

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST LAPAROSKOPI  
A.I APENDIKSITIS KRONIS DI RUANGAN MUTIARA ATAS  
RSUD DR. SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**Di Susun Oleh:**

**RAHMA JANNATUNNISA  
KHGA21064**



**SEKOLAH TINGGI KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
2024**

**LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG**

**JUDUL KTI** : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: POST  
LAPARASKOPI A.I APENDISITIS KRONIS DI  
RUANGAN MUTUARA ATAS RSUD DR. SLAMET  
GARUT

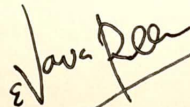
**NAMA** : RAHMA JANNATUNNISA

**NIM** : KHGA21064

**KARYA TULIS ILMIAH**

Karya Tulis Ilmiah ini Disetujui untuk Disidangkan Dihadapan  
Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan  
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juni 2024  
Menyetujui,  
Pembimbing



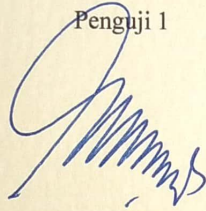
Eldessa Vava Rilla, S. Kep., Ners., M. Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: POST  
LAPARASKOPI A.I APENDISITIS KRONIS DI  
RUANGAN MUTUARA ATAS RSUD DR. SLAMET  
GARUT  
NAMA : RAHMA JANNATUNNISA  
NIM : KHGA21064

Garut, Juli 2024  
Menyetujui

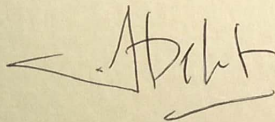
Penguji 1



H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes

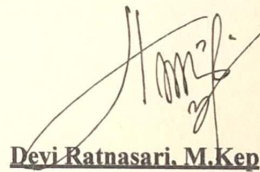
Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan  
Stikes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, M.Kep

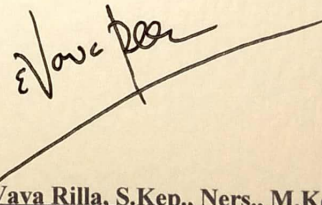
Penguji 2



Devi Ratnasari, M.Kep

Mengesahkan

Pembimbing



Eldessa Yava Rilla, S.Kep., Ners., M.Kep

## KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim

Fuji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas rahmat dan hidayanya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul “ **ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN: POST LAPARASKOPI A.I APENDIKSITIS DI RUANGAN MUTIARA ATAS RSUD DR. SLAMET GARUT**” Di susun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menempuh Ujian Akhir Program Pendidikan Diploma III keperawatan Stikes karsa Husada Garut.

Dalam hal ini penulis menyadari dan mengetahui keterbatasan baik pengetahuan, pengalaman, maupun keterampilan yang di miliki penulis masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun semangat pembaca karya tulis ini sehingga dapat menjadi bahan perbaikan untuk menyusun selanjutnya.

Di samping itu penulis mengakui dan merasa bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini banyak sekali mendapat bimbingan dan bantuan dari pihak, dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Dr. H. Suryadi M. selaku Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. H. Engkus Kusnadi, S.Kep., Ners., M, Kep. Selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut. .
3. K.Dewi Buduarti, S. Kep., Ners., M, Kep. Selaku Ketua Prodi Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
4. Eldessa Vava Rilla, S. Kep., Ners., M. Kep selaku Dosen Pembimbing

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis.

5. Dosen – dosen dan seluruh staf Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut, terimakasih atas bimbingan, arahan, perhatian, dan ilmu yang sangat bermanfaat untuk kedepannya, serta memberikan motivasi yang tiada henti – hentinya.
6. Teimakasih Kepada Ibu Hj. Enung Suharti,S.Kep.Ners.MM Selaku Pembimbing Lapangan yang telah membantu dan memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.S
7. Kepada Kedua Orang Tua Tercinta Bapak, Mamah dan Kakak – Kakak yang telah banyak memberikan cinta dan kasih sayang yang begitu besar kepada penulis Sehingga menjadi Motivasi terbesar baik penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini. Semoga Keringat, Do'a dan Air mata dibalas dengan kebahagiaan di dunia dan Akhirat oleh Allah SWT.
8. Kepada Sahabat – sahabatku ( Mega, Anisa, Santika, Rika, Nuramalia, Amalia, Yesha) Saya ucapkan terimakasih atas nasihat, inspirasi, dan persahabatan yang telah terjalin selama ini.

Akhirnya Kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan ini, penulis mengucapkan banyak terimakasih dan semoga ALLAH SWT yang akan membalas nya dan selalu melimpahkan rahmat nya kepada kita semua.

