pemeriksaan Pupil):

.....

..... Pemeriksaan integumen :

.....

..... Pemeriksaan dada / thorax :

Inspeksi :.....

Palpasi :.....

.....

Perkusi :.....

Auskultasi :

c. Abdomen :

Inspeksi :.....

Auskultasi :.....

Perkusi :.....

Palpasi :

.....

d. Genetalia :

.....

..... PEMERIKSAAN FUNGSI MOTORIK

.....
 **PEMERIKSAAN FUNGSI SENSORIK**

9. PEMERIKSAAN REFLEK

.....
 **PEMERIKSAAN SARAF KRANIALIS**

- a. **Nervus Olfactorius**
- b. **Nervus Optikus**
- c. **Nervus Okulomotorius**
- d. **Nervus Trochlearis**
- e. **Nervus Trigemini**
- f. **Nervus Abducens**
- g. **Nervus Facialis**
- h. **Nervus Auditorius**
- i. **Nervus Glossopharyngeus**
- j. **Nervus Vagus**
- k. **Nervus Accessorius**
- l. **Nervus Hypoglossus**

10. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....

.....

11.PENATALAKSANAAN (TERAPI / PENGOBATAN)

.....

.....

Trenggalek,
Pembimbing

ANALISA DATA

NAMA PASIEN :
UMUR :
NO. REGISTER :
RUANG :

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN :
UMUR :
NO. REGISTER :
RUANG :

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN SDKI	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	Tujuan dan kriteria hasil berdasarkan SLKI	Intervensi keperawatan berdasarkan SIKI	Rasionalisasi	Tanda Tangan

IMPLEMENTASI

NAMA :

:

NO. REG :

:

UMUR

RUANG

No.	Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan/ Implementasi	Tanda Tangan

EVALUASI

NAMA :
:
NO. REG.:
:

UMUR

RUANG

NO. DX	Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/ Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Ayswatul Nur Primeidita
 NIM : P17240223076
 Pembimbing : Ns. Dewi Wulandari., S. Kep., M. Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Appendiktomi
 di Ruang Jenggala RSUD Gambiran Kota Kediri

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	07-01- 2025	- Konsultasi Judul (Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Appendiktomi di Ruang Jenggala RSUD Gambiran Kota Kediri) - ACC judul - Dilanjutkan membuat latar belakang	
2.	08-01-2025	- Revisi penulisan - Lanjutkan BAB 1	
3.	10-01-2024	- ACC BAB 1 - Lanjut BAB 2 dan BAB 3	
4.	13-01-2025	- Tambahkan jurnal dan litelatur terbaru - Revisi penulisan BAB 2 dan BAB 3	
5.	14-01-2025	- Lengkapi daftar pustaka dan Lembar pengesahan	 

6.	15 -01-2025	- Lengkapi persyaratan ujian proposal - ACC seminar proposal	<i>Jw</i>
7.	13-02-2025	Revisi seminar proposal - cari konsep teori terbaru - Revisi penulisan	<i>Jw</i>
8.	19-02- 2025	- Daftar pustaka rata kanan kiri - Sertakan lampiran infrom consent, surat persetujuan menjadi responden, format ASKEP medikal bedah	<i>Jw</i>
9.	20-02- 2025	- ACC Penelitian	<i>Jw</i>
10.	23-03-2025	Revisi penelitian - Mengubah kata proposal menjadi karya tulis ilmiah - Merevisi abstrak - Menambahkan kesenjangan - Revisi pembahasan	<i>Jw</i>
11.	25-03-2025	ACC Seminar Hasil Lengkapi persyaratan sidang	<i>Jw</i>
12.	5-05-202	- ACC -	<i>Jw</i>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Ayswatul Nur Primeidita
 NIM : P17240223076
 Pembimbing : Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep, M.Kep
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Appendiktomi
 di Ruang Jengjala RSUD Gambiran Kota Kediri

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1	12 Februari 2025	- Daftar isi disesuaikan - Tambahkan konsep teori pasca operasi	
2	24 februari 2025	- Latar belakang harus sesuai dengan introduction,	
3	8 Maret 2025	- ACC, Penelitian	
4	21 Mei 2025	- Abstrak sesuai dengan paduan terbaru sesuaikan dengan formatnya - Bab 3 Waktu penelitian - Bab 4 direvisi seusai dengan masukan - Etiologi diagnosa diubah	
5	22-Mei -2025	- Abstrak	
6	23-Mei -2025	- ACC	

