ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN.S DENGAN APPENDICITIS DI RUANG A RUMAH SAKIT SWASTA DI MASA PANDEMI COVID-19

Disusun Oleh:

LISDA NUR SYAH'BANI

201801027

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN.S DENGAN APPENDICITIS DI RUANG A RUMAH SAKIT RUMAH SAKIT SWASTA DI MASA PANDEMI COVID-19

Disusun Oleh:

LISDA NUR SYAH'BANI

201801027

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

STIKes MITRA KELUARGA

BEKASI

2021

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Lisda Nur Syah'bani

Nim : 201801027

Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga Program Studi DIII Keperawatan.

Menyatakan bahwa makalah ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Nn.S Dengan Appendicitis Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi Covid-19" yang dilaksanakan pada tanggal 04 Mei 2021 sampai 06 Mei 2021 adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas makalah ilmiah ini, tampa unsur plagiatisme baik dalam aspek penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia menangguang semua resiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai aturan yang berlaku.

Bekasi, 22 Juni 2021

Yang membuat pernyataan

(Lisda Nur Syah'bani)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Nn.S Dengan Appendicitis Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi Covid-19" ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 22 Juni 2021

Pembimbing Makalah Ilmiah

(Ns.Lastriyanti, S.Kep.,M.Kep)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan

STIKes Mitra Keluarga

(Ns. Devi Susanti, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Makalah Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Nn.S Dengan Appendicitis Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi Covid-19" yang disusun oleh Lisda Nur Syah'bani (201801027) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 22 Juni 2021.

Bekasi, 22 Juni 2021

Penguji I

(R. Yeni Mauliawati, SKp. M.Kep)

Penguji II

(Ns.Lastriyanti, S.Kep.,M.Kep)

Nama	**: Lisda Nur Syah'bani**
Nim	**: 201801027**
Program Studi	**: DIII Keperawatan**
Judul Karya Tulis Ilmiah	**:Asuhan Keperawatan Pada Nn.S Dengan Appendicitis Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi Covid-19**
Halaman	**: Xiii + 48 + 1 lampiran**
Pembimbing	**: Lastriyanti**

ABSTRAK

Latar Belakang:

Apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis dan merupakan penyebab penyakit abdomen akut yang sering terjadi di negara berkembang, penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10-30 tahun. Berdasarkan angka kejadian diIndonesia sebanyak 179.000 penduduk yang menderita apendisitis, sehingga hal ini di butuhkan peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk mengurangi angka kejadian penyakit apendisitis.

Tujuan Umum:

Kasus ini merupakan gambaran dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien apendisitis melalui proses keperawatan dengan pendekatan secara komprehensif.

Metode Penulisan:

Penyusunan laporan kasus ini menggunakan metode studi kasus, kepustakaan, deskriptif, dan naratif yaitu dengan menggunakan fakta sesuai dengan data-data yang diperoleh.

Hasil:

Hasil dari pengkajian di dapatkan 4 diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut, ansietas, nyeri akut, dan resiko infeksi. Intervensi pada diagnosa pre op prioritas nyeri akut adalah Kaji TTV pasien setiap 8 jam, Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri, Identikasi skala nyeri, Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam, Berikan terapi obat pragesol 3x1gr/IV

Kesimpulan Dan Saran:

Asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis, perlu memperhatikan masalah keperawatan yaitu nyeri akut agar tidak terjadi komplikasi, saran perawat dapat mengobservasi nyeri yang dialami pasien dan diharapkan perawat memperhatikan dalam pendokumentasian pada catatan keperawatan agar tidak terjadi hal-hal yang diinginkan.

Kata Kunci: asuhan keperawatan, apendisitis

Daftar Pustaka: (2012-2020)

Name : **Lisda Nur Syah'bani**

Student Number : **201801027**

Study Program : **Diploma Of Nursing**

Title : **Nursing Care for Ms. S with Appendicitis in a Private Hospital Room During the Covid-19 Pandemic**

Page : **Xiii + 48 + 1 attachment**

Mentor : **Lastriyanti**

ABSTRACT

Background:

Appendicitis is an inflammation of the vermiform appendix and is the cause of acute abdominal disease that often occurs in developing countries, this disease can affect all ages, both men and women, but more often affects men aged 10-30 years. Based on the incidence rate in Indonesia, as many as 179,000 people suffer from appendicitis, so that it requires promotive, preventive, curative, and rehabilitative roles to reduce the incidence of appendicitis.

Main Objective:

This case is an illustration in carrying out nursing care for appendicitis patients through the nursing process with a comprehensive approach.

Method In Writing:

The preparation of this case report uses case study, literature, descriptive, and narrative methods, namely by using facts in accordance with the data obtained.

Result:

The results of the study obtained 4 nursing diagnoses, namely acute pain, anxiety, acute pain, and risk of infection. Interventions in pre-op diagnosis of acute pain priority are Assess patient's TTV every 8 hours, Identify location, characteristics, duration, frequency, quality, pain intensity, Identify pain scale, Teach deep breathing relaxation techniques, Give pragesol drug therapy 3x1gr/IV

Conclusions And Suggestions:

Nursing care for patients with appendicitis, needs to pay attention to nursing problems, namely acute pain so that complications do not occur, nurse suggestions can observe the pain experienced by patients and nurses are expected to pay attention to documentation in nursing records so that things do not happen.

Keyword: nursing care, appendicitis
References: (2012-2020)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis mengucapkan kehadirat Allah SWT, karena dengan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan makalah ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Nn.S Dengan Appendicitis Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi Covid-19". Adapun tujuan dari makalah ilmiah ini disusun dalam rangka memuhi persyaratan ujian mata kuliah pada semester VI program pendidikan diploma DIII Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga.

Dalam penyusunan makalah ilmiah ini, penulis telah banyak diberikan doa dan motivasi dari berbagai pihak terutama oleh pembimbing makalah ilmiah yang telah memberikan masukan dan pengarahan kepada penulis untuk dapat menyelesaikan makalah ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Ns. Lastriyanti., M.Kep selaku penguji II, serta dosen pembimbing KTI yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing, memberi saran, serta memotivasi penulis dalam penyusunan makalah ilmiah ini.
2. R. Yeni Mauliawati, SKp. M.Kep, selaku penguji yang telah bersedia menguji penulis mengenai makalah ilmiah ini.
3. Ns. Devi susanti., M.Kep., Sp.Kep.M.B selaku Pembimbing Akademik penulis yang selalu memberikan dorongan dan dukungan serta motivasi kepada penulis dalam membuat makalah ilmiah ini.
4. Dr. Susi Hartati., M.Kep., Sp. Kep.An selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah bersedia memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan makalah ilmiah ini.
5. Keluarga tercinta ayah, mamah, om, serta adik-adikku yang selalu mendoakan setiap waktu serta memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis selama menjalankan studi 3 tahun di STIKes Mitra Keluarga.
6. Muhammad Rahadian Noer yang telah memberikan doa dan dukungan yang luar biasa kepada penulis.
7. Seluruh dosen pengajar dan staf STIKes Mitra Keluarga yang telah memberikan bantuan kepada penulis dalam proses belajar selama 3 tahun.

8. Suster syifa selaku CM di rumah sakit yang telah banyak membimbing penulis di tempat praktik.
9. Nn.S dan keluarga selaku pasien yang telah senantiasa bersedia memberikan informasi dan menerima keberadaan penulis untuk menerapkan dan melakukan Asuhan Keperawatan.
10. Teman seperjuangan karya tulis ilmiah KMB khususnya anak bimbingan Ibu Lastri yaitu renata, syafitri, dan tatu.
11. Meresahkan warga yang terdiri dari Rheyna, Ratih, Adee yang sudah menemani penulis selama 6 tahun ini serta memberikan dukungan, semangat kepada penulis.
12. Hai Bunda Bunda yang terdiri dari Alya putri ambarwati, dan cornelia anastasya, dan Putri anggia renata yang telah memberikan semangat serta dukungan kepada penulis.
13. Eka rachmawati dan aulia yoli saputri yang telah memberikan semangat serta dukungan kepada penulis selama dikostan.
14. Bunga Aziza Nursaputri kakak tingkat yang sudah memberi semangat kepada penulis.
15. Seluruh teman-teman seperjuangan angkatan VIII DIII Keperawatan STIKes Mitra Keluarga yang telah berjuang bersama penulis selama 3 tahun ini.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih ada kekurangan baik dari segi susunan kalimat maupun tata bahasanya. Oleh karena itu dengan tangan terbuka kami menerima segala saran dan kritik dari pembaca agar kami dapat memperbaiki makalah ini. Akhir kata kami berharap semoga ini bermanfaat untuk masyarakat dan dapat memberikan pengetahuan bagi pembaca.

Bekasi,22 Juni 2021

Lisda Nur Syah'bani

DAFTAR ISI

Table of Contents

cover dalem i
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS ii
LEMBAR PERSETUJUAN iii
LEMBAR PENGESAHAN iv
KATA PENGANTAR ix
DAFTAR ISI xi
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR LAMPIRAN xiii
BAB I 1
Latar Belakang 1
Tujuan Penulisan 2
Tujuan Umum 2
Tujuan Khusus 3
Metode Penulisan 3
Ruang Lingkup 4
Sistematika Penulisan 4
BAB II 5
Pengertian 5
Etiologi 5
Patofisiologi 5
Manifestasi klinik 7
Klasifikasi 7
Komplikasi 8
Penatalaksanaan Medis 9
Pengkajian Keperawatan 9
Pemeriksaan diagnostik 10
Diagnosa Keperawatan 10
Perencanaan Keperawatan 11
Pelaksanaan Keperawatan 13
Evaluasi Keperawatan 13
BAB III 16
Pengkajian keperawatan 16
Identitas Klien 16

Resume 16
Riwayat Keperawatan : 17
Diagnosa keperawatan 31
Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan 31
BAB IV 39
Pengkajian Keperawatan 39
Diagnosa Keperawatan 40
Perencanaan Keperawatan 41
Pelaksanaan Keperawatan 42
Evaluasi Keperawatan 43
BAB V 46
Kesimpulan 46
Saran 47
DAFTAR PUSTAKA 49
LAMPIRAN 50
Patoflowdiagram (Nuranif & Kusuma, 2015) 50

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 analisa data
Tabel 3.2 analisa data

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Patoflowdiagram

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis yang merupakan penyebab dari penyakit abdomen akut yang biasa terjadi di negara berkembang, penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10-30 tahun. Salah satu kelainan atau penyakit yang terjadi dalam sistem pencernaan yang membutuhkan pembedahan secara khusus adalah apendisitis (Kurniawati et al., 2020).

