

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN : POST APPENDIKTOMI POD 1
DI RUANGAN TOPAZ RSUD Dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Di STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

RAYSA LUTFI OCTARINA
NIM : KHGA20120



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST
APPENDIKTOMI POD 1 DI RUANGAN TOPAZ
RSUD Dr. SLAMET GARUT

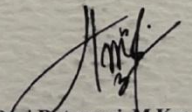
NAMA : RAYSA LUTFI OCTARINA

NIM : KHGA20120

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan
Tim Penguji Program Studi D – III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2023
Pembimbing



Dewi Ratnasari, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST
APPENDIKTOMI POD 1 DI RUANGAN TOPAZ
RSUD Dr. SLAMET GARUT**

NAMA : RAYSA LUTFI OCTARINA

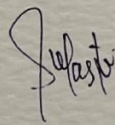
NIM : KHGA20120

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan Dan Dipertanggung Jawabkan Di
Tim Penguji Program Studi D – III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

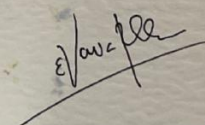
Garut, Juli 2023
Menyetujui,

Penguji I



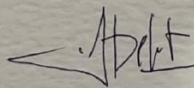
Sulastini, M.Kep.

Penguji II



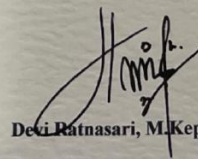
Eldessa Vavarilla, M.Kep.

Mengetahui,
Ketua Program Studi D III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Mengesahkan,
Pembimbing



Dewi Ratnasari, M.Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST APPENDIKTOMI POD 1 DI RUANGAN TOPAZ RSUD Dr. SLAMET GARUT

RAYSA LUTFI OCTARINA
NIM : KHGA20120

IV Bab, 60 Halaman, 17 Tabel, 1 Bagan, 1 Lampiran

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi Hari Ke-1 Di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut. Appendisitis merupakan penyakit yang menjadi perhatian oleh karena angka kejadian appendisitis tinggi di setiap negara. Jumlah penderita appendisitis dari catatan rekam medik RSUD Dr. Slamet di ruang Topaz pada rentang waktu bulan Januari sampai Juni 2023 menduduki urutan ke dua yaitu sebanyak 73 penderita. Appendisitis yang tidak segera ditangani akan menimbulkan komplikasi seperti perforasi. Karya Tulis ini bertujuan agar penulis mendapat pengalaman dan gambaran secara nyata sejauh mana penulis mampu memberikan asuhan keperawatan Pada Tn. E Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi. Metode yang digunakan dalam karya tulis ini adalah deskriptif kualitatif berupa studi kasus dengan teknik pengumpulan data, dan pemeriksaan fisik, studi kepustakaan, dan serta partisipasi aktif. Masalah yang muncul pada Tn. E dengan appendicitis diantaranya nyeri akut, resiko infeksi dan resiko defisit nutrisi. Tindakan keperawatan yang dilakukan disesuaikan dengan masalah keperawatan dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan. Hasil dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. E menunjukkan seluruh tindakan keperawatan yang dilakukan dapat mengurangi atau mengatasi masalah keperawatan yang muncul karena Tn. E dan keluarga kooperatif, bekerja sama dengan perawat ruangan dengan baik, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan hampir seluruhnya berjalan sesuai dengan rencana dan tujuan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Sistem Pencernaan, Post Appendiktomi
Daftar Pustaka : 14 Buah (2018-2023)

ABSTRACT

NURSING CARE FOR Tn. E WITH DIGESTIVE SYSTEM DISORDERS : POST APPENDECTOMY POD 1 IN THE TOPAZ ROOM OF Dr. SLAMET GARUT HOSPITAL

RAYSA LUTFI OCTARINA
NIM : KHGA20120

IV Chapters, 60 Pages, 17 Tables, 1 Schematic, 1 Attachment

This scientific paper is entitled Nursing Care for Tn. E with Digestive System Disorders: Post Appendectomy Day 1 in the Topaz Room at Dr. Slamet Garut Hospital. Appendicitis is a disease that is of concern because the incidence of appendicitis is high in every country. The number of appendicitis patients from the medical records of RSUD Dr. Slamet in the Topaz room in the span of January to June 2023 ranked second, namely 73 patients. Appendicitis that is not immediately managed will cause complications such as perforation. This paper aims for the author to gain experience and a real picture of the extent to which the author is able to provide nursing care to Tn. E with digestive system disorders: Post Appendectomy. The method used in this paper is descriptive qualitative in the form of a case study with data collection techniques, and physical examination, literature study, and active participation. Problems that arise in Tn. E with appendicitis include acute pain, risk of infection and risk of nutritional deficits. Nursing actions taken are tailored to nursing problems by referring to the goals and objectives that have been set. The results of the implementation of nursing care on Tn. E shows that all nursing actions taken can reduce or overcome nursing problems that arise because Tn. E and family are cooperative, cooperate with the room nurse well, so that the implementation of nursing care almost entirely goes according to plan and purpose.

Keywords : Nursing Care, Digestive System, Post Appendectomy
Bibliography : 14 Pieces (2018-2023)

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamualaikum wr. wb

Dengan memanjatkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, sholawat serta salam yang senantiasa dilimpah curahkan kepada jungjunan kita Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segala rahmat dan karunianya akhirnya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST APPENDIKTOMI POD 1 DI RUANGAN TOPAZ RSUD Dr. SLAMET GARUT ”**.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Pendidikan Program Studi DIII-Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menyadari bahwa sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Devi Ratnasari, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Sulastini, M.Kep., selaku Penguji I dalam sidang Karya Tulis Ilmiah.
7. Bapak Eldessa Vava Rilla, M.Kep., selaku Penguji II dalam sidang Karya Tulis

Ilmiah.

8. Seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut terutama Program Studi DIII Keperawatan yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti pendidikan.
9. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
10. Seluruh staf dan CI Ruangan Topaz RSUD Dr. SLAMET GARUT yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melakukan asuhan keperawatan.
11. Tn. E selaku pasien, yang sudah sangat kooperatif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
12. Bundahara dan Papski tercinta Ibu Irma Suryani dan Bapak Kunarso yang telah memberikan banyak sekali do'a, perhatian serta dukungan moril maupun materil. yang selalu menjadi support system serta menjadi alasan utama bagi penulis dalam menyelesaikan perkuliahan hingga sampai pada tahap akhir pembuatan karya tulis ilmiah ini.
13. Kepada Nenek tercinta yaitu Ibu H. Titi Sunarti yang telah memberikan banyak sekali do'a, yang selalu menjadi support system serta menjadi alasan utama bagi penulis dalam menyelesaikan perkuliahan hingga sampai pada tahap akhir pembuatan karya tulis ilmiah ini.
14. Kepada diri saya sendiri yaitu Raysa Lutfi Octarina yang sudah bisa bertahan sejauh ini, dan terus melanjutkan penulisan karya tulis ilmiah sehingga dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
15. Kepada Ade Ariel terima kasih telah menjadi best patner dalam menyelesaikan tugas akhir penulis, terima kasih atas dukungan, motivasi, waktu materi dan segalanya yang telah diberikan bahkan selalu bersedia jadi manusia pertama yang paling direpotkan.
16. Kepada keluarga tulip yaitu Tasya, Nurhaliza, Yulia, Nurul, Amel, Jihan, Ridwan, Wildan dan Rafli selaku sahabat terbaik penulis, yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam pembuatan karya tulis ilmiah serta memberikan banyak moment kebersamaan selama perkuliahan yang tidak akan

pernah terlupakan oleh penulis.

17. Kepada bocil sukadana yaitu Nдох, Otoh, Jawa, Ncung, Kentung, Depuh selaku sahabat terbaik penulis, terima kasih kalian sudah menjadi teman yang selalu ada disaat sedih maupun bahagia. Terima kasih juga sudah menjadi teman curhat, teman gila-gilaan, dan semoga moment kenangan di setiap waktunya.
18. Untuk Mang Asep Imam, Agni Azimatu, Mita Nuraeni, Abdul Tulus, Akbar Dwi, Azka Arya, Rayhan Faza, Syakira Maulana selaku saudara dan sahabat terbaik penulis, yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan dalam pembuatan karya tulis ilmiah.
19. Seluruh rekan-rekan D-III Keperawatan terutama kelas C dengan berbagai macam karakter, sifat sehingga memberi pelajaran dan kebersamaan yang tidak akan pernah terlupakan oleh penulis.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini bisa bermanfaat khususnya bagi penulis dan umumnya bagi semua pihak serta mendapatkan keridhoan-Nya. Akhir kata penulis berharap semoga amal baik dari berbagai pihak senantiasa mendapatkan balasan yang berlipat dari Allah SWT. Aamiin.

Garut, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Metode Telaah.....	5
D. Sistematika Penulisan	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	9
A. Konsep Dasar Penyakit	9
1. Pengertian	9
2. Etiologi.....	10
3. Patofisiologi	10
4. Pathway.....	12
5. Manifestasi Klinis	13
6. Komplikasi.....	13
7. Penatalaksanaan	15
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	16
1. Pengkajian.....	16
2. Analisa Data.....	22
3. Diagnosa Keperawatan	23
4. Intervensi Keperawatan.....	24
5. Implementasi Keperawatan.....	32
6. Evaluasi.....	32
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	34
A. Tinjauan kasus.....	34
1. Pengkajian.....	34
2. Diagnosa Keperawatan	43
3. Perencanaan Keperawatan	45
4. Implementasi dan Evaluasi	48
B. Pembahasan.....	53
1. Pengkajian.....	53
2. Diagnosa Keperawatan	54
3. Intervensi Keperawatan.....	55
4. Implementasi Keperawatan.....	57
5. Evaluasi.....	57
BAB IV PENUTUP.....	58
A. Kesimpulan	58
B. Rekomendasi.....	59
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Diagnosa Penyakit dari bulan Januari-Juni 2023	3
Tabel 2. 1 Analisa Data	22
Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan nyeri akut.....	25
Tabel 2. 3 Intervensi keperawatan resiko infeksi	26
Tabel 2. 4 Intervensi keperawatan defisit nutrisi.....	27
Tabel 2. 5 Intervensi keperawatan ansietas	28
Tabel 2. 6 Intervensi keperawatan gangguan mobilitas fisik	29
Tabel 2. 7 Intervensi keperawatan gangguan integritas kulit	30
Tabel 3. 1 Aktivitas Hidup Sehari-hari Tn. E	40
Tabel 3. 2 Hasil pemeriksaan laboratorium.....	41
Tabel 3. 3 Terapi yang diberikan	42
Tabel 3. 4 Analisa data	42
Tabel 3. 5 Perencanaan keperawatan pada Tn. E	45
Tabel 3. 6 Implementasi dan evaluasi keperawatan pada Tn. E.....	48
Tabel 3. 7 Catatan perkembangan hari ke-1	50
Tabel 3. 8 Catatan perkembangan hari ke-2	51
Tabel 3. 9 Catatan perkembangan hari ke-3	52