Harapan penulis, semoga dengan segala keterbatasan yang ada, karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak terutama bagi perawat.

Garut, Juni 2024

## DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	
LEMBAR PENGESAHAN	
ABSTRAK	
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL .....	viii
DAFTAR LAMPIRAN .....	ix
BAB 1 .....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum .....	5
2. Tujuan Khusus .....	6
C. Metode Telaahan.....	6
1. Wawancara.....	7
2. Observasi.....	7
3. Pemeriksaan Fisik .....	7
4. Studi Dokumentasi .....	7
5. Studi Kepustakaan.....	7
D. Sistematika Penulisan .....	8
BAB II .....	9
TINJAUAN TEORITIS.....	9
A. Konsep Dasar.....	9
1. Definisi.....	9
2. Etiologi.....	10
3. Klasifikasi .....	11
4. Manifestasi Klinis.....	13
5. Pemeriksaan Penunjang .....	14
6. Patofisiologi .....	15
7. Patway (Magungakbar,2029) .....	18
8. Penataaksanaan .....	19
9. Perencanaan Pemulangan ( <i>Discharge Planning</i> ) Dan Keperawatan Kesehatan di Rumah .....	25
B. Konsep Perioperatif .....	26
1. Definisi.....	26
2. Tahapan – Tahapan Keperawatan Perioperatif .....	26
3. Keperawatan Post Operasi .....	28
4. Klasifikasi Pembedahan .....	28

5. Faktor Resiko Pembedahan.....	29
<b>C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Apendisitis.....</b>	<b>29</b>
1. Pengkajian.....	37
2. Diagnosa Keperawatan.....	37
3. Perencanaan Keperawatan .....	38
4. Implementasi Keperawatan.....	44
5. Evaluasi.....	45
<b>BAB III .....</b>	<b>46</b>
<b>TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>46</b>
<b>A. Tinjauan Kasus .....</b>	<b>46</b>
1. Pengkajian.....	46
2. Diagnosa Keperawatan.....	61
3. Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi.....	63
4. Catatan Perkembangan.....	72
<b>B. Pembahasan.....</b>	<b>75</b>
1. Pengkajian.....	75
2. Diagnosa Keperawatan.....	78
3. Perencanaan.....	80
4. Implementasi Keperawatan.....	84
5. Evaluasi Keperawatan.....	87
<b>BAB IV.....</b>	<b>88</b>
<b>KESIMPULAN DAN REKOMENDASI .....</b>	<b>88</b>
<b>A. Kesimpulan .....</b>	<b>88</b>
<b>B. Rekomendasi.....</b>	<b>91</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>93</b>
<b>BIODATA .....</b>	<b>95</b>
<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>96</b>

## **DAFTAR GAMBAR**

Gambar Posisi Luka .....	50
--------------------------	----



## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Penyakit RSUD dr. Slamet Garut .....	3
Tabel 2.3 Analisa data.....	35
Tabel 2.4 Perencanaan Keperawatan .....	39
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari – hari .....	56
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Labolatorium.....	57
Tabel 3.3 Terapi Obat .....	58
Tabel 3.4 Analisa Data .....	59
Tabel 3.5 Perencanaan Keperawatan .....	63
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan.....	72

## **DAFTAR LAMPIRAN**

1. Satuan Acara Penyuluhan
2. Leaflet
3. Daftar Riwayat Hidup
4. Format Bimbingan

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.S DENGAN GANGGUAN SISTEM  
PENCERNAAN: POST LAPARASKOPI A.I APENDISITIS KRONIS  
DI RUANGAN MUTIARA ATAS RSUD DR. SLAMET GARUT**

IV BAB, 109 Halaman, 12 tabel, 1 gambar, 1 Lampiran

**ABSTRAK**

Apendisitis adalah pembengkakan usus buntu yang menyakitkan. Berdasarkan WHO Angka kejadian Apendisitis sebesar 25 per 10.000 penduduk yang terjadi pada usia 10 sampai 17 tahun. Di Amerika serikat kejadian apendisitis terjadi sekitar 1 per 400 penduduk dan apendisitis akut dalam kegawatan abdomen di Indonesia menempati urutan ke 4 penyakit terbanyak di Indonesiasetelah dispepsia, gastritis, dan duodenitas. Komplikasi yang dapat timbul dari penyakit apendisitis adalah peritonitis, abses, adhesi, perforasi, masa apendikular, infeksi luka operasi. Tujuan dari pembuatan karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman yang lebih nyata dalam memberikan asuhan keperawatan yang komperhensif kepada Ny.S dengan gangguan sistem pencernaan. Metode pengumpulan data melalui wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, studi dokumentasi, dan studi kepustakaan. Masalah keperawatan yang muncul pada Ny.S yaitu: Nyeri akut, Gangguan mobilitas fisik, Resiko infeksi. Dari ketiga masalah tersebut pada saat evaluasi semua diagnosa dapat teratasi sebagian sesuai dengan tujuan dan target telah ditetapkan. Kesimpulan dari karya tulis ilmiah ini adalah penulis mampu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Setelah melakukan asuhan keperawatan ini penulis berharap kepada pasien, keluarga pasien, instidusi pendidikan, rumah sakit, dan perawat agar mempertahankan derajat kesehatan dengan cara menerapkan pola hidup sehat.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Apendisitis, Pencernaan