Di Amerika Serikat appendicitis merupakan kegawatan abdomen yang sering dilakukan, pada tahun 2017 jumlah penderita sebanyak 734.138 orang lalu pada tahun 2018 mengalami peningkatan berjumlah 739.177 orang (WHO, 2018).

Di Indonesia, jumlah penderita penyakit apendiksitis sekitar 7% dari jumlah penduduk di Indonesia atau sekitar 179.000 orang pada tahun 2018. Pada provinsi Jawa Barat tahun 2012 tercatat kasus apendisitis pada anak usia 5-14 tahun sebanyak 1.148 kasus, dan juga ditemukan pada usia 14-44 tahun sebanyak 6.018 kasus (Depkes RI, 2012)

Data berdasarkan rekam medis salah satu rumah sakit swasta di Cikarang pada tahun januari 2020-april 2021 hasil angka kejadian apendisitis dalam satu tahun terakhir didapatkan 138 kasus apendisitis, di antaranya 70 kasus terjadi pada laki-laki, dan 68 terjadi pada perempuan. Angka kejadian apendisitis akan terus meningkat apabila tidak ditangani segera lebih lanjut. Apabila tidak segera di atasi dapat mengakibatkan komplikasi abses, perforasi, peritonitis.

Perawat memiliki peran penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis secara komprehensif. Peran perawat meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran perawat sebagai promotif dengan memberikan pendidikan kesehatan mengenai pngertian, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi, dan cara perawatannya apabila tidak di tangani, sehingga keluarga mampu merawat pasien dengan baik di rumah. Upaya yang dapat dilakukan peran perawat sebagai preventif ialah dengan cara minum air putih 8 gelas, kurangi makanan yang pedas. Peran kuratif yang dilakukan perawat ialah difokuskan pada penangan nutrisi dengan kolaborasi pemberian diit, penangana nyeri dapat di kolaborasikan dengan pemberian obat anakgetik dan pencegahan infeksi dapat dengan pemberian obat antibiotik sesuai resep dokter. Peran perawat rehabilitatif yaitu memotivasi dan memberikan edukasi kepada pasien dengan penderita apendisitis agar tidak cemas dan tidak terjadi komplikasi dari penyakit apendisitis. Maka, peran perawat sangan penting untuk mencegah peningkatan angka kejadian apendisitis.

Peran perawat di masa pandemi covid-19 juga sangat penting di antaranya tetap menjaga protokol kesehatan dalam melakukan tindakan kepada pasien seperti menjaga kebersihan tangan, memakai masker dengan baik dan benar.

Berdasarkan uraian diatas maka penulis tertarik untuk menyusun makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Nn.S Dengan Appendisitis Di Ruang A Rumah Sakit Swasta Di Masa Pandemi Covid-19”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

   Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dengan pasien appendiksitis.

2. Tujuan Khusus
   a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan appendiksitis post operasi laparaskopi.
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan appendiksitis post operasi laparaskopi.
   c. Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan appendiksitis post operasi laparaskopi.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan appendiksitis post operasi laparaskopi.
   e. Melaksanakan evaluasi pada pasien dengan masalah kesehatan appendiksitis post operasi laparaskopi.
   f. Mengidentifikasi kesejangan yang terdapat antara teori dan praktik.
   g. Mengidentifikasi faktor pendukung, penghambat serta dapat mencari solusi atau alternatif pemecah masalah.
   h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan appendiksitis post operasi laparaskopi.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan adalah metode deskriptif naratif yaitu memberi gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis karya tulis ini, seperti:

1. Studi kasus

   Yaitu dengan cara memberikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung, dengan melakukan pemeriksaan fisik pada pasien, wawancara dengan keluarga, dan menerapkan proses asuhan keperawatan.

2. Studi literatur

   Yaitu dengan memperoleh bahan – bahan ilmiah yang bersifat teoritis baik dalam lingkup medik maupun asuhan keperawatan dengan menggunakan media kepustakaan yaitu buku – buku yang berkaitan dengan masalah pasien, dan juga media elektronik yaitu internet.

3. Media dokumentasi

Yaitu dengan mengumpulkan data yang diperoleh melalui *medical record* pasien yang terdiri dari hasil laboratorium, hasil pemeriksaan usg, appendicogram, catatan keperawatan, dan catatan dokter.

D. Ruang Lingkup

Penulisan makalah ini merupakan asuhan keperawatan pada pasien Nn.S dengan appendiksitis di Ruang A Rumah Sakit Swasta selama 3 hari dari tanggal 4 sampai dengan 6 Mei 2021.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ini penulis membagi bagian – bagian karya tulis dalam lima bab besar yang secara sistematika disusun sebagai berikut: Bab pertama pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab kedua tinjauan pustaka yang terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi (proses perjalanan penyakit, manifestasi klinik, klasifikasi, komplikasi, pemeriksaan diagnostik), penatalaksanaan medis, pengkajian keperawatan (termasuk pemeriksaan diagnostik), diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab ketiga tinjauan kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab keempat pembahasan yang menjelaskan kesenjangan dan kesesuaian antara teori dan kasus dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab lima penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran serta diakhiri dengan daftar pustaka dan lampiran.

BAB II
TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Apendiks adalah umbai kecil yang berbentuk seperti jari yang menempel pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Karena terjadi pengosongan pada apendiks kedalam kolon tidak efektif dan ukuran lumen apendiks yang kecil, apendiks akan dengan sangat mudah tersumbat dan rentan terjadi terinfeksi (apendisitis). Appendiks yang tersumbat akan meradang dan edema dan pada akhirnya dipenuhi nanah (pus). Apendisitis adalah penyebab utama terjadinya inflamasi akut di kuadran kanan bawah abdomen dan penyebab tersering untuk dilakukannya pembedahan abdomen secara darurat. Meskipun sering terjadi oleh semua usia, namun apendisitis dapat sering terjadi pada usia 10 dan 30 tahun (Suddarth, Brunner ,2019).

Apendiksitis adalah peradangan pada apendiks vermiform yang terjadi pada remaja dan dewasa muda. Dapat terjadi pada semua usia namun jarang terjadi pada klien yang berusia kurang dari dua tahun dan menjadi insiden tertinggi pada usia 20-30 tahun. Tidak sering terjadi pada lansia, namun rupturnya apendiks lebih sering terjadi pada klien lansia. Apendisitis terjadi sekitar 7-12%. (Black et al., 2014)

B. Etiologi

Menurut (Black et al., 2014) apendisitis disebabkan oleh hal berikut: Fekalit (batu feses) yang mengoklusi atau menyumbat dinding apendiks, apendiks yang terpuntir, pembengkakan pada dinding usus, kondisi fibrosa pada dinding apendiks, oklusi pada eksternal usus terjadi akibat adesi, infeksi organisme yesirnia yang di temukan pada 30% kasus.

C. Patofisiologi

1. Proses perjalanan penyakit

   Appendiksitis disebabkan karena adanya sumbatan lumen pada appendik oleh hyperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing dan struktur karena fikosis akibat peradangan sebelumnya ataupun

neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa terjadi bendungan. Makin lama mucus tersebut makin banyak, namun ke elastisitasan pada dinding appendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan pada intralumen, tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema. Diaforesis bakteri dan ulserasi mukosa yang menyebabkan appendiksitis akut fokal yang ditandai dengan nyeri pada abdomen. Sehingga sekresi mucus akan menyebabkan obstruksi pada vena, pembengkakan bertambah dan bakteri akan menembus ke dinding appendiks. Peradangan yang muncul akan meluas dan mengenai peritonium di sekitar sehingga menimbulkan nyeri pada abdomen kanan bawah, keadaan ini disebut juga dengan appendiksitis sukuratif akut. Aliran arteri yang terganggu akan mengakibatkan infark pada dinding appendiks yang diikuti dengan gangren, kondisi ini disebut dengan appendiksitis gangrene. Bila dinding apendiks yang rapuh pecah akan terjadi appendiksitis perfosi. Proses ini berlangsung lama, usus yang berdekatan akan bergerak ke apendiks sehingga menyebabkan suatu masalah yang biasa disebut infiltrate apendukularis, peradangan appendiks tersebut dapat menyebabkan abses. Pada anak-anak biasanya terjadi karena apendiks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis, dan keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang kurang memudahkan terjadinya perforasi, sedangkan pada lansia perforasi mudah sekali terjadi karena adanya gangguan pada pembuluh darah (Wijaya & Yessie Mariza Putri, 2013).

Apendiks yang terinflamasi dan terjadi pembengkakan sebagai akibat adanya sumbatan oleh fekolith atau benda asing. Proses inflamasi yang meningkatkan tekanan pada intralumen yang menyebabkan nyeri yang sangat hebat pada abdomen secara bertahap, dalam beberapa jam terlokalisasi dalam kuadran kanan bawah dari abdomen. Akhirnya appendiks yang terinflamasi berisi pus. Pada klien appendiksitis yang

sudah mengalami perforasi ataupun inflamasi pada organ appendiksnya klien tersebut memiliki solusi untuk melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit. Adanya tindakan operasi dapat menyebabkan nyeri akut , gangguan pemenuhan kebutuhan mobilitas fisik , resiko infeksi pada luka bedah post operasi appendiktomi dan adanya masalah resiko kekurangan volume cairan.

D. Manifestasi klinik

a) Nyeri di kuadran kanan bawah, biasanya disertai dengan demam ringan, mual, dan terkadang muntah kehilangan nafsu makan kerap dijumpai konstipasi dapat terjadi.
b) Nyeri pantul dapat di jumpai lokasi apendiks menentukan kekuatan nyeri tekan spasme otot, dan adanya diare atau konstipasi.
c) Tanda rovsing (muncul dengan memalpasi kuadran kiri bawah yang anehnya menyebabkan nyeri dikuadran kanan bawah).
d) Jika apendiks pecah, nyeri menjadi lebih menyebar abdomen menjadi terditensi akibat ileus paralitik, dan kondisi memburuk.

E. Klasifikasi

Klasifikasi pada apendisitis dibagi dua antara lain apendisitis akut dan apendisitis kronik (Sjamsuhidayat & Jong, 2010) :

a. Apendisitis akut

Apendisitis akut sering muncul gejala khas yaitu peradang. Pada umbi cacing yang memberikan tanda-tanda peradangan setempat disertai atau tidak disertai rangsangan peritonieum lokal. Gejala yang muncul pada apendisitis akut adalah nyeri yang terjadi pada visceral di daerah epigastrium dan disekitar umbilikus. Keluhan ini disertai mual dan kadang muntah, dan umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ketika Mc Bruney, disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatic setempat.

b. Apendisitis kronik

Diagnosis apendisitis kronis baru dapat ditegakkan jika ditemukan: adanya riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, adanya radang kronik apendisitis secara makroskopik dan mikroskopik. Kriteria mikroskopik apendisitis adalah terjadinya fibrosis yang menyeluruh pada dinding apendiks, dan sumbatan parsial pada lumen apendiks. Terdapat pertumbuhan jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan adanya sel inflamasi yang kronik.