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway Apendisitis.....	12
-------------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Era Teknologi Informasi dan globalisasi saat ini membawa banyak perubahan dalam kehidupan masyarakat, antara lain adalah perubahan gaya hidup terutama pada pola makan (Stang dalam Novita, 2017). Pergeseran pola konsumsi pada masyarakat dipengaruhi oleh perkembangan jumlah dan jenis makanan. Masyarakat dengan kesibukan bekerja atau berkegiatan yang dilakukan setiap hari menyebabkan mereka tidak memiliki banyak waktu untuk memasak makanan sendiri. Hal tersebut menyebabkan masyarakat banyak yang beralih mengonsumsi makanan cepat saji. Makanan cepat saji menjadi pilihan karena menurut sebagian masyarakat dengan harga yang cukup terjangkau serta pengolahan yang praktis mereka sudah dapat menikmati makanan yang lezat rasanya (Goleman, And Others , 2019).

Junk food yang dikonsumsi secara berlebihan dapat menimbulkan berbagai gangguan kesehatan, seperti obesitas (kegemukan), diabetes (kencing manis), hipertensi (tekanan darah tinggi), aterosklerosis (pengerasan pembuluh darah), penyakit jantung koroner, usus buntu (appendisitis), stroke, kanker dan lain-lain (Ariska & Ali, 2019).

Appendisitis merupakan penyakit yang menjadi perhatian oleh karena angka kejadian appendisitis tinggi di setiap negara. Resiko perkembangan appendisitis bisa seumur hidup sehingga memerlukan tindakan pembedahan. Appendisitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari

satu tahun jarang dilaporkan. Insiden tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun, setelah itu menurun. Insiden pada laki-laki dan perempuan umumnya sebanding, kecuali pada umur 20-30 tahun insiden laki-laki lebih tinggi (Sjamsuhidajat & De Jong, 2016).

Keluhan Appendisitis biasanya bermula dari nyeri di daerah umbilikus atau periumbilikus yang disertai dengan muntah. Dalam 2-12 jam nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan. Terdapat juga keluhan anoreksia, malaise, dan demam yang tidak terlalu tinggi. Biasanya juga terdapat konstipasi, tetapi kadang-kadang terjadi diare, mual, dan muntah. Pada permulaan timbulnya penyakit belum ada keluhan abdomen yang menetap. Namun dalam beberapa jam nyeri abdomen bawah akan semakin progresif, dan dengan pemeriksaan seksama akan dapat ditunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Perkusi ringan pada kuadran kanan bawah dapat membantu menentukan lokasi nyeri. Nyeri lepas dan spasme biasanya juga muncul (Mansjoer, 2017).

Appendisitis yang tidak segera ditatalaksana akan menimbulkan komplikasi. Salah satu komplikasi yang paling membahayakan adalah perforasi. Perforasi terjadi 24 jam setelah timbul nyeri. Gejalanya mencakup demam dengan suhu $37,7^{\circ}\text{C}$ atau lebih tinggi, dan nyeri abdomen atau nyeri tekan abdomen yang kontinyu (Ridwan, 2019). *World Health Organization (WHO)* menyebutkan insiden appendisitis di dunia tahun 2019 mencapai 7% dari keseluruhan jumlah penduduk dunia (Ambarwati, 2017). Di Asia insidensi appendisitis pada tahun 2013 adalah 4,8% penduduk dari total populasi.

Sedangkan dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia pada tahun 2013 jumlah penderita appendisitis di Indonesia mencapai 591.819 orang dan meningkat pada tahun 2014 sebesar 596.132 orang (Soewito, 2017).

Berdasarkan data DEPKES RI jumlah pasien yang menderita penyakit appendisitis berjumlah sekitar 26% dari jumlah penduduk di Kalimantan Timur (Anas, Kadrianti, E., 2018).

Berdasarkan data dari RSUD Dr. Slamet Garut Jumlah pasien Appendisitis yang sudah ada dari bulan Januari 2023 sampai saat ini terdapat pada tabel berikut

Tabel 1. 1
Diagnosa Penyakit dari bulan Januari-Juni 2023

No	Diagnosa Penyakit	Jumlah
1.	Hernia	80
2.	Appendisitis	73
3.	Bph	66
4.	Ileus	56
5.	Tumor	48
6.	Hemoroid	36
7.	Mild HI	30
8.	Fasifis necrotican	27
9.	Vasocolithiasis	25
10.	Thonsil	23

Sumber : Rekam Medik RSUD Dr. Slamet Garut

Dari data diatas menunjukkan bahwa jumlah penderita appendisitis dari catatan rekam medik RSUD dr. Slamet di ruang Topaz pada rentang waktu bulan Januari sampai Juni 2023 menduduki urutan ke dua yaitu sebanyak 73 penderita. Dampak dari appendisitis terhadap kebutuhan dasar manusia diantaranya kebutuhan dasar cairan, karena penderita mengalami demam tinggi sehingga pemenuhan cairan berkurang. Kebutuhan dasar nutrisi berkurang karena pasien appendisitis mengalami mual, muntah, dan tidak nafsu makan.

Kebutuhan rasa nyaman penderita mengalami nyeri pada abdomen karena peradangan yang dialami dan personal hygiene terganggu karena penderita mengalami kelemahan. Kebutuhan rasa aman, penderita mengalami kecemasan karena penyakit yang di deritanya dan bila tidak terawat, angka kematian cukup tinggi dikarenakan oleh peritonitis dan syok ketika umbai cacing yang terinfeksi hancur (Elizabeth J. Corwin, 2019).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan mengambil kasus yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. E Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 Di Ruang Topaz RSUD Dr. Slamet Garut”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengetahuan, keterampilan, wawasan serta pengalaman yang nyata dalam melaksanakan dan memberikan Asuhan Keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek Bio, Psikologi, Sosial dan Spiritual kepada klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan.

2. Tujuan Khusus

Setelah memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan Penulis

- a. Mampu melaksanakan pengkajian fisik dan mental secara komprehensif pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 di R.Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.

- b. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan yang timbul pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 di R.Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Mampu menyusun rencana Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 di R.Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana yang ditetapkan pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 di R.Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Tn.E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 di R.Topaz RSUD Dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaah

Dalam penulisan Studi Kasus ini, penulis menggunakan metode deskriptif yang berupa laporan kasus asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan yang komprehensif. Adapun Teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh penulisan adalah sebagai berikut :

1. Wawancara

Biasa juga disebut anamnesa, adalah menanyakan atau tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi pasien dan merupakan suatu komunikasi yang di rencanakan. Dalam berkomunikasi ini perawat mengajak pasien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan yang di istilahkan dengan Teknik komunikasi teurapetik.

2. Observasi

Observasi adalah Teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui tatap muka dan tanya jawab antara perawat dan pasien. Data yang di kumpulkan melalui observasi yaitu dengan cara melihat atau mengamati langsung keadaan pasien baik yang adaptif maupun maladaptif.

3. Pemeriksaan Fisik

Hal-hal yang dilakukan pada pemeriksaan fisik ini diantaranya memeriksakan tanda-tanda vital dan keadaan umum, sehingga didapatkan data dari pasien yang bisa menimbulkan masalah Kesehatan atau keperawatan pada pasien.

4. Studi Dokumentasi

Data yang diperoleh penulis dari rekam medik atau buku status pasien berupa data-data dan catatan yang berhubungan dengan Asuhan Keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Penulis mempelajari buku-buku dari bahan perpustakaan isntitusi maupun dari internet untuk mendapatkan teori yang berhubungan dengan kasus yang diambil.

6. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif yaitu penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan secara langsung dengan bimbingan petugas kesehatan lain.

D. Sistematika Penulisan

Untuk memudahkan penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

1. Bab I Pendahuluan, bab ini membahas mengenai latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan dan sistematika penulisan.
2. Bab II Tinjauan Teoritis, bab ini membahas tentang teori-teori yang berhubungan dengan judul di atas yang dapat dijadikan acuan pada waktu pembahasan, terdiri dari konsep dasar penyakit, definisi, etiologi, manifestasi klinis, pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.
3. Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan, dalam bab ini dijelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan secara nyata di lapangan melalui tahap pengkajian, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan pada klien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 di R.Topaz RSUD Dr. Slamet Garut. Sedangkan dalam pembahasannya berisi tentang kesenjangan yang ditemukan dandi bandingkan antara pendekatan teoritis dengan pelaksanaan langsung pada kasus serta masalahnya.
4. Bab IV Kesimpulan dan Rekomendasi, dalam bab ini berisikan tentang kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan

dan rekomendasi yang bersifat membangun terhadap kesimpulan untuk perbaikan selanjutnya.

5. Daftar Pustaka

6. Lampiran

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Apendisitis merupakan radang pada appendiks dan lebih dikenal dengan radang usus buntu yang dapat menyerang semua umur baik laki-laki atau pun perempuan sehingga menyebabkan nyeri abdomen yang dapat mengganggu aktifitas sehari-hari dan salah satu tindakan yang harus ditempuh adalah dengan appendiktomi (Rahayu, Emelia, & Loviana, 2021).

Apendisitis merupakan peradangan appendiks vermiformis yang disebabkan oleh adanya sumbatan berupa fekalit atau infeksi dan menjadi penyebab terbanyak kasus akut abdomen yang terjadi. Akut abdomen memerlukan tindakan kegawatdaruratan, banyak kasus apendisitis di Indonesia yang memerlukan tindakan yang cepat dan tepat untuk mencegah perforasi karena hampir 1/3 kasus apendisitis pada anak mengalami perforasi (Finansyah, Prastya, & Nadila, 2020).