F. Komplikasi

Komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan appendicitis. Adapun jenis komplikasi menurut (Sulekale, 2016) antara lain:

1. Abses

   Abses merupakan peradangan apendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi apabila appendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum. Operasi appendektomi untuk kondisi abses apendiks dapat dilakukan secara dini (appendektomi dini) maupun tertunda (appendektomi interval).

2. Perforasi

   Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam.Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,5° C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositosis terutama Polymorphonuclear (PMN). Perforasi baik berupa perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan terjadinya peritonitis. Perforasi memerlukan pertolongan medis segera untuk membatasi pergerakan lebih lanjut atau kebocoran dari isi lambung ke rongga perut. Mengatasi peritonitis dapat dilakukan oprasi untuk memperbaiki.

perforasi, mengatasi sumber infeksi, atau dalam beberapa kasus mengangkat bagian dari organ yang terpengaruh.

3. Peritonitis

   Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum dapat menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oliguria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis.

G. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Suddarth, 2019) penatalaksanaan medis meliputi sebagai berikut:

a. Pembedahan (konvensional atau laparoskopi) diindikasi apabila diagnosis apendisitis telah ditegakkan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi risiko perforasi.
b. Berikan antibiotik dan cairan IV sampai pembedahan dilakukan.
c. Agens analgesik dapat diberikan setelah diagnosis ditegakkan.

H. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) pengkajian keperawatan meliputi:

a. Aktivitas atau istirahat

   Gejala : Malaise

b. Sirkulasi

   Tanda : takikardia

c. Eliminasi

   Gejala : konstipasi pada awitan awal, diare (kadang-kadang).

   Tanda : distensi abdomen, nyeri tekan/nyeri lepas, kekakuan, penurunan atau tak ada bising usus.

d. Makanan atau cairan

Gejala : anoreksia, mual atau muntah

e. Nyeri atau kenyamanan

Gejala : nyeri abdomen sekitar epigastrium dan umbilikus yang meningkat berat dan terlokalisasi pada titik mcburney (setengah jarak antara umbilikus dan tulang ileum kanan), meningkat karna berjalan, bersin, batuk, dan napas dalam (nyeri berhenti tiba-tiba diduga perforasi atau infark pada appendiks), keluhan berbagai rasa nyeri atau gejala tak jelas (sehubung dengan lokasi appendiks contoh retrosekal atau sebelah ureter).

Tanda : perilaku berhati-hati berbaring ke samping atau telentang dengan lutut ditekuk, meningkatnya nyeri pada kuadran kanan bawah karena posisi ektensi kaki kanan atau posisi duduk tegak nyeri lepas pada sisi kiri diduga inflamasi peritoneal.

f. Keamanan

Tanda : demam (biasanya rendah)

g. Pernapasan

Tanda : takipnea, pernafasan dangkal.

h. Penyuluhan atau pembelajaran

Gejala : riwayat kondisi lain yang berhubungan dengan nyeri abdomen contoh pielitis akut, batu uretra, salpingitis akut, ileitis regional.

I. Pemeriksaan diagnostik

a. SDP : leukositosis diatas 12.000/mm^3, neutrofil meningkat sampai 75%.
b. Urinalisis : normal tetapi eritrosit atau leukosit mungkin ada.
c. Foto abdomen : dapat menyatakan adanya pengerasan material pada apendiks (fekalit), ileus terlokalisir.

J. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) diagnosa keperawatan meliputi:

1. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, insisi bedah.

2. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah praoperasi, pembatasan pascaoperasi, status hipermetabolik, inflamasi peritonium dengan cairan asing.
3. Nyeri akut berhubungan dengan distensi jaringan usus oleh inflamasi, adanya insisi bedah.
4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, tidak mengenal sumber informasi.

K. Perencanaan Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012) perencanaan keperawatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, insisi bedah.

   Hasil yang diharapkan : Meningkatkan penyembuhan luka dengan benar, bebas tanda inflamasi atau infeksi, drainase purulen, eriterna dan demam.

   Rencana tindakan :

   a. Madiri : Awasi tanda vital, perhatikan demam, mengigil, berkeringat, perubahan mental, meningkatnya nyeri abdomen. Rasional : dugaan adanya infeksi terjadinya sepsis, abses, peritonitis. Lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka aseptik, berikan perawatan paripurna. Rasional : menurunkan risiko penyebaran bakteri. Lihat insisi dan balutan, catat karakteristik drainase luka atau drein (bila dimasukan), adanya eritema. Rasional : memberikan deteksi dini terjadi proses infeksi, dan pengawasan penyembuhan perioritas yang telah ada sebelumnya. Berikan informasi yang tepat, jujur pada pasien atau orang terdekat. Rasional : pengetahuan tentang kemajuan situasi memberikan dukungan emosi, membantu menurunkan ansietas.
   b. Kolaborasi : Ambil contoh drainase bila diindikasikan. Rasional : kultur pewarnaan gram dan sensitivitas berguna untuk mengidentifikasi organisme penyebab dan pilihan terapi. Berikan antibiotik sesuai indikasi. Rasional : mungkin diberikan secara

profilaktik atau menurunkan jumlah organisme (pada infeksi yang telah ada sebelumnya) untuk menurunkan penyebaran dan pertumbuhan pada rongga abdomen. Bantu irigasi dan drainase bila diindikasikan. Rasional : dapat diperlukan untuk mengalirkan isi abses terlokalisir.

2. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah praoperasi, pembatasan pascaoperasi, status hipermetabolik, inflamasi peritonium dengan cairan asing.
    a. Mandiri : Awasi TD dan nadi, lihat membran mukosa: kaji turgor kulit, pengisian kapiler, auskultasi bising usus, catat kelancaran flatus, gerakan usus, berikan sejumlah kecil minuman jernih bila pemasukan peroral dimulai, lanjutkan dengan diet sesuai toleransi, berikan perawatan mulut sering dengan perhatian khusus pada perlinfungsn bibir.
    b. Kolaborasi : Perhatikan pengisapan gaster atau usus, Berikan cairan IV dan elektrolit.
3. Nyeri akut berhubungan dengan distensi jaringan usus oleh inflamasi, adanya insisi bedah.
    a. Mandiri : Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, beratnya (0-10). Selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengantepat, perhatikan istirahat dengan posisi semi-fowler, dorong ambulasi dini, berikan aktivitas hiburan.
    b. Kolaborasi : Pertahankan puasa atau penghisapan NG pada awal, berikan analgesik sesuai indikasi, berikan kantong es pada abdomen.

4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, tidak mengenal sumber informasi.
    a. Mandiri : Kaji ulang pembatasan aktivitas pasca operasi contoh mengangkat berat, olahraga, seks, latihan menyetir, dorong aktivitas sesuai toleransi dengan periode istirahat perioik, anjurkan menggunakan laksatif atau pelembek feses ringan bila

perlu dan hindari enema, diskusikan perawatan insisi, termasuk mengganti balutan, pembatasan mandi, dan kembali ke dokter untuk mengangkat jahitan atau pengikat, identifikasi gejala yang memerlukan evaluasi medik, contoh peningkatan nyeri, edema atau eritema luka, adanya drainase, demam.

L. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut (Suddarth, 2019) pelaksanaan keperawatan meliputi sebagai berikut:

a. Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri, mencegah defisit volume cairan, menurunkan ansietas, mengatasi infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran GI, mempertahankan integritas kulit, dan mencapai nutrisi yang optimal.
b. Sebelum operasi siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur IV, berikan antibiotik, dan masukan slang nasogastrik (bila terbukti ileus paralitik), jangan berikan enema atau laksatif (dapat menyebabkan perforasi).
c. Setelah operasi, posisikan pasien fowler-tinggi, berikan analgesik narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi, berikan makanan yang disukai pasien pada hari pembedahan (jika dapat ditoleransi). Jika pasien dehidrasi sebelum pembedahan, berikan cairan IV.
d. Jika drain terpasang pada daerah insisi, pantau secara ketat adanya tanda-tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder, atau abses sekunder (mis., demam, takikardi, dan peningkatan jumlah leukosit)

M. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Dinarti, 2013) evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan meliputi data subyektif (S), data obyektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P), berdasarkan analisa data diatas, evaluasi ini disebut juga evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (progress noye) atau CP5.

Petujuk dokumentasi evaluasi keperawatan

1. Tulis waktu dan tanggal pelaksanaan evaluasi
2. Pelaksanaan evaluasi disesuaikan dengan kondisi patofisiologis klien, respon klien, persepsi klien, sehingga meliputi permasalahan biopsikososial spiritual.
3. Evaluasi keperawatan oleh mahasiswa dengan alasan agar mereka setiap hari lebih terampil dalam menilai perkembangan klien atau pasien
4. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk setiap diagnosa keperawatan dengan SOAP.
5. Lakukan evaluasi sesegera mungkin. Terutama jika terjadi perubahan kondisi pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan atau kolaborasi dokter, misalnya: perawat melihat pasien sesak dengan RR: 27 x/menit, lalu perawat memberikan posisi high fowler dan melakukan kolaborasi dengan dokter untuk memberikan oksigen 4 liter/menit. Setelah dilakukan tindakan selama 30 menit. Pasien tidak mengeluh sesak lagi dan ketika dilakukan pemeriksaan RR menjadi normal menjadi 20 x/menit. Ini menandakan bahwa ada perubahan kondisi setelah dilakukan tindakan dan tindakan yangdiberikan adalah efektif.

   Evaluasi mengharuskan perawat melakukan pemeriksaan secara kritikal dan menyatakan respon pasien terhadap intervensi. Evaluasi ini terdiri dari dua tingkat yaitu:

   Evaluasi formatif atau pernyataan formatif atau biasa juga di kenal sebgai evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan respon yang dimaksud adalah bagaimana pasien bereaksi secara fisik, emosi, sosial, dan spiritual terhadap intervensi yang baru saja diterima. Respon ini mudah didokumentasikan karena respon ini relatif dapat diamati. Perawat membuat pernyataan formatif ini merujuk pada peran perawat terhadap respon pasien yang segera timbul. Penyataan formatif ini merujuk pada peran perawat terhadap intervensi.

Perawat melakukan observasi dan melakukan pengumpulan data dari pasien yang didasari data pada saat sekarang. Pernyataan formatif atau evaluasi proses tidak boleh menggunakan rujukan pernyataan yang sudah lalu.