Apendisitis adalah peradangan dari appendiks veriformis dan merupakan penyebab abdomen akut. Apendisitis merupakan masalah yang serius yang harus dicegah sedini mungkin dan salah satu cara untuk menyembuhkan apendisitis adalah dengan appendiktomi atau bedah mayor pada appendiks (Erianto, Siswandi, & Sukulima, 2020).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa apendisitis adalah radang pada apendiks yang menyebabkan nyeri abdomen serta salah satu pengobatan yang paling sering dilakukan adalah dengan appendiktomi.

2. Etiologi

Apendisitis disebabkan karena adanya obstruksi pada lumen apendiks sehingga terjadi kongesti vaskuler, iskemik nekrosis dan akibatnya terjadi infeksi. Apendisitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Penyebab obstruksi yang paling sering adalah fekolit. Fecolith ditemukan pada sekitar 20% anak dengan apendisitis. Penyebab lain dari obstruksi usus buntu Hiperplasia Folikel Limfoid Karsinoid atau tumor lainnya benda asing (biji-bijian) kadang parasit. Penyebab lain yang diduga menimbulkan Apendisitis adalah ulserasi mukosa apendiks oleh parasit *E. Histolytica* (Daud, 2015).

3. Patofisiologi

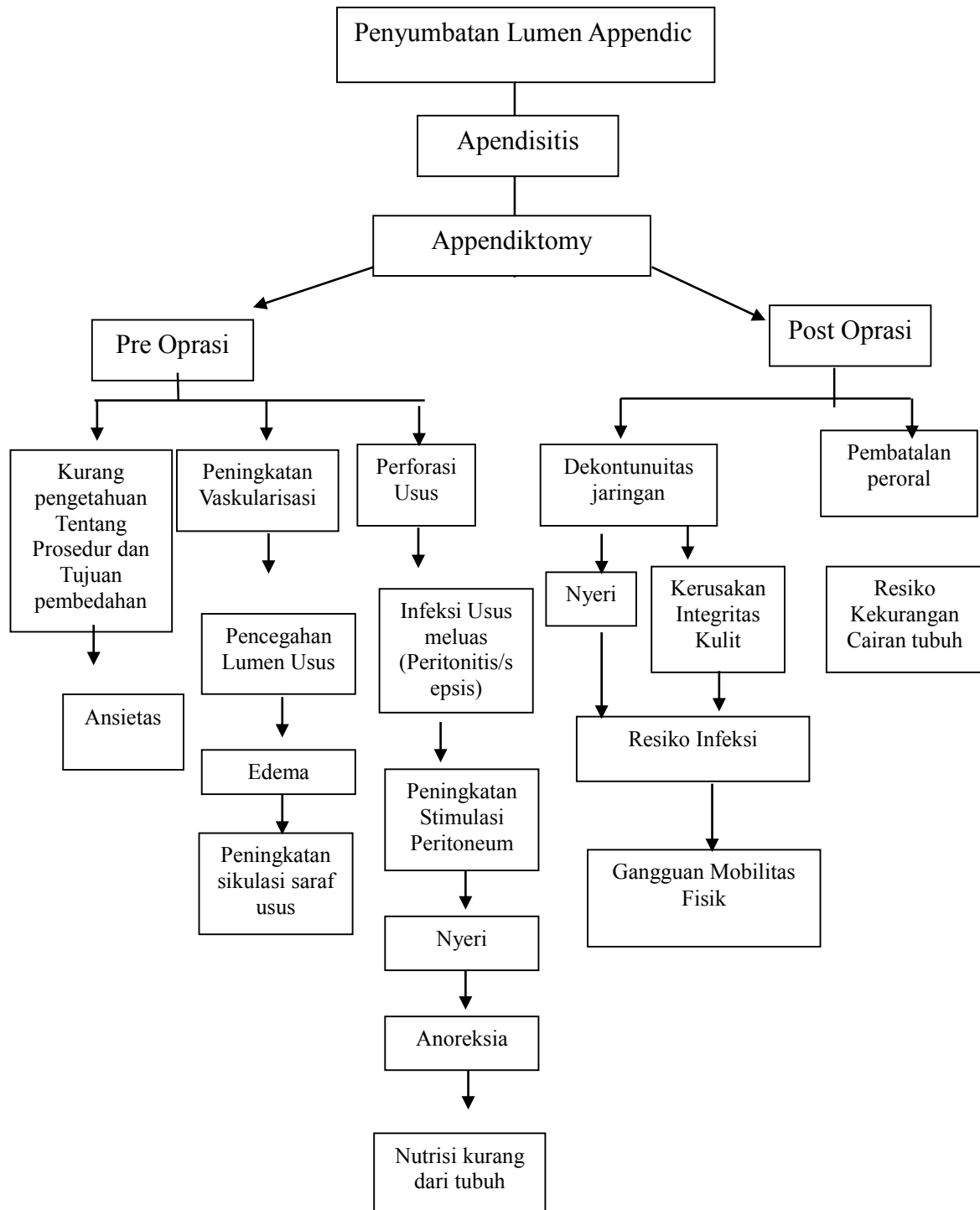
Apendisitis adalah radang pada apendiks biasanya disebabkan oleh sumbatan pada lumen apendiks. Sumbatan ini dapat berasal dari apendikolit (batu apendiks) atau beberapa etiologi mekanis lainnya. Tumor apendiks seperti tumor karsinoid, adenokarsinoma apendiks, parasit usus, dan jaringan limfatik yang mengalami hipertrofi semuanya diketahui sebagai penyebab obstruksi apendiks dan apendisitis. Obstruksi menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal dan intramural, mengakibatkan oklusi pembuluh darah kecil dan stasis limfatik. Ketika terjadi sumbatan, apendiks

terisi dengan mukus dan menjadi distensi, dan saat terjadi gangguan limfatik dan vaskular, dinding apendiks menjadi iskemik dan nekrotik. Pertumbuhan berlebih bakteri akan terjadi pada apendiks yang terobstruksi, dengan organisme aerob mendominasi pada apendisitis awal dan campuran aerob dan anaerob di apendisitis lanjut.

Setelah peradangan dan nekrosis yang signifikan terjadi, apendiks berisiko mengalami perforasi, menyebabkan abses lokal dan terkadang peritonitis. Perforasi bebas akan mengotori rongga intraperitoneal dengan nanah atau feses. Perforasi juga dapat tertutup oleh jaringan lunak di sekitarnya (omentum, mesenterium, atau usus), sehingga mengarah pada perkembangan massa jaringan lunak inflamasi yang menutupi apendiks yang meradang disertai nanah ataupun masa tanpa nanah (phlegmon). Apendisitis muncul sebagai nyeri perut umum atau periumbilikal awal yang terlokalisasi di kuadran kanan bawah (Indrawijaya, Inayatillah, & Wiraningtyas, 2020).

4. Pathway

Bagan 2. 1 Pathway Apendisitis



5. Manifestasi Klinis

Wedjo (2019), menyatakan pada apendisitis nyeri terasa pada abdomen kuadran bawah dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Nyeri tekan lokal pada titik Mc. Burney bila dilakukan tekanan. Nyeri tekan lepas mungkin akan dijumpai. Derajat nyeri tekan, spasme otot, dan apakah terdapat konstipasi atau diare tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi apendiks. Bila apendiks melingkar di belakang sekum, nyeri dan nyeri tekan dapat terasa di daerah lumbal, bila ujungnya ada pada pelvis, tanda-tanda ini hanya dapat diketahui pada pemeriksaan rektal.

6. Komplikasi

Komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan apendisitis. Adapun jenis komplikasi menurut (Sulekale, 2016) adalah :

- a) Abses merupakan peradangan apendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mulamula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi apabila apendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum. Operasi appendiktomi untuk kondisi abses apendiks dapat dilakukan secara dini (appendiktomi dini) maupun tertunda (appendiktomi interval). Appendiktomi dini merupakan appendiktomi yang dilakukan segera atau beberapa hari setelah kedatangan klien di rumah sakit. Sedangkan appendiktomi interval

merupakan appendiktomi yang dilakukan setelah terapi konservatif awal, berupa pemberian antibiotika intravena selama beberapa minggu.

- b) 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 operasi untuk memperbaiki perforasi, mengatasi sumber infeksi, atau dalam beberapa kasus mengangkat bagian dari organ yang terpengaruh.
- c) 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.

7. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan Medis

- a) 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 difuse. Rejimen antibiotik empiris adalah Amoksisilin/klavulanat 1,2–2,2 g 6 jam atau ceftriazone 2 g 24 jam + metronidazole 500 mg 6 jam atau cefotaxime 2 g 8 jam + metronidazole 500 mg 6 jam.
- b) Appendiktomi melalui laparotomi terbuka pada insisi kuadran kanan bawah minimal atau melalui laparoskopi merupakan pengobatan standar dari apendisitis akut. Appendiktomi 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.
- c) Appendiktomi dini adalah penatalaksanaan terbaik pada apendisitis yang rumit. Sebaiknya tidak menunda appendiktomi untuk pasien anak dengan apendisitis akut tanpa komplikasi yang membutuhkan pembedahan lebih dari 24 jam sejak masuk. Appendiktomi dini dalam 8 jam harus dilakukan pada kasus apendisitis yang rumit (Mayasari & Cruz, 2022).

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Appendiktomi merupakan pembedahan apendiks yang dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi. Pembedahan itu memberikan efek nyeri pada pasien sehingga memerlukan penanganan khusus. Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan baik ringan, sedang, maupun berat. Terjadinya resiko infeksi dan lainnya. Peran perawat yaitu memberikan asuhan keperawatan bio-psio-sosio-spiritual (Nurlina, Srirahmawati, & Subagja, 2022).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Kosep dasar asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus menerus serta berkesinambungan dalam pemecahan masalah kesehatan pasien, dimulai dari (pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah), diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya sehingga pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat. Pengkajian keperawatan pada pasien dengan post operasi Appendiktomi meliputi anamnesa, pemeriksaan fisik, pengkajian diagnostik, dan pengkajian penatalaksanaan medik. Pada anamnesa keluhan utama yang kemungkinan besar muncul pada pasien post operasi Appendiktomi adalah nyeri. Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan pendekatan PQRST, dimana pendekatan ini mampu membantu perawat dalam menentukan rencana atau intervensi keperawatan. Komponen-komponen dalam pengkajian diantaranya :

1) Pengumpulan data

a. Biodata

Biodata berupa nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor medrec, diagnosa medis dan alamat.

b. Pasien dengan post Appendiktomi mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan dengan teknik PQRST.

P : Provokatif atau paliatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada post Appendiktomi nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang saat pasien beristirahat.

Q : Kualitas atau kuantitas. Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan pasien. Pada pasien post Appendiktomi biasanya merasakan nyeri seperti ditekan-tekan, panas, perih seperti kesemutan.

R : Region/area radiasi. Dimana saja gejala nyeri dirasakan timbul. Nyeri post Appendiktomi dirasakan di daerah luka operasi, yaitu di abdomen/perut.

S : Severity/skala. Seberapa berat nyeri yang dirasakan dan apakah nyeri mengganggu aktivitas atau tidak. Nyeri post Appendiktomi biasanya memiliki skala 4-5 (1-10).

T : Time/waktu. Kapan nyeri timbul, seberapa sering nyeri tersebut timbul dan apakah nyeri dirasakan bertahap atau tiba-tiba. Saat post Appendiktomi nyeri bisa dirasakan hilang timbul (Rulino, 2021).

2) Riwayat Kesehatan sekarang

Riwayat Kesehatan sekarang adalah data yang diperoleh pada saat dilakukan pengkajian, biasanya pada pasien appendiktomi pasien mengeluh nyeri dibagian perut kanan bawah, demam, dan mual muntah disertai gangguan rasa nyaman.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Perlu dikaji adanya riwayat gangguan saluran pencernaan pada masa lalu seperti diare, dyspepsia, gangguan lambung, usus, hati, pankreas, dan sebagainya. Tanyakan apakah pasien pernah sampai dirawat di rumah sakit, berapa lama, dan pulang dengan status apa (sembuh, APS, dirujuk, dan sebagainya). Riwayat pembedahan juga perlu dikaji baik pembedahan abdomen atau sistem yang lain. Adanya fluktuasi berat badan juga perlu diperhatikan untuk dikaji, karena berat badan sering menjadi parameter utama gangguan saluran pencernaan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga perlu dikaji secara hati-hati namun detail, karena banyak penyakit saluran pencernaan terjadi akibat pola kebiasaan pada keluarga yang kurang baik seperti penyiapan dan

penyimpanan makanan, pola diet keluarga, dan bahkan pola sanitasi keluarga yang kurang seperti cuci tangan, tempat BAB, dan pola memasak makanan.

5) Pola Aktivitas sehari – hari

a. Pola nutrisi

Pola nutrisi yang harus dikaji meliputi frekuensi, jenis makan minum, porsi makan minum, dan keluhan saat makan atau setelah makan seperti mual dan muntah. Kemudian kaji pola kebiasaan makan makanan yang rendah serat karena makan rendah serat merupakan faktor pencetus terjadinya apendiksitis.

b. Pola eliminasi

Pada pasien post operasi biasanya susah BAB atau susah flatus karena pengaruh dari anastesi yang menurunkan peristaltik usus.

c. Pola istirahat tidur

Pada pola istirahat tidur yang perlu dikaji adalah frekuensi periode istirahat dan jumlah jam tidur serta kualitas tidur, kaji adanya gangguan pemenuhan kebutuhan tidur, karena biasanya pada pasien dengan post operasi nyeri yang dirasakan dapat menimbulkan gangguan pada pola istirahat tidur.

d. Pola personal hygiene

Pada pola personal hygiene yang perlu dikaji adalah kemampuan pasien perawatan diri seperti mandi, gosok gigi, keramas, gunting

kuku dan lain-lain. Pada pasien post operasi biasanya tidak mampu melakukan sendiri karena nyeri yang dirasakan.

e. Pola aktivitas

Pada pola aktivitas apakah pasien melakukan tugas secara mandiri atau dibantu oleh keluarga ataupun perawat, pada pasien dengan post operasi biasanya dengan adanya nyeri pola aktivitas dibantu.

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan biasanya menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

a. Keadaan Umum

Bagaimana keadaan pasien, apakah : letih, lemah atau berat.

b. Tanda vital

Bagaimana suhu, respirasi, nadi, tekanan darah. Pada pasien appendiktomi biasanya ada peningkatan tekanan darah dan denyut nadi sebagai respon dari nyeri post operasi.

c. Pemeriksaan persistem

(1) Sistem Pernapasan Pasien post Appendiktomi biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (takipnea) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa jadi diakibatkan karena nyeri.

(2) Sistem Kardiovaskuler Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri post operasi

(3) Sistem Pencernaan Terdapat luka post Appendiktomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Pasien post

Appendiktomi biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual.

- (4) Sistem Genitourinaria Penurunan jumlah output urine dapat terjadi pada pasien post operasi laparatomi eksplorasi. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral pada awal post operasi laparatomi (biasanya pasien dipuasakan).
- (5) Sistem Endokrin Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya pasien post Appendiktomi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin.
- (6) Sistem Persarafan Mengkaji tingkat kesadaran pasien, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada pasien post Appendiktomi pasien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan.
- (7) Sistem Integumen Adanya luka post Appendiktomi pada abdomen. Sehingga perlu dikaji tanda-tanda radang pada daerah luka, kemerahan atau dekubitus pada daerah yang tertekan. Kemudian turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.
- (8) Sistem Musculoskeletal Pada pasien post Appendiktomi dapat mengalami kelemahan post operasi. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur.

2. Analisa Data

Tahap pertama dalam proses penegakan diagnosis keperawatan adalah Analisis Data. Setelah semua data terkumpul kemudian data akan dianalisis dan digolongkan menjadi data subjektif dan objektif sesuai dengan masalah keperawatan yang timbul menggunakan kategori Symptom Etiologi Problem.

Tabel 2. 1
Analisa Data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : - Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah. - P: nyeri akibat luka operasi. - R: nyeri di bagian perut kanan bawah. - S: skala nyeri 5 (0 – 10). - T: nyeri hilang timbul. - Q: nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam. DO : - Terdapat luka post operasi. - Pasien tampak meringis kesakitan. - Skala nyeri 5 (0-10).	Post operasi ↓ Diskontinuitas jaringan ↓ Nyeri	Nyeri Akut (D.0077)
2.	DS : DO : - Terdapat luka post operasi Appendiktomi. - Nyeri pada luka jahitan di abdomen dengan kondisi jahitan rapi. - Kondisi balutan luka bersih, lembab dan cairan	Post operasi ↓ Diskontinuitas jaringan ↓ Nyeri ↓ Resiko infeksi	Resiko Infeksi (D.0142)

	luka menyerap dengan baik, tidak ada pus, kemerahan dan tidak ada bengkak.	
	- Hasil leukosit tinggi 11.200/mm ³ .	
3.	DS :	Anoreksia
	DO :	Resiko Defisit Nutrisi (D.0032)
	- Pasien mengeluh mual muntah, tidak nafsu makan.	Hilang nasu makan
	- Porsi makan tidak habis hanya 1-4 sendok.	Ketidakmampuan mengabsrobsi makanan
		Defisit Nutrisi

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan ini bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Nugraha, 2022).

Adapun diagnosa yang mungkin muncul pada Appendiktomi adalah

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
- 2) Resiko Infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik
- 3) Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan.

- 4) Ansietas berhubungan dengan Pre Operasi.
- 5) Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan luka operasi.
- 6) Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan agen pencedera fisik.

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang di dasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tabel 2. 2
Intervensi Keperawatan Nyeri Akut

D.0077 Nyeri Akut		
Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:	Manajemen Nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. Terapeutik 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: teknik napas dalam). Edukasi 4. Jelaskan strategi untuk mengurangi nyeri. Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	1. Evaluasi awal untuk melihat kemajuan dari intervensi yang dilakukan. 2. Sebagai data untuk melihat efektifitas dari terapi. 3. Relaksasi dapat menurunkan frekuensi supaya nyeri berkurang. 4. Menurunkan skala nyeri yang dirasakan pasien.

2) Resiko Infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tabel 2. 3
Intervensi Keperawatan Resiko Infeksi

D.0142 Resiko Infeksi		
Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:	Pencegahan Infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.	1. Evaluasi awal untuk melihat kemajuan dari intervensi yang dilakukan.
1. Luka bersih tidak rembes.	Terapeutik 2. Berikan perawatan luka.	2. Mengurangi resiko terjadinya infeksi.
2. Luka tidak mengeluarkan bau dan push.	Edukasi 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.	3. Nutrisi tinggi kalori dan protein membantu dalam proses penyembuhan luka.
3. Leukosit dalam batas normal.	Kolaborasi 4. Kolaborasi pemberian antibiotik.	4. Antibiotik merupakan obat yang membantu mencegah terjadinya infeksi yang disebabkan oleh bakteri.
4. Kemerahan tidak ada.		

3) Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan

Tabel 2. 4
Intervensi Keperawatan Resiko Defisit Nutrisi

D.0032 Resiko Defisit Nutrisi		
Tujuan	Intervensi	Rasional
Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil:	Manajemen Nutrisi	
1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat.	Observasi 1. Monitor asupan makanan.	1. Mengetahui asupan makanan yang di butuhkan tubuh apakah sudah terpenuhi.
	Terapeutik 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai.	2. Meningkatkan selera makan dan makanan yang hangat mencegah terjadinya mual.
	Edukasi 3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.	3. Membantu menjaga kesehatan usus agar tidak terjadi kontipasi. 4. Nutrisi tinggi kalori dan protein membantu dalam proses penyembuhan luka.
	Kolaborasi 5. Kolaborasi dengan ahli gizi.	5. Memberikan diit yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

4) Ansietas berhubungan dengan pre operasi

Tabel 2. 5
Intervensi Keperawatan Ansietas

D.0080 Ansietas		
Tujuan	Intervensi	Rasional
Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun, dengan Kriteria Hasil : 1. Perilaku gelisah menurun. 2. Verbalisasi kebingungan menurun. 3. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun. 4. Perilaku tegang menurun.	Reduksi Ansietas Observasi: 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah. 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan. 3. Monitor tanda-tanda ansietas. Terapeutik: 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. 5. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan. 6. Pahami situasi yang membuat ansietas. 7. Dengarkan dengan penuh perhatian. 8. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 9. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan. Edukasi 10. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 11. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. 12. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien.	1. Membantu memberikan terapi. 2. Meningkatkan pengetahuan dan coping pasien. 3. Membantu memberikan terapi. 4. Membantu merelaksasikan perasaan pasien. 5. Memberikan rasa nyaman kepada pasien. 6. Membantu untuk memberikan terapi.