Contoh: melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital maka evaluasi formatif yang ditulis adalah tekanan darah : 120/80 mmHg, RR: 16x/menit, N: 70x/menit, Suhu: 37°C.

Evaluasi sumatif atau evaluasi hasil, yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, dengan kata lain bagaimana penilaian terhadap perkambangan kemajuan ke arah tujuan atau hasil akhir yang diinginkan. Ringkasan perkembangan terhadap hasil yang diharapkan akan lebih sukar, karena membutuhkan informasi – informasi yang lebih banyak yang harus dipertimbangkan. Sekali ditetapkan dan dipahami, perawat harus menyatakan respon pasien dan perilaku dalam konteks hari hari sebelumnya, minggu, bulan. Ringkasan ini mengharuskan perawat membuat pernyataan tentang perkembanganpasien secara lebih luas. Dokumentasi evaluasi jenis ini menyediakan butir butir rujukan dimana perawat dapat menghasilkan perkembangan kearah tujuan. Kegiatan yang dilakukan dalam tahap ini adalah mengidentifikasi kriteria hasil. Mengevaluasi pencapaian tujuan dan memodifikasi rencana keperawatan. Mulai dari pengkajian sampai evaluasi itu sendiri.

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 04 Mei 2021. Pasien masuk tanggal 29 Mei 2021 di Ruang Alamanda kelas III C, nomor register 18-04-25 dengan diagnosa medis appendiksitis.

B. Identitas Klien

Pasien Nn.S dengan usia 14 tahun. pasien belum menikah, beragama islam, pasien bersuku jawa, pendidikan SMP. Bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa indonesia. Pasien seorang pelajar, pasien bertempat tinggal di Cibitung Bekasi, Sumber data diperoleh dari pasien, keluarga, rekam medik, perawat ruangan.

C. Resume

Pre operasi

Pasien Nn.S 14 tahun datang ke poli spesialis penyakit dalam di rumah sakit swasta. Pada tanggal 29 april 2021 jam 09.41 dengan keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, hasil pengukuran TTV TD: 120/80 mmHg, N: 90x/menit, S: 37,3ºC, RR: 20x/menit, dengan keluhan pasien mengatakan nyeri di ulu hati, nyeri abdomen sebelah kanan bawah, dengan skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul secara bertahap, durasi nyeri sekitar ± 10 menit, disertai mual, pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit, hanya memiliki alergi pada kuning telur, masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan rasa nyaman:nyeri. tindakan yang dilakukan memberikan posisi semi fowler, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, monitor TTV, dan mengkaji skala nyeri.

Pasien tiba di ruang A pukul 10.00. perawat ruangan mengkaji tingkat kesadaran pasien dengan hasil keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis, hasil TTV TD: 110/80mmHg, N: 80x/menit, S: 36,3ºC, RR: 20x/menit, saat dilakukan pengkajian oleh perawat ruangan, pasien mengeluh nyeri abdomen sebelah kiri bawah, dengan skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul secara bertahap, durasi nyeri sekitar ± 10

menit, masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan rasa nyaman:nyeri. tindakan yang dilakukan memberikan posisi semi fowler, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, monitor TTV, dan mengkaji skala nyeri, evaluasi secara umum, masalah nyeri pada abdomen belum teratasi. Pada tanggal 1 mei 2021 pukul 10.00 WIB pasien dilakukan pemeriksaan usg dengan hasil: Dilatasi dan penebal usus-usus di regio abdomen bawah kanan kiri, namun appendiks tak terdeteksi, dd/ (diagnosa pembanding) proses inflamasi usus. Tak tampak cairan bebas di intra abdomen, tak tampak lesi kistik. /sol diregio adneksa serta uterus. Evaluasi secara umum, masalah nyeri pada abdomen belum teratasi. Pada tanggal 03 Mei 2021 pukul 09.25 WIB pasien dilakukan pemeriksaan appendicogram dengan kesan appendicitis chronis. Evaluasi secara umum, masalah nyeri pada abdomen belum teratasi.

Post operasi

Pasien kembali keruang A pada tanggal , pukul 16.00 WIB dengan tindakan laparoskopi appendiktomi. Dengan anastesi umum, keadaan sakit sedang, kesadaran composmentis, TD : 120/80mmHg, N: 81x/menit, S: 36ºC, RR: 20x/menit, terpasang infus di vena *metacarpal sinistra*, masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri, tindakan yang dilakukan adalah mengobservasi tanda-tanda infeksi dengan hasil tanda-tanda vital pasien, evaluasi secara umum adalah masalah nyeri belum teratasi.

D. Riwayat Keperawatan

a. Riwayat kesehatan sekarang.

Pre operasi

Pasien mengatakan keluhan utama saat ini adalah nyeri di ulu hati, nyeri abdomen sebelah kiri bawah, skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul secara bertahap, faktor pencetus nyeri setiap telat makan, dan pada saat makan langsung porsi banyak. Upaya dilakukan saat keluhan muncul yaitu dengan minum obat promag.

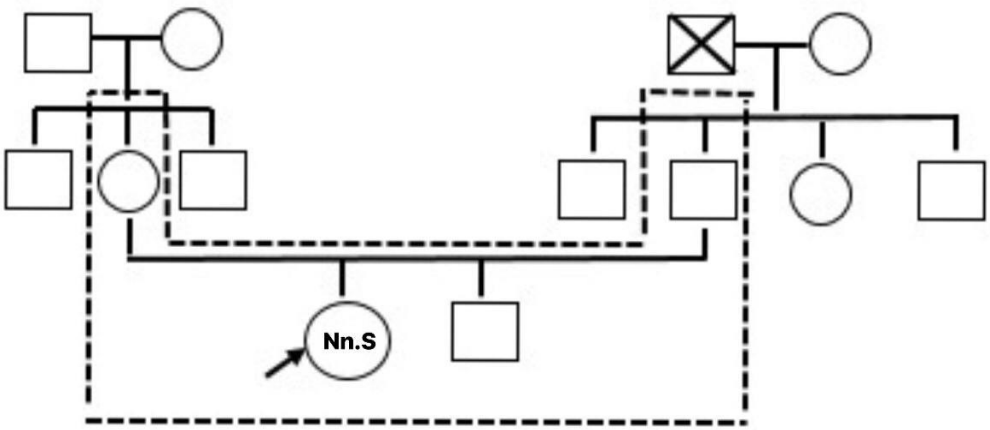
Post operasi

Pasien mengatakan nyeri dibagian luka operasi, nyeri seperti , skala nyeri, nyeri pada saat , nyeri hilang timbul.

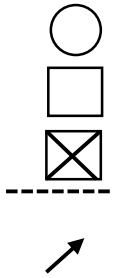
b. Riwayat kesehatan masa lalu.

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit sebelumnya, pasien memiliki alergi kuning telur, pasien mengatakan tidak ada riwayat penggunaan obat sebelumny

c. Riwayat Kesehatan Keluarga (Genogram dan Keterangan tiga generasi dari klien)



Keterangan :



: Perempuan

: Laki-laki

: Meninggal

: Tinggal satu rumah

: Pasien

d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi factor risiko Pasien mengatakan tidak ada di dalam anggota keluarga ada didalam ada yang menjadi faktor resiko terjadinya penyakit.

e. Riwayat Psikososial dan Spiritual.

1. Pasien mengatakan orang yang terdekat dengan pasien adalah ibunya yang saat ini tinggal bersama pasien.

2. Interaksi dengan keluarga yaitu pasien mengatakan pola komunikasi dalam keluarga terbuka, pembuat keputusan adalah ibunya, pasien mengatakan tidak mengikuti kegiatan dilingkungan

karena sibuk sekolah

3. Dampak penyakit klien terhadap keluarga yaitu pasien mnegtakan keluarga khawatir terhadap penyakit yang sedang di derita.

4. Masalah yang mempengaruhi klien yaitu Pasien mengatakan saat ini pasien tidak memiliki masalah yang mempengaruhinya

5. Mekanisme Koping terhadap stress

Pasien mengatakan jika sedang stress mekanisme kopingnya adalah tidur.

6. Persepsi klien terhadap penyakitnya

Pasien mengatakan hal yang saat ini dipikirkan adalah mengenai penyakitnya, pasien berharap setelah menjalani perawatan pasien dapat kembali sehat dan ingin cepat pulang.

f. Pola kebiasaan pasien

1) Pola nutrisi

Pre operasi

Pasien mengatakan sebelum sakit frekuensi makannya 3x/hari, nafsu makan baik mual muntah tidak ada, pasien mengatakan menghabiskan 1 porsi makan. pasien mengatakan kuning telur adalah makanan yang tidak di sukainya . Pasien mengatakan tidak memakan kuning telur karena membuat merah merah pada wajahnya.tidak ada makanan pantangan dirumah. Tidak ada makanan diet sebelumnya, pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan, dan tidak menggunakan alat bantu sebelum sakit

Post operasi

Selama di rumah sakit pasien makan 3x sehari, pasien menghabiskan hanya ½ porsi makan, pasien mengatakan mual saat makan, makanan yang membuat alergi adalah kuning telur, tidak ada makanan pantangan. Pasien mendapat diit lunak 1500 kalori. Pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan sebelum makan. pasien tidak menggunakan alat bantu makan. IMT 18,7kg/m^2

2) Pola eliminasi

Pre operasi

Pasien mengatakan sebelum dirawat BAK ±8x/hari, warna BAK kuning jernih, tidak ada keluhan ketika BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan BAB 1x/hari, waktu pagi hari, warna BAB kuning kecoklatan, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB, dan tidak menggunakan Laxatif.

Post operasi

Saat pengkajian, pasien mengatakan BAK 7x/hari, warna BAK kuning jernih, tidak ada keluhan ketika BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien mengatakan belum BAB saat ini.

3) Pola personal hygiene

Pre operasi

Sebelum sakit, pasien mengatakan mandi 3x/hari saat pagi, sore, dan malam. Sikat gigi 3x/hari waktu pagi, siang, dan setelah makan, pasien mencuci rambut 2x/minggu.

Post operasi

Pasien mengatakan mandi hanya 1x/hari saat pagi dan sore. Sikat gigi 2x/hari waktu pagi dan sore. Pada saat pengkajian pasien belum mencuci rambut.

4) Pola istirahat dan tidur

Pre operasi

Sebelum sakit tidur siang, pasien mengatakan tidur siang 3 jam. Tidur malam 4 jam, tidak ada kebiasaan sebelum tidur.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak pernah tidur siang, tidur malam 8 jam kebiasaan sebelum tidur adalah main handphone .

5) Pola aktivitas dan latihan

Pre operasi

Sebelum sakit, pasien mengatakan olahraga senam setiap hari jumat, pasien mengatakan tidak ada keluahan saat beraktivitas.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak mengerjakan tugas sekolahnya apapun selain beristirahat, pada saat beraktivitas pasien merasakan nyeri di abdomen.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Pasien mengatakan tidak merokok dan tidak menggunakan napza.

7) Sistem nilai kepercayaan

Pasien mengtakan tidak ada nilai-nilai kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan dan kepercayaan yang dilakukan adalah sholat 5 waktu secara teratur.

8) Kondisi lingkungan rumah

Pasien mengatakan kondisi lingkungan rumah baik, didepan rumah ada selokan keadaan bersih tidak ada sampah yang menumpuk, di halaman depan terdapat tamn kecil, ventilasi dalam rumah cukup dan cahaya matahari dapat masuk ke dalam rumah

g. Pengkajian Fisik :

1) Pemeriksaan Fisik Umum :

Pre operasi

Berat badan sebelum sakit 45kg berat badan saat ini 44kg, terjadi penuruna berat badan selama dirawat di RS, tinggi badan 153cm, IMT 18,7kg/$m^{2.}$ Keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran komposmentis E: 4, M: 6, V: 5, tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

Post perasi

Keadaan umum sakit sedang, kesadaran komposmentis, GCS E: 4, M: 6, V: 5.

2) Sistem Penglihatan :

Pre operasi

Posisi mata simestris, kelopak mata pada pasien normal, pergerakan bola mata pasien normal, konjungtiva ananemis, kornesa kanan dan kiri pasien normal, sklera kedua mata pasien tampak ikterik, pupil isokor (reaksi terhadap cahaya kanan +2 mata kiri +2), tidak ada kelainan pada otot-otot mata pasien, fungsi penglihatan mata kanan kiri normal dan tidak ada tanda-tanda radang, pasien mengatakan tidak menggunakan kacamata ataupun lensa kontak.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak ada masalah indera penglihatannya, pupil isokor (reaksi terhadap cahaya kanan +2 mata kiri +2).

3) Sistem Pendengaran :

Pre operasi

Daun telingan kanan dan kiri pasien normal, karakteristik serumen pasien kuning, cair, khas, pasien mengatakan tidak ada perasaan penuh ditelinga, tinnitus tidak ada, fungsi pendengaran masih normal. Tidak ada gangguan keseimbangan pada pasien, dan pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

Post operasi

Pasien mengatakan fungsi pendengaran masih normal. Tidak ada gangguan keseimbangan pada pasien, dan pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

4) Sistem Wicara :

Pre operasi

Sistem wicara pasien normal.

Post operasi

Sistem wicara pasien normal.

5) Sistem Pernafasan :

Pre operasi

Jalan nafas pasien tidak ada sumbatan, pasien mengatakan tidak sesak, pasien tampak tidak ada menggunakan oto bantu nafas, frekuensi pernafasan 20x/menit, irama pernafasan teratur, jenis pernafasan sepontan, kedalaman jalan nafas tampak dalam, tidak ada batuk dan tidak ada sputum, tidak ada darah yang keluar dari pernafasan, palpasi dada getaran paru kanan dan kiri sama besar, suara nafas terdengar vesikuler, pasien mengatakan tidak nyeri saat bernafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak sesak, pasien mengatakan tidak ada batuk, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas, frekuensi pernafasan pasien ....

6) Sistem Kardiovaskuler :

Pre operasi

Nadi 91x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 121/72 mmHg. Tidak ada distensi vena jugularis kanan dan kiri, kulit teraba hangat, warna kulit pasien pucat, pengisian kapiler < 3 detik, tidak ada edema, Kecepatan denyut apical 95x/menit, irama terdengar teratur, tidak ada kelaianan bunyi jantung, dan pasien tidak mengeluh sakit dada.

Post operasi

Nadi 81x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tekanan darah 120/80mmHg, pengisian kapiler < 3 detik.

7) Sistem Hematologi :

Pre operasi

Pasien tidak pucat dan tidak ada perdarahan pada pasien.

Post operasi

Pasien tampak pucat dan tidak ada perdarahan pada pasien.

8) Sistem Syaraf Pusat :

Pre operasi

Pasien tidak ada mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran composmentis dengan nilai GCS (E4, M6, V5). Tidak ada peningkatan tekanan intra kranial (TIK), tidak ada gangguan sistem persyarafan, reflek fisiologi pasien normal, reflek patologis tidak ada.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak ada sakit kepala dan pusing, tingkat kesadaran komposmentis E4, M6, V5, tidak ada gangguan di sistem persyarafan.

9) Sistem Pencernaan :

Pre operasi

Tidak terdapat gigi yang caries, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah pasien tampak bersih, mukosa bibir tampak lembab, pengeluaran saliva normal, mual ada, muntah tidak ada, pasien mengatakan nyeri di sekitar abdomen kiri bawah. Skala nyeri 4, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap telat makan, dan pada saat makan langsung porsi banyak, dan saat nyeri muncul waktunya ± 10 menit. Bising usus 20x/menit, tidak ada diare, hepar tidak teraba, saat palpasi abdomen tampak meringis dan menahan nyeri dengan tarik nafas saat di palpasi abdomen dan abdomen tidak asites.

Post operasi

Pasien mengatakan tidak ada mual dan muntah.

10) Sistem Endokrin :

Pre operasi

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan nafas tidak bau keton. Pasien tidak mengalami poliuria, polidipsi, polifagi, dan tidak ada luka gangren.

Post operasi

Tidak ada gangguan di sistem endokrin.

11) Sistem Urogenital :

Pre operasi

Intake: infus: 1500 ml, oral 1000ml, total 2500ml. Output: urine : 1500ml, IWL: 660ml, total 2160ml. Balance cairan: + 340/24 jam. Pasien tidak mengalami perubahan pola kemih, warna BAK pasien kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

Post operasi

Intake: infus: 1500 ml, oral 1200ml, total 2700ml. Output: urine : 1900ml, IWL: 660ml, total 2560ml. Balance cairan: +140/24 jam.

12) Sistem Integumen :

Pre operasi

Turgor kulit elastis, tidak terdapat luka bekas garukan, temperatur kulit teraba hangat, warna kulit pasien tampak pucat, keadaan kulit tidak terdapat insisi operasi, tidak ada kelainan kulit, pasien tampak tidak ada tanda-tanda kemerahan pada abdomen, pasien tampak tidak ada pembengkakan pada abdomen, tidak ada tanda-tanda peblitis pada daerah pemasangan infus, keadaan rambut baik dan rambut tampak bersih.

Post operasi

Turgor kulit elastis, temperatur kulit teraba hangat, kondisi kulit pemasangan infus baik.

13) Sistem Muskuloskeletal :

Pre operasi

Pasien mengatakan tidak kesulitan dalam bergerak, tidak mengeluh sakit pada tulang dan sendi, pasien tidak ada fraktur. Kekuatan otot ektremitas atas bawah, kanan dan kiri dalam rentang 5.

Post operasi

Pasien mengatakan sedikit lemas, dan tidak ada kesulitan dalam bergerak, keadaan tonus otot baik, kekuatan otot pada ekstremintas atas dan bawah 5

h. Data Tambahan

Pasien mengatakan sakit yang dideritanya disebabkan karena sering telat makan, dan pada saat makan langsung dalam porsi banyak.

i. Data Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium tanggal 29 April 2021

Hematologi : hematokrit 45* (31-43 vol %),

Hitung jenis : batang 1* (3-5 %), limfosit 21* (25-40)

2) Usg Abdomen tanggal 01 Mei 2021

Kesan: Dilatasi dan penebal usus-usus di regio abdomen bawah kanan kiri, namun appendiks tak terdeteksi, dd/ proses inflamasi usus.

a) tak tampak cairan bebas di intra abdomen
b) tak tampak lesi kistik. /sol diregio adneksa serta uterus

3) Apendicogram tanggal 03 Mei 2021

kesan: appendicitis kronis

j. Penatalaksanaan media

Inpepsa 3x2 cth, opilax 2x2cth, rillus 2x480mg, braxidin 2x2,5mg, ezomeb 1x40mg, vomceran 3x4mg, cernevit 1x75mg, broadced 1x2gr, pragesol 3x1gr . Terapi cairan infus futrolit 1500ml/24jam sesuai program medis, diit lunak 1500 kalori.

k. Data Fokus

keadaan umum : sakit sedang, kesadaran: compos mentis, GCS: E: 4 V: 5 M:6, tanda-tanda vital : tekanan darah 121/72 mmHg, nadi 91x/menit , irama teratur dan teraba kuat, pernafasan 20 x/menit, suhu 38,5ºC.

1) Kebutuhan fisiologis: cairan

Pre operasi

Data Subjektif : pasien mengatakan minum 1 liter, pasien mengatakan BAK sebanyak 8x/hari.

Data objektif : Balance cairan : intake: infus: 1500 ml, oral 1000ml, total 2500ml. Output: urine : 1500ml, IWL: 660ml, total 2160ml. Balance cairan: 2500ml – 2160ml = + 340/24 jam. Pasien tidak mengalami perubahan pola kemih, warna BAK pasien kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih dan tidak ada keluhan sakit pinggang.

2) Kebutuhan fisiologis: Nutrisi

Pre operasi

Data subjektif: pasien menghabiskan 1 porsi makan, pasien mengatakan merasa mual tetapi makan dengan cara sedikit demi sedikit, pasien mengatakan suka semua jenis makanan kecuali kuning telur yang di rebus.

Data objektif :

Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makan, pasien memiliki 44kg dan tinggi badan 153cm dan IMT 18,7kg/m^2.

3) Kebutuhan Fisiologis: Eliminasi

Pre operasi

Data subjektif: pasien mengatakan BAK 8x/hari , warna kuning jernih, tidak ada keluhan ketika BAK, tidak menggunakan alat bantu untuk BAK. Pasien belum BAB saat ini.

Data objektif: pasien tidak tampak terjadi distensi kandung kemih, dan abdomen, bising usus 20x/menit.

4) Kebutuhan rasa nyaman : nyeri

Pre operasi

Data subjektif : pasien mengatakan tidak ada demam

Data objektif : pasien tampak tidak ada pembengkakan pada abdomen, suhu pasien 36, 8ºC. Warna BAK tampak kuning jernih, sklera pasien tampak ikterik. Leukosit: 8.500 (5000-

14.500 /ul), SGOT 21 (0-31 u/l), SGPT 12 (0-34 u/l), Hasil appendicogram kesan: Pasca pemberian kontras barium 30g yang telah di larutkan dengan 200cc air, dan dilakukan foto abdomen. Ternyata setelah 12 jam, kontras sudah mengisi caecum, colon asendens, colon transversum sampai colon descenden dan ternyata pada daerah caecum kontras tidak tanpak masuk atau mengisi lumen appendix menyongkong keradangan chronis appendix.