-
13. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.
 14. Latih teknik relaksasi.
-

5) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan luka operasi

Tabel 2. 6
Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik

D.0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan			
Tujuan	Intervensi	Rasional	
Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan lapisan kulit menurun. 2. Pendarahan menurun. 3. Nyeri menurun. 4. Hematoma menurun.	Perawatan Integritas Kulit Observasi: 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit. Terapeutik: 2. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring. 3. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering. 4. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit. Edukasi 5. Anjurkan menggunakan pelembab. 6. Anjurkan minum air yang cukup. 7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 8. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem. 9. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. Perawatan Luka Observasi: 1. Monitor karakteristik luka. 2. Monitor tanda-tanda infeksi.	1. Meminimalkan terjadinya pergesakan pada kulit yang luka. 2. Mencegah lesi ditubuh anak bertambah parah. 3. Untuk mencegah terjadinya infeksi akibat hygiene. 4. Mempercepat proses penyembuhan. 5. Mengurangi rasa gatal pada kulit. 6. Mempercepat proses penyembuhan luka.	

Terapeutik:

3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan.
4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik.
5. Bersihkan jaringan nekrotik.
6. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu.
7. Pasang balutan sesuai jenis luka.
8. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.

Edukasi

9. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
10. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein.

Kolaborasi

11. Kolaborasi prosedur debridement.
12. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.

6) Gangguan Integritas Kulit berhubungan dengan luka operasi

Tabel 2. 7
Intervensi Keperawatan Gangguan Integritas Kulit

D.0054 Gangguan Mobilitas Fisik			
Tujuan	Intervensi	Rasional	
Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat	Dukungan Mobilisasi Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik:	1. Evaluasi awal untun melihat kemajuan dari intervensi yang di lakukan.	

1. Kekuatan otot meningkat.	3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.	2. Sebagai data untuk melihat efektifitas dari terapi.
2. Nyeri menurun.		
3. Kaku sendi menurun.	Edukasi	3. Dukungan dan bantuan dari keluarga menyalurkan semangat untuk sembuh.
4. Kelemahan fisik menurun.	4. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur).	4. Larihan aktivitas ringan setelah operasi dapat mempercepat proses penyembuhan.

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap pelaksanaan dalam proses keperawatan. Dalam implementasi terdapat susunan dan tatanan pelaksanaan yang akan mengatur kegiatan pelaksanaan sesuai dengan diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan. Implementasi keperawatan ini juga mengacu pada kemampuan perawat baik secara praktik maupun intelektual (Lingga, 2019). Dalam implementasi pada apendiksitis berfokus pada nyeri akut sehingga nyeri akut harus teratasi dengan intervensi manajemen nyeri. Apabila nyeri akut sudah teratasi maka masalah teratasi.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien sudah tercapai atau sudah sesuai dengan perencanaan atau tidak.

Evaluasi ada beberapa jenis, antara lain :

- 1) Evaluasi Proses (Evaluasi Formatif) Pada evaluasi proses (Formatif) ini perawat memfokuskan pada aktivitas apa saja yang telah dilakukan dalam proses keperawatan serta bagaimana hasil akhir dari aktivitas yang telah dilakukan dan bagaimana kualitas pelayanan tindakan keperawatan. Metode yang dilakukan pada evaluasi ini adalah pengumpulan data analisis rencana asuhan keperawatan, obeservasi

terhadap pasien, pertemuan kelompok, adanya wawancara serta pengisian form evaluasi.

- 2) Evaluasi Hasil (Evaluasi Sumatif) Pada evaluasi sumatif ini, perawat memfokuskan pada hasil akhir tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada pasien. Perawat dapat melihat apakah ada perubahan status kesehatan atau perubahan status di akhir tindakan (Wanda, 2020).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

Identitas pasien

Nama	: Tn. E
Umur	: 18 Tahun
Jenis kelamin	: Laki – laki
Pendidikan terakhir	: SMA
Agama	: Islam
Status perkawinan	: Belum kawin
Alamat	: Cihuni, Wanaraja
No. RM	: 01356360
Diagnosa medis	: Appendiktomi
Tanggal masuk	: 10 – 04 – 2023
Tanggal pengkajian	: 11 – 04 – 2023

b. Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. I
Umur	: 52 Tahun
Jenis kelamin	: Laki – laki
Pendidikan	: SMA

Pekerjaan : Wirausaha
Hubungan dengan pasien : Ayah
Alamat : Cihuni, wanaraja

a. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri perut di bagian kanan bawah.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11-04-2023, setelah post operasi hari pertama appendiktomi pasien mengeluh mual, muntah, tidak nafsu makan disertai nyeri pada luka jahitan di abdomen dengan kondisi jahitan panjang luka 5 cm, keadaan bersih, tidak ada pus, kemerahan dan tidak ada bengkak, kondisi balutan luka bersih lembab dan cairan luka menyerap dengan baik, hasil leukosit tinggi $11.200/\text{mm}^3$. Nyeri bertambah pada saat bergerak dan berkurang ketika berbaring. Pasien merasakan nyeri seperti tertusuk benda tajam dengan skala nyeri 5 (0 – 10). Nyeri dirasakan di bagian perut kanan bawah. Pasien mengatakan nyeri sudah dirasakan sejak 5 jam setelah operasi.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan pasien, pasien tidak mempunyai riwayat penyakit menular. Pasien tidak mempunyai alergi obat atau makanan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pihak keluarga mengatakan bahwa tidak ada riwayat penyakit yang sama dengan yang dialami pasien dan mengatakan bahwa di keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan atau penyakit yang menular.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Tingkat Kesadaran: Compos Mentis

GCS :E :4 M :6 V :5

Tanda-tanda Vital: TD : 120/80 mmHg

R : 21x/menit

Nadi : 78x/menit

S : 36,7°C

Spo2 : 99%

2) Sistem Pernapasan

Saat di kaji lubang hidung simetris antara lubang kanan dan kiri, tidak ada pernapasan cuping hidung, suara napas vesikular, fungsi penciuman baik terbukti pasien bisa membedakan bau parfum dan minyak kayu putih, frekuensi nafas 21x/menit.

3) Sistem Kardiovaskuler

Saat di inspeksi dada simetris, tidak ada sianosis nadi : 78x/menit, bunyi jantung normal dan regular, tidak ada pembesaran jvp, tidak ada nyeri tekan, TD : 120/80 mmHg, CRT <2 detik.

4) Sistem Pencernaan

Bibir tampak simetris, membran mukosa kering, gigi kekuningan, kemampuan menelan baik, abdomen datar, bising usus 9x/menit, bunyi thimpani dan ada nyeri tekan.

5) Sistem Perkemihan

Kandung kemih teraba kosong, tidak ada nyeri tekan, pasien terpasang kateter urine dengan pengeluaran urine 1500 cc/24 jam, warna urine khas, bau khas.

6) Sistem Persyarafan

a) Nervus (*olfactorius*)

Pasien dapat membedakan wangi kayu putih dan wangi parfum.

b) Nervus II (*opticus*)

Pasien dapat melihat papan nama pemeriksa pada jarak kurang lebih 30 cm.

c) Nervus III (*oculomotoris*)

Pupil mengecil pada saat di beri rangsangan cahaya.

d) Nervus IV (*troclearis*)

Pasien dapat mengerakan bola matanya ke atas dan ke bawah.

e) Nervus V (*abdusen*)

Pasien dapat menggerakkan bola matanya ke samping kiri dan kesamping kanan.

f) Nervus VI (*trigeminus*)

Sensori kulit wajah pasien baik, dapat merasakan gesekan kapas pada pipi.

g) Nervus VII (*facialis*)

Pasien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahi.

h) Nervus VIII (*vestibulococlear*)

Pasien tidak dapat mendengarkan gesekan jari pada jarak 15 cm.

i) Nervus IX,X (*glosopharingeus, vagus*)

Reflex menelan dan muntah pasien baik.

j) Nervus XI (*hipoglossus*)

Pasien mampu menggerakkan lidahnya ke kiri dan kekanan.

k) Nervus XII (*accessorius*)

Pasien dapat menoleh ke kiri dan kekanan, mengangguk kepala dan menggerakkan kedua bahunya.

7) Sistem Integumen

a) Kulit : berwarna sawo matang, tekstur halus, terdapat luka post operasi

Appendiktomi dan nyeri pada luka jahitan di abdomen dengan kondisi jahitan rapi, luka bersih, tidak ada pus, kemerahan dan tidak ada bengkak, kulit tidak ada sianosis suhu tubuh 36,7°C.

b) Rambut dan kepala : rambut berwarna hitam, distribusi pertumbuhan

rambut merata, kulit kepala bersih, tidak terdapat benjolan, nyeri tekan ataupun peradangan.

- c) Kuku : berwarna transparan tekstur halus dan kuku terlihat pendek karena rutin di potong dan di bersihkan.

8) Sistem Muskuloskeletal

- a) Ekstremitas atas : tangan nampak simetris, tidak terdapat lesi, masih aktif bisa di gerakan, terpasang infus di tangan sebelah kiri, jumlah jari lengkap.
- b) Ekstremitas bawah : kaki nampak simetris, tidak terdapat lesi, jumlah jari lengkap.
- c) Kekuatan otot

5		5
5		5

9) Sistem Reproduksi

Terpasang kateter urine.

10) Sistem Penglihatan

Letak mata simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva merah muda, reflex pupil baik, fungsi penglihatan baik, tidak menggunakan alat bantu penglihatan (kacamata) tidak ada nyeri tekan pada mata.