Post operasi

Data subjektif : pasien mengeluh nyeri luka operasi, skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap duduk atau ingin berbaring, dan saat nyeri muncul waktunya ±15 menit.

Data objektif : pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak protektif, ttv: TD: 105/66mmHg, nadi: 86x/menit, tampak luka post operasi 3cm

5) Kebutuhan rasa aman

Pre operasi

Data subjektif: pasien mengatakan takut, pasien merasa bingung. Pasien mengatakan takut kalau operasinya gagal.

Data objektif : pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang, muka pasien tampak pucat.

Post operasi

Data subjektif : pasien mengeluh nyeri luka operasi, skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap duduk atau ingin berbaring, dan saat nyeri muncul waktunya ±15 menit.

Data objektif : pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak protektif, ttv: TD: 105/66mmHg, nadi: 86x/menit.

l. Analisa data

pre operasi

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data subjektif : pasien mengatakan nyeri di ulu hati, nyeri abdomen sebelah kiri bawah, skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul secara bertahap, faktor pencetus nyeri setiap telat makan, dan pada saat makan langsung porsi banyak. Dan nyeri muncul ± 10 menit . Data objektif : pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegangi area abdomen, TD: 121/72mmHg, N: 91x/menit suhu pasien 36, 8ºC Leukosit: 8.500 (5000-10.000 /ul), Kesan : appencitis chronic	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis
2.	Data subjektif: pasien mengatakan takut, pasien merasa bingung. Pasien mengatakan takut kalau operasinya gagal.	Ansietas	Takut mengalami kegagalan

No	Data	Masalah	Etiologi
	Data objektif : pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang, muka pasien tampak pucat.		

Post operasi

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data subjektif : pasien mengatakan tidak ada demam Data objektif : suhu pasien 36, 8ºC, Leukosit: 8.500 /ul, di sekitar luka tidak tampak kemerahan, luka tidak tampak membengkak, tidak tampak rembesan pada luka panjang luka 3cm.	Risiko infeksi	Efek prosedur invasif
2.	Data subjektif: pasien mengeluh nyeri luka operasi, skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap duduk atau ingin berbaring, dan saat nyeri muncul waktunya ±15 menit. Data objektif : pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak protektif, ttv: TD:	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)

	105/66mmHg, nadi: 86x/menit		

E. Diagnosa keperawatan

Pre operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi
2. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan

Post operasi

1. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

F. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi Keperawatan

Pre operasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi

Data subjektif : pasien mengatakan nyeri di ulu hati, nyeri abdomen sebelah kiri bawah, skala nyeri 4, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri timbul secara bertahap, faktor pencetus nyeri setiap telat makan, dan pada saat makan langsung porsi banyak. Dan nyeri muncul ± 10 menit.

Data objektif : pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak memegangi area abdomen, TD: 121/72mmHg, N: 91x/menit suhu pasien 36, 8ºC. Warna BAK tampak kuning jernih, sklera pasien tampak ikterik. Leukosit: 8.500 (5000-10.000 /ul), SGOT 21 (0-31 u/l), SGPT 12 (0-34 u/l), Hasil appendicogram dengan kesan appendisitis kronis.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang sampai hilang.

Kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, keluhan meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun.

Kaji TTV pasien setiap 8 jam

a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri.

b. Identikasi skala nyeri.
c. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
d. Berikan terapi obat pragesol 3x1gr/IV

Pelaksanaan tanggal 4 Mei 2021

Pada pukul 08.00 mengkaji TTV TD: 121/72mmHg, N: 91x/menit, Suhu: 36,8ºC, Rr: 20x/menit. mengidentifikasi lokasi nyeri berada diabdomen kiri bawah, mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 4. **Pada pukul 10.05** memberikan posisi supine untuk mengurangi rasa nyeri dan pasien mengikuti anjuran tersebut. **Pada pukul 11.00** mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam bila merasakan nyeri hasilnya pasien tampak rileks. **Pada pukul 12.15** mengantar pasien keruang OK. **Pada pukul 15.30** perawat ruangan menerima pasien dari OK dengan post laparascopy appendiktomi. **Pada pukul 16.00** mengukur TTV TD: 120/70mmHg, N: 82x/menit, Suhu: 36,5ºC, Rr: 20x/menit. **Pada pukul 17.30** mengobservasi bising usus, hasil bising usus terdengar keras respon pasien kooperatif. **Pada pukul 17.35** melakukan login diit lunak 1500 kalori. **Pada pukul 18.00** mengobservasi pasien : makan habis ½ porsi. **Pada pukul 20.00** mengontrol pasien, akral teraba hangat, nadi teraba kuat. **Pada pukul 21.00** melakukan observasi kesadaran composmentis, plebitis tidak ada, pasien mengatakan nyeri luka operasi dengan skala 4. **Pada pukul 03.00** menganjurkan pasien untuk beristirahat. **Pada pukul 05.00** mengobservasi TTV TD: 90/50mmHg, N: 63x/menit, Suhu: 36,3ºC, Rr: 20x/menit.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 5 Mei 2021 pukul 06.00

Subjektif **:** pasien mengatakan abdomen masih terasa nyeri.

Objektif **:** pasien masih tampak sedikit meringis, pasien masih bersikap protektif terhadap abdomennya, pasien

masih tampak gelisah.

Analisa **:** nyeri bagian abdomen sudah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian

Perencanaan **:** lanjutkan semua intervensi

2. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan

Data subjektif: pasien mengatakan takut mengalami kegagalan operasi, pasien merasa bingung.

Data objektif : pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang, muka pasien tampak pucat.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x30menit diharapkan tingkat ansietas menurun.

Kriteria hasil: pasien tidak takut, pasien tidak merasa bingung, pasien tidak tampak gelisah, pasien tidak tampak tegang, pasien tidak tampak pucat

Rencana tindakan:

a. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah menjadi berat
b. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
c. Latih rileksasi nafas dalam

Pelaksanaa tanggal 4 Mei 2021

Pada pukul 08.00 mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah pasien mengatakan tingkat ansietas berubah pada saat mendekati jam operasi. **Pada pukul 10.05** menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, ibu pasien akan tetap berada bersama pasien. **Pada pukul 11.00** melatih kegiatan pengalihan untk mengurangi ketegangan yaitu relaksasi nafas dalam bila pasien merasa cemas.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 4 Mei 2021 pukul 11.30

Subjektif **:** pasien mengatakan sudah tidak takut, pasien sudah tidak merasa bingung

Objektif **:** pasien tidak tampak gelisah, pasien tidak tampak tegang, muka pasien tidak tampak pucat

Analisa **:** ansietas sudah tidak ad**a**

Perencanaan : hentikan semua intervensi

Post operasi

1. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

   Efek prosedur invasif

   Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi.

   Kriteria hasil : demam tidak ada, kemerahan tidak ada, nyeri tidak ada, bengkak tidak ada, kebersihan tangan meningkat

   Rencana tindakan:

   a. Monitor tanda dan gejala infeksi
   b. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar
   c. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
   d. Berikan terapi obat broaced 1x2gr sesuai program medis

      Pelaksanaan tanggal 5 Mei 2021

      Pada pukul 10.00 memonitor tanda dan gejala infeksi, pasien mengatakan tidak ada nyeri, pasien mengatakan tidak ada rasa panas di area luka, luka operasi tidak tampak bengkak, luka operasi tidak tampak kemerahan, luka operasi tidak tampak menggangu aktivitas pasien, **Pada pukul 12.00** mengajarkan cara mencuci tangan yang benar pasien dapat mengikuti cara mencuci tangan yang benar, **Pada pukul 12.10** memberikan terapi obat broaced 1x2gr sesuai program medis, obat berhasil di berikan. **Pada pukul 18.00** mengobservasi luka post operasi luka di tutup opsite, tidak ada rembesan pada luka, **Pada pukul 22.00** mengobservasi luka post operasi luka di tutup opsite, tidak ada rembesan pada luka.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 6 mei 2021 pukul 06.00

Subjektif **:** pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri, tidak ada rasa panas.

Objektif **:** luka operasi tidak tampak bengkak, tidak tampak kemerahan.

Analisa **:** risiko infeksi tidak terjadi, tujuan tercapai sebagian.

Perencanaan **:** lanjutkan semua intervensi.

Pelaksanaan tanggal 6 Mei 2021

Pada pukul 10.15 memonitor tanda dan gejala infeksi, pasien mengatakan tidak ada nyeri, pasien mengatakan tidak ada rasa panas di area luka, luka operasi tidak tampak bengkak, luka operasi tidak tampak kemerahan, luka operasi tidak tampak menggangu aktivitas pasien, **Pada pukul 12.00** mengajarkan cara mencuci tangan yang benar pasien dapat mengikuti cara mencuci tangan yang benar, **Pada pukul 12.10** memberikan terapi obat broaced 1x2gr sesuai program medis, obat berhasil di berikan. **Pada pukul 17.00** mengobservasi perawatan luka, luka di bersihkan dengan kompres Nacl, kondisi luka kering, panjang luka ± 3cm dengan hasil operasi laparoskopi apendiktomi. Luka tidak tampak bengkak, tidak tampak kemerahan, pasien mengatakan tidak ada rasa panas di sekitar luka, lalu luka ditutup dengan opsite. **Pada pukul 18.00** mengobservasi luka post operasi luka di tutup opsite, tidak ada rembesan pada luka, **Pada pukul 22.00** mengobservasi luka post operasi luka di tutup opsite, tidak ada rembesan pada luka.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 7 mei 2021 pukul 06.00

Subjektif **:** pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri, tidak ada rasa panas.

Objektif **:** luka operasi tidak tampak bengkak, tidak tampak kemerahan.

Analisa **:** risiko infeksi tidak terjadi, tujuan tercapai.

Perencanaan **:** hentikan semua intervensi pasien pulang.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

   Data subjektif: pasien mengeluh nyeri luka operasi, skala nyeri 5, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul, faktor pencetus nyeri setiap duduk atau ingin berbaring, dan saat nyeri muncul waktunya ±15 menit.

   Data objektif : pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, pasien tampak protektif, ttv: TD: 105/66mmHg, nadi: 86x/menit

   Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun.

   Kriteria hasil: luka operasi sudah tidak nyeri, skala nyeri berkurang 0, tidak terasa seperti tertusuk-tusuk, pada saat duduk atau berbaring tidak terasa nyeri, pasien tidak tampak meringis, pasien tidak tampak gelisah, pasien tidak tampak protektif.