11) Sistem Pendengaran

Letak telinga kanan dan kiri simetris, tidak terdapat lesi, fungsi pendengaran baik terbukti saat pasien di minta untuk mengulang perkataan bisa menyebutkan dengan benar, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada nyeri tekan pada bagian telinga.

c. Aspek Psikologis

Saat di kaji pasien merasa cemas takut di tinggalkan keluarganya oleh karena itu ia tidak mau sendiri karena kalau tidak ada yang menemaninya, maka selalu mengeluh ingin pulang.

d. Aspek Sosial dan Spritual

Pasien berinteraksi dengan kooperatif baik dengan keluarga maupun dengan perawat yang bertugas. Pasien mengatakan bahwa komuikasi dengan keluarga maupun dengan masyarakat di lingkungannya baik. Dari segi spiritual pasien beragama islam selalu melakukan sholat dan berdoa.

e. Aktivitas Hidup Sehari-hari (ADL)

Tabel 3. 1
Aktivitas Hidup Sehari-hari Tn. E

No.	Jenis aktivitas	Sebelum sakit	Saat sakit
1.	Pola Nutrisi		
	a) Makan		
	Jenis makanan	Nasi, lauk pauk	Bubur
	Porsi	1 porsi	1 porsi tidak habis
	Freekuensi	3x/hari	(tidak nafsu makan, makan hanya 1-4 sendok, mual, muntah)
	Cara	Mandiri	2x/hari Di bantu
	b) Minum		
	Jenis minuman	Air putih, teh, kopi	Air Putih
	Frekuensi	6 – 8 gelas/hari	3 – 4 gelas/hari
	Cara	Mandiri	Di bantu
2.	Pola Eliminasi		
	a) BAB		
	Freekuensi	1x/hari	Belum BAB
	Konsistensi	Padat	
	Bau	Khas feses	
	b) BAK		
	Frekuensi	2 – 3x/hari	Terpasang kateter
	Warna	Khas urine	1500 cc/24 jam
	Bau	Khas urine	Khas urine Khas urine

3.	Pola Istirahat Tidur		
	Tidur siang	Tidak tidur	1 jam, hari
	Tidur malam	6 – 8 jam/ hari	5 – 6 jam/ hari
	Kualitas	Nyenyak	Tidak nyenyak
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Nyeri
4.	Personal hygiene		
	Mandi	1 – 2x/ hari	Di lap
	Gosok gigi	1 – 2x/ hari	1x/ hari
	Ganti pakaian	2x/ hari	1x/ hari
	Cara	Mandiri	Di bantu

f. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

Tanggal : 11 – 04 – 2023

Nama : Tn. E

Ruang : Topaz

No. RM : 2304113024

Tabel 3. 2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Flas satuan	Nilai normal	Keterangan hasil
Hematologi				
1. Hemoglobin	14,8	g/dL	13 – 18	Normal
2. Hematokrit	42	%	40 – 52	Normal
3. Leukosit	11.200	/mm ³	3800 – 10.000	Tinggi
4. Trombosit	168.000	/mm	150000 – 440000	Normal
5. Eritrosit	4.69	Juta/ mm ³	4.5 – 6.5	Normal
Kimia Klinik				
1. Natrium	13.7	mEq/L	13.8 – 14.5	Normal
2. Kalium	4,7	mEq/L	3.8 – 5.5	Normal
3. Clorida	106	mEq/L	98 – 100	Tinggi
4. Kalsium	4.41	mEq/dL	4.7 – 5.2	Normal

g. Terapi

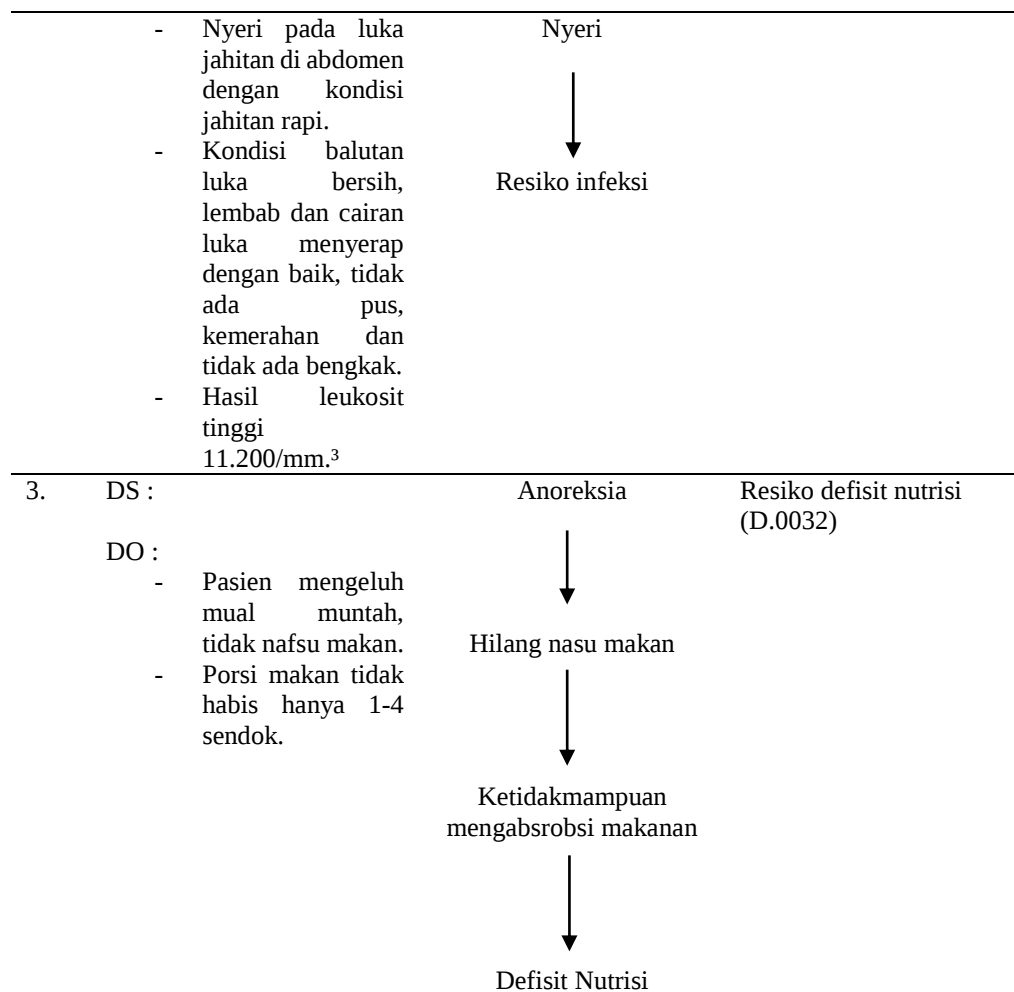
Tabel 3. 3
Terapi Yang Diberikan

No.	Nama obat	Dosis	Rute	Jenis obat
1	Infus B. Fluid	15 tpm	Iv	Intravenous fluid
2	Ceptriaxone	1 x 2 gr	Iv	Antibiotik
3	Keterolac	2x3gr	Iv	Analgetik
4	Metronidazole	3 x 500cc	Iv	Antibiotik
5	Ranitidin	2 x 50	Iv	Antibiotik

h. Analisa Data

Tabel 3. 4
Analisa Data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1.	DS : - Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah. - P : nyeri akibat luka operasi. - R : nyeri di bagian perut kanan bawah. - S : skala nyeri 5 (0 – 10). - T : nyeri hilang timbul. - Q : nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam. DO : - Terdapat luka post operasi. - Pasien tampak meringis kesakitan. - POD - 1	Post operasi ↓ Diskontinuitas jaringan ↓ Nyeri	Nyeri Akut (D.0077)
2.	DS : DO : - Terdapat luka post operasi Appendiktomi.	Post operasi ↓ Diskontinuitas jaringan ↓	Resiko infeksi (D.0142)



2. Diagnosa Keperawatan

1) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, ditandai dengan

DS :

Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian bawah.

- P : nyeri akibat luka operasi.
- Q : nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam.
- R : nyeri di bagian perut kanan bawah.
- S : skala nyeri 5 (0 – 10).
- T : nyeri hilang timbul.

DO :

- a. Terdapat luka post operasi.
- b. Pasien tampak meringis kesakitan.
- c. POD 1

2) Resiko Infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik, ditandai dengan

DS :

DO :

- a. Terdapat luka post operasi Appendiktomi.
- b. Nyeri pada luka jahitan di abdomen dengan kondisi jahitan rapi.
- c. Kondisi balutan luka bersih, lembab dan cairan luka menyerap dengan baik, tidak ada pus, kemerahan dan tidak ada bengkak.
- d. Hasil leukosit tinggi $11.200/\text{mm}^3$.

3) Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan, ditandai dengan :

DS :

DO :

- a. Pasien mengeluh mual muntah, tidak nafsu makan.
- b. Porsi makan tidak habis hanya 1-4 sendok.

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3. 5
Perencanaan Keperawatan Pada Tn. E

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik DS : - Pasien mengeluh nyeri pada bagian post operasi. DO : - Terdapat luka post operasi. - Pasien tampak meringis kesakitan. - P : nyeri akibat luka operasi. - Q : nyeri dirasakan seperti tertusuk benda tajam. - R : nyeri di bagian perut kanan bawah. - S : skala nyeri 5 (0 – 10). - T : nyeri hilang timbul.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun dengan skala 0-1 (0-10). 2. Meringis menurun. 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. 5. Kesulitan tidur menurun. 6. Frekuensi nadi membaik.	1. Identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: teknik napas dalam). 4. Jelaskan strategi untuk mengurangi nyeri. 5. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	1. Evaluasi awal untun melihat kemajuan dari intervensi yang di lakukan. 2. Sebagai data untuk melihat efektifitas dari terapi. 3. Nafas dalam dapat menurunkan ketegangan otot sehingga memberikan efek rieks ke pasien. 4. Menurunkan skala nyeri yang dirasakan pasien .
2.	Resiko Infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik DS : DO : - Pasien meringis kesakitan.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka	1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. 2. Berikan perawatan luka.	1. Evaluasi awal untuk melihat kemajuan dari intervensi yang dilakukan.

	- Kulit abdomen kemerahan. - Terdapat luka pos operasi. - Balutan luka bersih lembab dan cairan luka menyerap dengan baik. - Hasil leukosit tinggi 11.200/mm.³	tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil : 1. Luka bersih tidak rembes. 2. Luka tidak mengeluarkan bau dan push. 3. Leukosit dalam batas normal. 4. Kemerahan tidak ada.	3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 4. Kolaborasi pemberian antibiotik.	2. Mengurangi resiko terjadinya infeksi. 3. Nutrisi tinggi kalori dan protein membantu dalam proses penyembuhan luka. 4. Antibiotik merupakan obat yang membantu mencegah terjadinya infeksi yang disebabkan oleh bakteri.
3.	1) Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi makanan DS : DO : - Pasien mengeluh mual muntah, tidak nafsu makan. - Porsi makan tidak habis, hanya 1-4 sendok.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat.	1. Monitor asupan makanan. 2. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. 3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. 5. Kolaborasi dengan ahli gizi.	1. Mengetahui asupan makanan yang dibutuhkan tubuh apakah sudah terpenuhi. 2. Meningkatkan selera makan dan makanan yang hangat mencegah terjadinya mual. 3. Membantu menjaga kesehatan usus agar tidak terjadi kontipasi.

-
4. Nutrisi tinggi kalori dan protein membantu dalam proses penyembuhan luka.
 5. Memberikan diet yang sesuai dengan kebutuhan pasien .
-

4. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 6
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pada Tn. E

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
1.	Nyri Akut (D.0077)	11 – 04 – 2023 Pukul 08.00 - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Dengan Hasil : Terdapat luka post op, dengan intensitas nyeri sedang. - Mengidentifikasi skala nyeri. Dengan hasil : Skala nyeri 5 (0-10). - Memberikan Teknik nonfarmakologis tarik nafas dalam. - Kolaborasi pemberian analgetik Katerolac 2x3 gr.	11 – 04 – 2023 Pukul 08.00 S : Pasien mengeluh masih nyeri. O : - Pasien meringis kesakitan. - Nyeri berkurang ketika berbaring, melakukan teknik nonfarmakologis - Skala nyeri 4 (0 – 10). - Luka jahitan di abdomen dengan kondisi jahitan rapi, luka bersih, tidak ada pus, kemerahan dan tidak ada bengkak. A : Nyeri akut teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi I : - Identifikasi skla nyeri. - Berikan teknik nonfarmakologis. - Kolaborasi pemberian analgetik. E : - Nyeri akut pasien semakin berkurang.	Raysa Lutfi Octarina
		11 – 04 – 2023 Pukul - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. - Memberikan perawatan	11 – 04 – 2023 Pukul 08.00 S : O : - Tidak ada tanda dan gejala infeksi. - Luka dalam keadaan baik.	

kulit pada area post op Dengan hasil : kulit bersih, tidak adanya tanda dan gejala infeksi. 3. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi agar luka cepat membaik. 4. Kolaborasi pemberian antibiotik. Dengan hasil : Memberikan ceftriaxone 1 x 2 gr dan metronidazole 3 x 500 cc.	A : Resiko infeksi teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi I : - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. - Kolaborasi pemberian antibiotik. - Lakukan perawatan luka.
11 – 04 2023 Pukul 1. Memonitor asupan makanan. Dengan hasil : pasien mengeluh tidak nafsu makan. 2. Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai. Dengan hasil : pasien mau makan makanan kesukaanya. 3. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 4. Memberikan makanan	11 – 04 0 2023 Pukul S : Pasien mengeluh mual dan tidak nafsu makan. O : - Porsi makan tidak habis. - Pasien mencoba untuk makan. - Pasien akan makan sedikit tapi sering. A : Resiko defisit nutrisi belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi I : - Sajikan makanan secara menarik. - Anjurkan makan sedikit tapi sering. - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet yang sesuai.

-
- tinggi kalori
dan tinggi
protein.
5. Kolaborasi
dengan ahli
gizi untuk
diit yang
sesuai.
-

Catatan Perkembangan Hari ke – 1

Tabel 3. 7
Catatan Perkembangan Hari Ke-1

Tanggal	No dx	Catatan Perkembangan	Paraf
12 – 04 - 2023 Jam 09.30	1.	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang. O : - Pasien meringis kesakitan. - Nyeri berkurang ketika berbaring, melakukan teknik nonfarmakologis. - Skala nyeri 3 (0 – 10). - Luka jahitan di abdomen dengan kondisi jahitan rapi, luka bersih, tidak ada pus, kemerahan dan tidak ada bengkak. A : Nyeri akut teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi I : - Identifikasi skala nyeri. - Berikan teknik nonfarmakologis. - Kolaborasi pemberian analgetik. E : - Nyeri akut pasien semakin berkurang. R : Kolaborasi pemberian analgetik di hentikan jika nyeri akut tidak ada.	Raysa Lutfi Octarina
12 – 04 - 2023 Jam 10.00	2.	S : Pasien mengatakan sudah bisa. O : - Tidak ada tanda dan gejala infeksi. - Luka dalam keadaan baik. - Kassa dalam keadaan bersih. - Tidak ada push. A : Resiko infeksi teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi I : - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. - Kolaborasi pemberian antibiotik - Lakukan perawatan luka.	Raysa Lutfi Octarina

12 – 04 - 2023 Jam 10.30	3.	S : Pasien mengatakan mual berkurang, nafsu makan membaik. O : - Porsi makan habis. - Pasien makan sedikit tapi sering. - Pasien akan mencoba menambah porsi makan. A: Resiko defisit nutrisi teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi I : - Sajikan makanan secara menarik. - Anjurkan makan sedikit tapi sering. - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk diit yang sesuai.	Raysa Lutfi Octarina
-----------------------------	----	--	----------------------------

Catatan Perkembangan Hari ke – 2

Tabel 3. 8
Catatan Perkembangan Hari Ke-2

Tanggal	No dx	Catatan Perkembangan	Paraf
13 – 04 - 2023 Jam 09.30	1.	S : Pasien megatakan nyeri berkurang. O : - Pasien meringis kesakitan. - Nyeri berkurang ketika berbaring, melakukan teknik nonfarmakologis. - Skala nyeri 2 (0 – 10). - Luka jahitan di abdomen dengan. kondisi jahitan rapi, luka bersih, tidak ada pus, kemerahan dan tidak ada bengkak. A : Nyeri akut teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi I : - Identifikasi skala nyeri. - Berikan teknik nonfarmakologis. - Kolaborasi pemberian analgetik. E : - Nyeri akut pasien semakin berkurang. R : Kolaborasi pemberian analgetik di hentikan jika nyeri akut tidak ada.	Raysa Lutfi Octarina
13 – 04 - 2023 Jam 10.00	2.	S : O :	Raysa Lutfi Octarina

		- Tidak ada tanda dan gejala infeksi. - Luka dalam keadaan baik. - Kassa dalam keadaan bersih. - Tidak ada pus. - Jahitan sudah menyatu dengan kulit. A : Resiko infeksi teratasi. P : Hentikan intervensi I : - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. - Kolaborasi pemberian antibiotik.	
13 – 04 - 2023 Jam 10.30	3.	S : Pasien mengatakan mual tidak ada , nafsu makan membaik. O : - Porsi makan habis. - Pasien makan sedikit tapi sering. - Pasien mengatakan menambah porsi makan. A : Resiko defisit nutrisi teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi I : - Sajikan makanan secara menarik. - Anjurkan makan sedikit tapi sering. - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk diet yang sesuai.	Raysa Lutfi Otarina

Catatan Perkembangan Hari ke – 3

Tabel 3. 9
Catatan Perkembangan Hari ke-3

Tanggal	No dx	Catatan Perkembangan	Paraf
14 – 04 2023 Jam 09.30	1.	S : Pasien megatakan nyeri berkurang. O : - Pasien meringis kesakitan. - Nyeri berkurang ketika berbaring, melakukan teknik nonfarmakologis. - Skala nyeri 1 (0 – 10). - luka jahitan di abdomen dengan kondisi jahitan rapi, luka bersih, tidak ada pus, tidak kemerahan dan tidak ada bengkak. A : Nyeri akut teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi I : - Identifikasi skala nyeri. - Berikan teknik nonfarmakologis.	Raysa Lutfi Otarina

		- Kolaborasi pemberian analgetik.	
		E :	
		- Nyeri akut pasien semakin berkurang.	
		R : Kolaborasi pemberian analgetik di hentikan jika nyeri akut tidak ada.	
14 – 04 - 2023 Jam 10.00	2.	S :	Raysa
		O :	Lutfi
		- Tidak ada tanda dan gejala infeksi.	Octarina
		- Luka dalam keadaan baik.	
		- Kassa dalam keadaan bersih.	
		- Tidak ada push.	
		- Jahitan sudah menyatu dengan kulit.	
		A : Resiko infeksi teratasi.	
		P : Hentikan intervensi	
14 – 04 - 2023 Jam 10.30	3.	S : Pasien mengatakan mual tidak ada , nafsu makan membaik.	Raysa
		O :	Lutfi
		- Porsi makan habis.	Octarina
		- Pasien mengatakan menambah porsi makan.	
		- Pasien mengatakan nafsu makan sudah kembali normal.	
		A : Resiko defisit nutrisi teratasi	
		P : Hentikan intervensi.	

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Dalam melaksanakan proses keperawatan pada pasien Tn. E dengan kasus Post Op Appendiktomi di RSUD Dr. SLAMET GARUT selama 4 hari, yaitu tanggal 11 April 2023 s/d 14 April 2023 penulis berusaha menerapkan langkah – langkah dari mulai pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi sesuai dengan teoritis dan memperhatikan kebutuhan pasien pada Tn. E.

Menurut Warsingih (2016) Pada post op Appendisititis nyeri merupakan gejala yang pertama kali muncul. Seringkali dirasakan sebagai nyeri tumpul, nyeri di periumbilikal yang samar-samar, tapi seiring dengan

waktu akan berlokasi di abdomen kanan bawah. Anorexia, mual, dan muntah biasanya terjadi dalam beberapa jam setelah onset terjadinya nyeri. Disini penulis menemukan kesesuaian antara teori dan kenyataan antara lain menemukan nyeri dibagian perut kanan bawah, mual dan muntah. Data tersebut ditemukan pada Tn. E.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan kasus yang dialami Tn. E, dapat ditemukan masalah utama nyeri akut. Sesuai teori SDKI nyeri akut diberikan kode D.0077 masuk kedalam kategori psikologis, subkategori nyeri dan kenyamanan. Definisi nyeri akut menurut SDKI yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan. Penyebab terjadinya nyeri akut yaitu agen pencedera fisiologis (misalnya inflamasi, lakemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat benda berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Berdasarkan pemaparan teori diatas ada kesesuaian penyebab penulis menentukan diagnosa nyeri akut yaitu adanya agen pencedera fisik (prosedur operasi) pada kasus Tn. E, selain menetapkan diagnosa nyeri akut penulis juga menetapkan diagnosa lainnya seperti :

- 1) Resiko Infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik.

- 2) Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Nurarif, A. H., danamp; Kusuma, 2016).