   Rencana keperawatan:

   a. Kaji TTV pasien setiap 8 jam
   b. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas, intensitas nyeri.
   c. Identikasi skala nyeri.
   d. Ajarkan teknik rileksasi nafas dalam
   e. Berikan terapi obat pragesol 3x1gr sesuai program medis

      Pelaksanaan tanggal 5 Mei 2021

      Pada pukul 08.00 mengkaji TTV TD: 105/66mmHg, N: 86x/menit, Suhu: 36,5ºC, Rr: 18x/menit, mengidentifikasi lokasi nyeri berada di luka post operasi, mengidentifikasi skala nyeri dengan hasil skala nyeri 3, **Pada pukul 10.00** memberikan teknik nonfarmakologis dengan menganjurkan pasien untuk posisi

supine dan pasien mengikuti anjuran tersebut. **Pada pukul 10.30** mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam bila merasakan nyeri. **Pada pukul 12.00** memberikan obat pragesol 1gr sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan, **Pada pukul 13.00** mengontrol infus tetesan lancar tidak ada plebitis. **Pada pukul 16.00** mengobservasi TTV TD: 100/70mmHg, N: 80x/menit, Suhu: 36ºC, Rr: 20x/menit, **Pada pukul 18.00** mengontrol pasien makan habis 1 porsi, **Pada pukul 20.00** memberikan obat pragesol 1gr sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan, **Pada pukul 02.00** mengontrol pasien pasien tetap tertidur, mengontorl infus, tetesan lancar tidak ada plebitis **Pada pukul 05.00** mengobservasi TTV TD: 96/73mmHg, N: 88x/menit, Suhu: 36ºC, Rr: 20x/menit, **Pada pukul 05.15** memberikan obat pragesol 1gr sesuai program medis dengan hasil obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 6 mei 2021 pukul 06.00

Subjektif **:** pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang dianjurkan oleh perawat, pasien mengatakan skala nyeri .

Objektif **:** pasien tampak rileks, pasien tampak nyaman TTV TD: 100/70mmHg, N: 80x/menit, Suhu: 36ºC, Rr: 20x/menit.

Analisa **:** nyeri bagian abdomen sudah teratasi sebagian, tujuan tercapai sebagian

Perencanaan **:** lanjutkan semua intervensi

Pelaksanaan tanggal 6 Mei 2021

Pada pukul 08.30 mengkaji TTV TD: 116/74mmHg, N: 78x/menit, Suhu: 36,6ºC, Rr: 20x/menit, mengidentifikasi lokasi nyeri berada di luka post operasi, mengidentifikasi skala nyeri

dengan hasil skala nyeri 2, **Pada pukul 10.15** memberikan teknik nonfarmakologis dengan menganjurkan pasien untuk posisi supine dan pasien mengikuti anjuran tersebut. **Pada pukul 10.30** mengajarkan teknik nonfarmakologis yaitu mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam bila merasakan nyeri. **Pada pukul 12.00** memberikan obat pragesol 1gr sesuai program medis, hasilnya obat berhasil diberikan **Pada pukul 13.00** mengontrol infus tetesan lancar tidak ada plebitis. **Pada pukul 16.00** mengobservasi TTV TD: 120/72mmHg, N: 83x/menit, Suhu: 36ºC, Rr: 20x/menit, **Pada pukul 18.00** mengontrol pasien makan habis 1 porsi, **Pada pukul 20.00** memberikan obat pragesol 1gr sesuai program medis, hasilnya obat berhasil diberikan, **Pada pukul 02.00** mengontrol pasien pasien tetap tertidur, mengontorl infus, tetesan lancar tidak ada plebitis **Pada pukul 05.00** mengobservasi TTV TD: 100/73mmHg, N: 89x/menit, Suhu: 36ºC, Rr: 20x/menit, **Pada pukul 05.15** memberikan obat pragesol 1gr sesuai program medis, hasilnya obat berhasil diberikan.

Evaluasi keperawatan

Tanggal 7 mei 2021 pukul 06.00

Subjektif **:** pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang dianjurkan oleh perawat.

Objektif **:** pasien tampak rileks, pasien tampak nyaman.

Analisa **:** nyeri bagian abdomen sudah teratasi, tujuan tercapai.

Perencanaan **:** hentikan semua intervensi pasien pulang.

BAB IV
PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Dalam pengkajian penulis menemukan kesenjangan antara teori dengan kasus sebagai berikut:

Menurut (Doenges, 2012) pada bagian sirkulasi tanda dan gejalanya yaitu takikardia, takikardia pada kasus apendiksitis disebabkan oleh perforasi pada apendiks namun pada kasus pasien tidak di temukan takikardia karena nadi 91x/menit. Pada bagian eliminasi tanda dan gejalanya yaitu diare, distensi abdomen, dan kekakuan. Namun pada kasus tidak di temukan data-data diare, distensi abdomen, dan kekakuan. Pada bagian makanan atau cairan tanda dan gejalanya yaitu muntah, muntah pada kasus appendiksitis disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung namun pada kasus pasien tidak di temukan data muntah karena pasien mengatakan hanya mual tidak ada muntah. Pada bagian pernafasan yaitu takipnea dan pernafasan dangkal, Namun pada kasus tidak di temukan data-data takipnea dan pernafasan dangkal.

Pemeriksaan diagnostik menurut teori ada 3 diantaranya sel darah putih (SDP), urinalisis, dan foto abdomen. Pada kasus pasien pada pasien tetap dilakukan pemeriksaan diantaranya sel darah putih (SDP), urinalisis, dan foto abdomen tetapi ada tambahan pemeriksaan appendikogram dengan kesan appendicitis kronis

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu pasien Nn.S dan keluarga pasien sangat kooperatif, dan terbuka mengenai keluhan untuk data-data yang di butuhkan oleh penulis mengenai penyakit yang di alami oleh pasien. Data medical record yang lengkap, dan perawat ruangan yang membatu dalam mengumpulkan data.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu penulis sulit dalam membaca tulisan tangan dokter serta tulisan tangan beberapa perawat, sehingga dalam melengkapi data pengkajian pasien penulis sedikit mengalami kesulitan.

Solusinya penulis bertanya kepada perawat ruangan tentang tulisan apa yang ingin di baca oleh penulis agar tidak terjadi kesalahan.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut (Doenges, 2012), tedapat kesejangan anatar diagnosa teori dan kasus, diagnosa yang terdapat pada teori ada 4 tetapi tidak terdapat pada kasus diantaranya:

1. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah praoperasi, pembatasan pascaoperasi, status hipermetabolik, inflamasi peritonium dengan cairan asing. Namun pada kasus tidak di dapatkan data-data yang menunjang diagnosa tersebut seperti pasien tidak muntah praoperasi, tidak ada pembatasan pasca operasi, tidak ada peningkatan status hipermetabolik, dan tidak ada inflamasi peritonium dengan cairan asing.
2. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, tidak mengenal sumber informasi. Namun pada kasus tidak didapatkan data-data yang menunjang diagnosa tersebut karena pasien mengatakan mendapatkan informasi dari dokter, internet, dan perawat ruangan.

Penulis merumuskan diagnosa keperawatan yang ada pada kasus, tetapi tidak ada pada (Doenges, 2012) yaitu :

1. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan. Penulis merumuskan diagnosa tersebut hal ini dikarenakan pasien mengatakan takut, pasien merasa bingung. Pasien mengatakan takut kalau operasinya gagal, pasien tampak gelisah, pasien tampak tegang, muka pasien tampak pucat.

Faktor pendukung dalam melakukan penegakan diagnosa yaitu adanya referensi media cetak sehingga penulis dapat menggunakan referensi tersebut untuk mengangkat sebagai diagnosa keperawatan sesuai dengan referensi dan kasus yang ada.

Penulis tidak memiliki faktor penghambat dalam pembuatan diagnosa.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan prioritas pada kasus adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Hal ini dikarenakan penulis mengacu pada hirarki maslow yaitu kebutuhan rasa aman berdasarkan hasil data penunjang.

Rencana keperawatan yang terdapat pada teori (Doenges, 2012) tetapi tidak terdapat pada kasus yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan distensi jaringan usus oleh inflamasi, adanya insisi bedah. Di dalam teori terdapat 11 perencanaan, penulis hanya mengambil 9 intervensi dari teori sedangkan yang 3 lainnya tidak penulis ambil.
   a. Berikan aktivitas hiburan.
   b. Pertahankan puasa atau penghisapan NG pada awal. Karena pasien tidak terpasang NG.
   c. Berikan kantong es pada abdomen.

2. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, insisi bedah. Di dalam teori terdapat 7 perencanaan, penulis hanya mengambil 5 intervensi dari teori sedangkan yang 2 lainnya tidak penulis ambil.
   a. Ambil contoh drainase bila diindikasikan. Karena pasien tidak terpasang drainase.
   b. Bantu irigasi dan drainase bila diindikasikan. Karena pasien tidak terpasang drainase.

Rencana keperawatan yang terdapat pada kasus tetapi tidak terdapat di teori (Doenges, 2012) yaitu :

1. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan. Perencanaan yang di ambil sesuai dengan keadaan pasien meliputi Identifikasi saat tingkat ansietas berubah menjadi berat, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, latih rileksasi nafas dalam. Semua intervensi didapat dari (SDKI, 2018)

Faktor pendukung dalam melakukan penyusunan rencana yaitu adanya referensi media cetak sehingga penulis dapat menggunakan referensi tersebut untuk menyusun rencana keperawatan sesuai dengan referensi dan kasus yang ada.

Penulis tidak memiliki faktor penghambat dalam pembuatan perencanaan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah di buat pelaksanaan keperawatan pada pasien Nn.S dilakukan selama 3 hari yaitu pada tanggal 04 mei 2021 sampai dengan 06 mei 2021. Pelaksanaan keperawatan berjalan dengan baik karena ada sifat kooperatif dari pasien yang membantu untuk melakukan pelaksanaan sesuai dengan perencanaan yang di buat.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi.

   Penulis membuat rencana sebanyak 5 rencana keperawatan dan penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan. Rencana yang tidak dilakukan pada kasus seperti berikan aktivitas hiburan, pertahankan puasa atau penghisapan NG pada awal. Karena pasien tidak terpasang NG, berikan kantong es pada abdomen.

   .

2. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan

   Penulis membuat rencana sebanyak 3 rencana keperawatan dan penulis melakukan tindakan sesuai perencanaan.

3. Nyeri akut berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Penulis membuat rencana sebanyak 5 rencana keperawatan dan penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan. Rencana yang tidak dilakukan pada kasus seperti berikan aktivitas hiburan, pertahankan puasa atau penghisapan NG pada awal. Karena pasien tidak terpasang NG, berikan kantong es pada abdomen.

4. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

   Penulis membuat rencana sebanyak 3 rencana keperawatan dan penulis melakukan tindakan sesuai dengan perencanaan. Rencana yang tidak dilakukan pada kasus seperti Ambil contoh drainase bila diindikasikan. Karena pasien tidak terpasang drainase Bantu irigasi dan drainase bila diindikasikan. Karena pasien tidak terpasang drainase.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu adanya pasien yang kooperatif, bantuan dari perawat ruangan dan tim medis lainnya, sehingga terlaksana implementasi keperawatan sesuai dengan yang di rencanakan.

Faktor penghambat penulis dalam melakukan pelaksanaan adalah adanya keterbatasan waktu yang tersedia sehingga penulis tidak dapat melaksanakan selama 24 jam dikarenakan penulis bekerja secara shift.

Solusinya penulis mendelegasikan perencanaan keperawatan kepada perawat ruangan untuk melaksanakan perencanaan keperawatan yang sudah disusun lalu mendokumentasikan. Lalu penulis mencatat dan melihat tindakan keperawatan yang sudah dilakukan oleh perawat ruangan pada shift siang dan shift malam dikeesokan harinya dan dicatatan keperawatan.

E. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi keperawatan pada Nn.S penulis berpacu pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi yang dilakukan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lain yang dilakukan selama tiga hari yang mengacu pada tujan dan kriteria hasil yang di buat:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi.
   Setelah 3x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun, selama pasien dirawat 3 hari masalah teratasi, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nyeri berkurang. TD: 90/50mmHg, N: 63x/menit.
2. Ansietas berhubungan dengan takut mengalami kegagalan
   Setelah 1x30 menit di harapkan tingkat ansietas menurun, selamat pasien di rawat 1 hari masalah teratasi, tujuan tercapai dengan pasien mengatakan sudah tidak takut, tidak tampak tegang.
3. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif
   Setelah 2x24 jam di harapkan infeksi tidak terjadi, tujuan tercapai dengan pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri, luka operasi tidak tampak bengkak.
4. Nyeri akut berhubungan dengan efek prosedur invasif.
   Setelah 2x24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun, selama pasien dirawat 2 hari masalah teratasi, tujuan tercapai ditandai dengan pasien mengatakan nyeri berkurang. TD: 100/73mmHg, N: 89x/menit.

Faktor pendukung dalam melaksanakan evaluasi keperawatan adalah sikap pasien dan keluarga yang kooperatif kepada penulis, serta perawat ruangan yang selalu bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien Nn.S.

Faktor penghambat penulis dalam melakukan evaluasi adalah adanya keterbatasan waktu yang tersedia sehingga penulis tidak dapat mengevaluasi selama 24 jam dikarenakan penulis bekerja secara shift.

Solusinya penulis mendelegasikan evaluasi keperawatan kepada perawat ruangan untuk mengevaluasi rencanaan keperawatan yang sudah disusun dan mendokumentasikan. Lalu penulis mencatat dan melihat evaluasi keperawatan yang sudah dilakukan oleh perawat

ruangan pada shift siang dan shift malam dikeesokan harinya dan dicatatan keperawatan.

BAB V
PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan pengkajian pada pasien dengan apendisitis, didapatkan bahwa tidak semua tanda dan gejala yang terdapat pada teori dapat terjadi pada pasien. Hal ini dikarenakan kondisi pasien yang mentoleransi dan mekanisme koping pada setiap tubuh manusia berbeda-beda.

Diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada pasien dengan apendisitis ada 4 diagnosa yaitu nyeri akut, ansietas, risiko infeksi, nyeri akut. Namun diagnosa yang menjadi prioritas adalah nyeri akut karena pasien yang mengeluh nyeri pada abdomennya.

Perencanaan yang perlu diperhatikan pada pasien dengan apendisitis yaitu menkaji TTV pasien setiap 8 jam, mengidentifikasi nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, memberikan terapi obat pragesol 3x1gr/IV sesuai program medis.

Pelaksanaan keperawatan yang harus diperhatikan perawat untuk pasien apendisitis adalah berfokus untuk mengatasi rasa nyeri pasien. Keberhasilan pelaksanaan yang dilakukan tidak akan terjadi bila tidak ada kerja sama antara pasien dengan perawat. Maka dari itu sangat diharapkan adanya kolaborasi antara perawat, pasien, dan tim kesehatan lainnya.

Evaluasi dilakukan pada tahap akhir setelah dilakukan serangkaian implementasi. Evaluasi tersebut didapatkan dari perbandingan kriteria evaluasi yang telah di rencanakan dengan respon yang diberikan pasien selama implementasi. Pada evaluasi yang harus diperhatikan dan dicocokkan antara respon pasien dengan kriteria hasil apakah sudah tercapai dan sesuai kriteria hasil atau belum agar perawat dan tenaga medis lainnya dapat menentukan apakah intervensi tetap dilakukan, dimodifikasi, atau

dihentikan. Evaluasi yang perlu diperhatikan pada kasus adalah pasien mengatakan nyeri berkurang.

B. Saran

Saran bagi penulis atau perawat yang merawat pasien dengan apendisitis dan melihat adanya faktor penghambat.

1. Penulis harus lebih teliti lagi dalam mendokumentasikan hasil pendelegasian dari perawat ruangan.
2. Diharapkan penulis lebih bisa memahami konsep proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan. Sehingga dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis lebih maksimal lagi dengan cara membaca dari berbagai macam sumber dan perbanyak wawasan dari buku atau literature yang berkaitan dengan apendistis.
3. Penulis juga harus bisa komunikasi dengan perawat lainnya agar wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan dapat berkembang.

DAFTAR PUSTAKA

Black, M, J., PhD, RN, CPSN, CWCN, & FAPWACA. (2014). *keperawatan medikal bedah: manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan, edisi 8-buku2*. elsevier.

Dinarti, ratna aryani dkk. (2013). *Dokumentasi keperawatan*.

Doenges. (2012). *rencana asuhan keperawatan (pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien)*.

Kurniawati, Zainal, S., & H.Abd.Kadir. (2020). Kurniawati, Gambaran Tentang Kejadian Appendisitis Di Rs. Tk Ii Pelamonia Makassar. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis*, *15*(4), 371–377.

Nuranif, amin huda, & Kusuma, H. (2015). *Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda NIC-NOC* (revisi jil).

RI, D. (2012). *profil kesehatan provinsi jawa barat tahun 2012*.

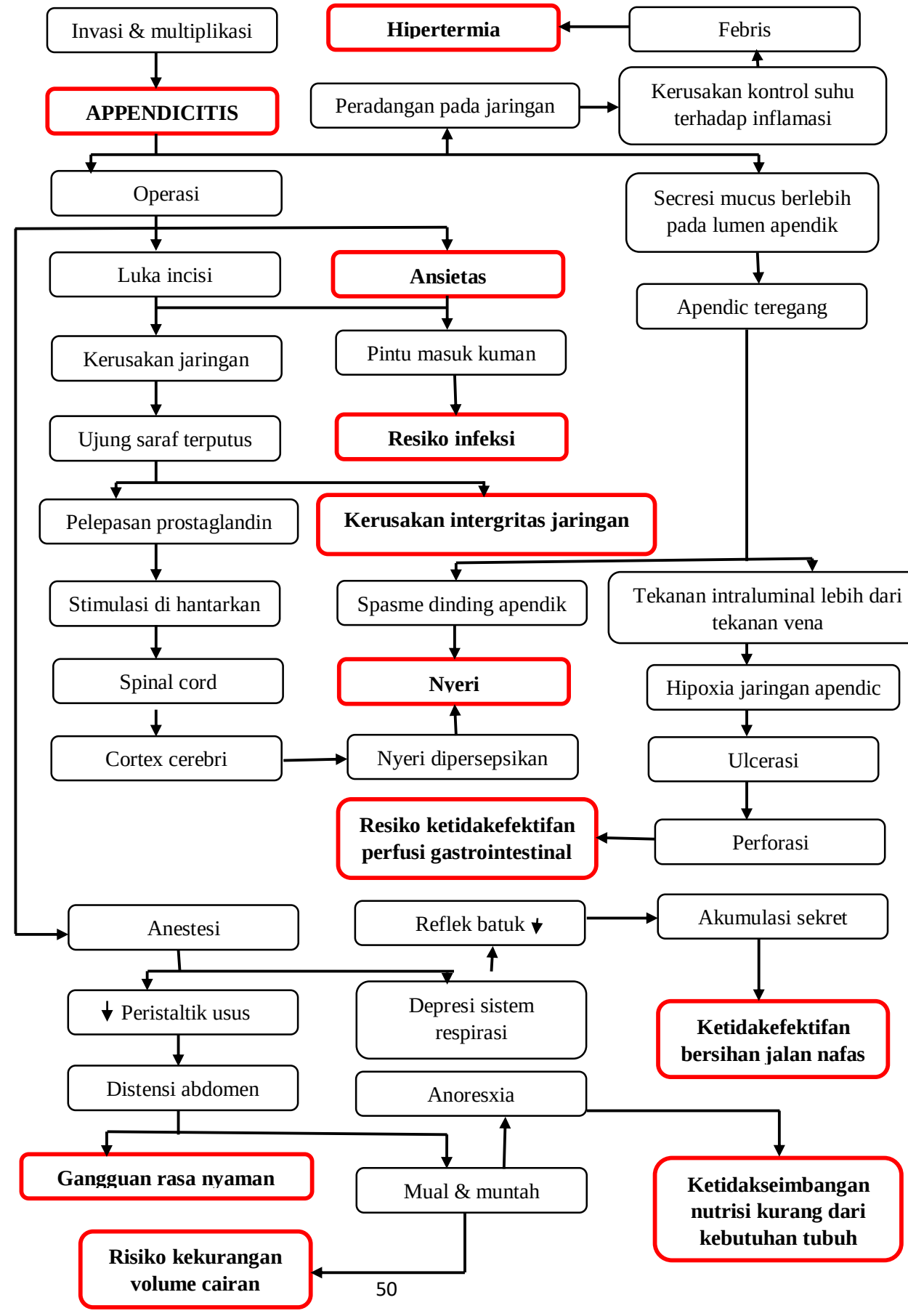
Sjamsuhidayat, & Jong, D. (2010). *Buku ajar ilmu bedah* (3rd ed.).

Suddarth, B. (2019). keperawatan medikal bedah, ed 12. In *keperawatan medikal bedah, ed 12* (pp. 57–58). buku kedokteran EGC.

Sulekale. (2016). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Kasus Appedisitis di Rumah Sakit Santa Anna Kendari*.

Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Wijaya, A. S., & Yessie Mariza Putri. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.

LAMPIRAN

Patoflowdiagram (Nuranif & Kusuma, 2015)