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari: menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

- a. Nyeri Akut Rencana tindakan keperawatan pada post operatif appendisitis yang akan dilakukan pada dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi) antara lain: Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu. Menurut penulis kelebihan dari penerapan intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun pada pasien sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil

pada pasien sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

- b. Resiko Infeksi, rencana tindakan keperawatan pada post operatif appendisitis yang akan dilakukan pada dengan masalah resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif antara lain : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, berikan perawatan kulit pada area edema, jelaskan tanda dan gejala infeksi, kolaborasi pemberian antibiotik. Menurut penulis kelebihan dari penerapan intervensi tindakan resiko infeksi yang telah disusun pada pasien sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada pasien sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).
- c. Resiko Defisit Nutrisi, rencana tindakan keperawatan pada post operatif appendisitis yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah resiko defisit nutrisi sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada pasien sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis berusaha melakukan implementasi asuhan keperawatan terhadap Tn. E berhubungan dengan post operatif appendisitis yang telah di buat dan ditetapkan berdasarkan intervensi yang telah ditulis.

5. Evaluasi

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif evaluasi formatif dilakukan setiap selesai memberikan tindakan keperawatan. Hasil dari evaluasi formatif menunjukan bahwa semua tindakan keperawatan yang di lakukan dapat mengurangi atau mengatasi masalah pasien saat ini, sedangkan untuk evaluasi sumatif, penulis melakukan pada hari ke 4 setelah memberikan asuhan keperawatan pada Tn. E.

Pada evaluasi sumatif ditemukan bahwa diagnosa yang muncul pada Tn. E ada yang teratasi dan teratasi sebagian, hal ini disebabkan pasien dan keluarga kooperatif, bekerja sama dengan perawat ruangan dengan baik, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan hampir seluruhnya berjalan sesuai dengan rencana dan tujuan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 di ruangan Topaz RSUD Dr. Slamet Garut melalui proses Keperawatan yang di mulai dari tanggal 05-07 April 2023 adapun kesimpulan yang didapat dari asuhan keperawatan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1, penulis mendapatkan data pasien mengeluh nyeri pada luka post oprasi, pasien tampak lemas dan meringis.
2. Penulis mampu menegakkan diagnose keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1, adapun diagnosa yang muncul pada pasien yaitu, Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Resiko Infeksi berhubungan dengan agen pencedera fisik dan Resiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi makanan.
3. Penulis mampu membuat rencana Asuhan keperawatan pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 berdasarkan prioritas yang telah di susun

4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi dari Tindakan yang telah dilakukan pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1. Dari ketiga masalah yang muncul teratasi dengan baik.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Tn. E dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Appendiktomi POD 1 secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi dapat meningkatkan pembelajaran kepada mahasiswa dalam rangka untuk meningkatkan kemampuan dalam asuhan keperawatan secara komprehensif berdasarkan aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual terhadap pasien post Appendiktomi POD 1 berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah diperoleh selama pendidikan dengan memperbanyak latihan kasus dan jadwal praktek lapangan.

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien Diharapkan dapat memperoleh pengetahuan yang telah diberikan oleh perawat dan harus terus melakukan perawatannya di rumah, serta keluarga pasien harus selalu memberikan dorongan, motivasi, semangat dan selalu mendoakan pasien.

3. Bagi Perawat

Dalam memberikan pelayanan perawatan yang lebih baik dan optimal kepada pasien, perawat diharapkan memperdalam ilmu kesehatan terutama keperawatan dengan cara mengikuti pelatihan-pelatihan yang terkait seperti perawatan luka post appendiktomi dan membaca literatur serta mengadakan penelitian yang berhubungan dengan perawatan luka post operasi.

4. Bagi Rumah Sakit

Penulis mengharapkan mutu pelayanan rumah sakit lebih ditingkatkan lagi, baik segi sarana maupun prasarana agar memberikan pelayanan yang lebih memuaskan.

DAFTAR PUSTAKA

- Daud. (2015). Appendisitis. *Jurnal nasional*.
- Erianto, M., Siswandi, A., & Sukulima, A. P. (2020). Perforasi pada Penderita Apendisitis Di RSUD DR.H.Abdul Moeloek Lampung. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 491.
- Finansyah, Y. W., Prastya, A. D., & Nadila, S. M. (2020). Tata Laksana Apendisitis Akut di Era Pandemi. *journal.um-surabaya.ac.id*, 146.
- Indrawijaya, Y. Y., Inayatilah, F. R., & Wiraningtyas. (2020). Evaluasi Penggunaan Antibiotik pada Pasien Pasca bedah Apendisitis Akut di. *Pharmaceutical Journal Of Indonesia*, 16.
- Lingga. (2019). Pelaksanaan Perencanaan Terstruktur Melalui Implementasi Keperawatan. *implementasi keperawatan*.
- Mayasari, D., & Cruz, H. D. (2022). Aspek Klinis dan Tatalaksana Apendisitis Akut. *Jurnal Tb Kutis JK Unila | Volume 6 | Nomor 2*, 80.
- Nugraha, F. (2022, September). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Panduan dan Daftar Lengkap Diagnosis. *Asuhan Keperawatan*.
- Nurlina, F., Srirahmawati, A., & Subagja, E. I. (2022). Penerapan Terapi Aroma Lavender Terhadap Penurunan Intesitas Nyeri Pada Pasien Post Apendiktomi : Studi Literature. *Journal Of Nursing Practice And Science*, 16.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* . jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Rahayu, S., Emelia, R., & Loviana, K. (2021). Gambaran Penggunaan Obat Pada Pasien Apendisitis Terhadap Kesehatan Usus di Rumah Sakit Annisa Cikarang. *Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 183.
- Rulino, I. (2021, juli). Nyeri Akut [SDKI D.0077]. *Mitra Perawat Indonesia*.
- Wanda. (2020). Penerapan Evaluasi Keperawatan Terhadap Asuhan.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* . jakarta selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- RSUD dr Slamet Garut. (2023). Rekam Medik Ruangan Topaz. Garut: Ruang Topaz.

- Ambarwati. (2017). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN AN. T DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN. *Journal of Advanced Nursing (JAN)*.
- Anas, Kadrianti, & E. (2018). ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN PADA TN.P. *Journal of Nursing Education (JNE)*.
- Ariska , & Ali. (2019). ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.K DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN DI RSUD CIAMIS. *SCIRD*.
- Elizabeth J, & Corwin . (2019). PERENCANAAN KEPERAWATAN DALAM MENANGANI PASIEN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN. *Journal of Nursing Education (JNE)*.
- Erianto, Siswandi, & Sukulima. (2020). ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PASIEN APPENDISITIS PADA TN.K. *Western Journal of Nursing Research (WJNR)*.
- Finansyah , Prasatya, & Nadila. (2020). ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.I DENGAN POD 1 APPENDISITIS. *Western Journal of Nursing Research (WJNR)*.
- Goleman, & others . (2019). KARYA TULIS ILMIAH GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN. *UNIKA*.
- Mansjoer. (2017). ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.U DENGAN POST OPRASI LAPARATOMI . *jurnal indonesia*.
- Novita . (2017). ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN . *JURNAL CENDEKIA*.
- Ridwan. (2019). BUKU ASUHAN KEPERAWATAN. *Nursing Research*.
- Sjamsuhidajat, & De Jong. (2016). GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN PADA ANAK DI RUANG MELATI RSUD CIAMIS. *Jurnal Indonesia*.
- Soewito. (2017). BUKU AJAR KEPERAWATAN . *Nursing Research*.

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Raysa Lutfi Octarina

NIM : KHGA20120

Pembimbing : Devi Ratnasari, M.Kep.

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. E DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST
APPENDIKTOMI POD 1 DI RUANGAN TOPAZ RSUD
Dr. SLAMET GARUT

No	Tanggal	Materi Yang Dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing
1	29 Mei 2023	Bab III	1. Perbaiki dan lengkapi pengkajian 2. Perbaiki teknik analisa data 3. Perjelas dan pertegas penegakan diagnosa keperawatan	 Devi Ratnasari, M. Kep.
2	31 Juni 2023	Bab III	1. Perbaiki dan lengkapi pengkajian 2. Perbaiki teknik analisa data	 Devi Ratnasari, M. Kep.
3	09 Juni 2023	Bab II Bab III	1. Kata bahasa asig dimiringkan 2. Pengetikan diperbaiki 3. Penatalaksanaan disimpan setelah komplikasi 4. Setiap tabel diberikan nomor dan sumber 5. Dipengkajian cantumkan kondisi balutan luka 6. Di DO cantumkan nilai leukosit	 Devi Ratnasari, M. Kep.
4	12 Juni 2023	Bab I Bab II Bab III	1. Memaikan halaman 2. Perbaiki pengetikan 3. Tambahkan kalimat intervensi nyeri akut dan resiko infeksi	 Devi Ratnasari, M. Kep.

5	21 Juni 2023	Bab I Bab II Bab III Bab IV	1. Perbaiki penulisan 2. Perbaiki pengetikan 3. Perbaiki kslimst Bab IV 4. ACC Bab II	 Devi Ratnasari, M. Kep.
6	22 Juni 2023	Bab I Bab III Bab IV	1. Tambahkan kesimpulan di Bab I 2. ACC Bab III 3. ACC BAB IV	 Devi Ratnasari, M. Kep.
7	25 Juni 2023	Bab I Abstrak	1. Perbaiki kalimat Abstrak 2. ACC Bab I 3. Susun draft KTI lengkap dan penomoran halaman	 Devi Ratnasari M. Kep.
8	27 Juni 2023	Bab I Bab II Bab III Bab IV	ACC	 Devi Ratnasari M. Kep.
9				
10				

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama : Raysa Lutfi Octarina
Nim : KHGA20120
Program Studi : D-III KEPERAWATAN
Jenis kelamin : Perempuan
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 03 Oktober 2001
Agama : Islam
Status : Belum Menikah
Alamat : Jl. Bratayudha No.192 Kp. Sukadana RT 01/RW
14 Kel. Kota Kulon, Kec. Garut Kota, Kab. Garut

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

- | | |
|------------------------------|-----------------|
| 1. TK BAETUSALAM | TAHUN 2006-2007 |
| 2. SDN KOTA KULON 1 | TAHUN 2007-2014 |
| 3. SMPN 1 GARUT | TAHUN 2014-2017 |
| 4. SMAN 8 GARUT | TAHUN 2017-2020 |
| 5. STIKES KARSA HUSADA GARUT | TAHUN 2020-2023 |