Daftar Pustaka: 20 buah (2018 – 2024)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Visi Indonesia sehat 2020 yang pada hakekatnya adalah untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang sehat diseluruh lapisan masyarakat merupakan titik tolak di galakanya berbagai upaya kesehatan. Seiring dengan kemajuan teknologi dan peningkatan status sosial ekonomi yang semakin meningkat, masalah kesehatan juga muncul di masyarakat yang disebabkan kurangnya pengetahuan terutama tentang pola hidup yang tidak sehat sehingga menyebabkan berbagai penyakit, salah satunya penyakit pada saluran pencernaan diantaranya penyakit apendisitis. Apendisitis adalah implamasi atau peradangan pada apendik. Apendisitis merupakan salah satu penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering terjadi, dengan resiko seumur hidup 8,6% pada pria dan 6,7% pada wanita (Jones, 2019). Walaupun apendisitis dapat terjadi pada setiap usia, namun paling sering terjadi pada remaja dan dewasa muda.

Apendisitis merupakan peradangan pada apendik berbentuk vermiformis. Peradangan secara umum, masuknya bakteri ke dalam tubuh dinamakan sebagai trauma biologik. Akan tetapi, tidak semua bakteri bisa menimbulkan penyakit kedalam tubuh. Bakteri yang menyebabkan penyakit hanya bakteri patogen. Masuknya bakteri patogen ke dalam tubuh manusia dinamakan infeksi. Sedangkan suatu infeksi dengan bakteri patogen yang masuk pada tubuh akan menyebabkan peradangan. Dan, gejala-gejala peradangan adalah munculnya rubor, calor, dolor, dan tumor. (Cagle, 2019).

Prevelensi kejadian Apendisitis di Negara berkembang tercatat lebih tinggi di bandingkan Negara maju, menurut WHO Angka kejadian Apendisitis sebesar 25 per 10.000 penduduk yang terjadi pada usia 10 sampai 17 tahun. Di Amerika serikat kejadian apendisitis terjadi sekitar 1 per 400 penduduk dan setiap tahunnya terdapat lebih dari 200.000 dilakukan Apendiktomi ( Nugraha dkk, 2022 ).

Insiden Apendiktomi di Indonesia menempati urutan ke 2 dari 193 negara di antara kasus kegawatan abdomen lainnya dan apendisitis akut dalam kegawatan abdomen di Indonesia menempati urutan ke 4 penyakit terbanyak di Indonesiasetelah dispepsia, gastritis, dan duodenitis. Kasus apendisitis pada tahun 2017 sebanyak 734.138 orang dan pada tahun 2018 menempati kenaikan menjadi 739.177 orang. ( Hendrawati & Amalia, 2022 )

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat menyebutkan pada tahun 2020, jumlah kasus Apendisitis di Jawa Barat Sebanyak penderita 5.980 dan menyebabkan kematian sebesar 177 jiwa. ( Wainsari & Khoiriyah, 2020 ). Angka kejadian Apendisitis di Kabupaten Garut pada tahun 2017 sebanyak 1.078 kasus ( Dinas Kesehatan Garut, 2018 ). Sedangkan angka kejadian Apendisitis di RSUD dr. Slamet Garut dari bulan Januari- Desember 2023 sebanyak 547 jiwa. Dan pada bulan Januari-Mei 2024 sebanyak 213 jiwa. Berdasarkan data yang di peroleh dari RSUD dr. Slamet Garut pada priode januari sampai desember 2023 dan januari sampai mei 2024 di dapat data pasien sebagai berikut.

**Tabel 1.1**

**Daftar Morbiditas Penderita  
rawat inap Periode Januari –  
Mei 2024 Pada RSUD dr.  
Slamet Garut**

<b>No</b>	<b>Jenis Penyakit</b>	<b>Jumlah</b>
1.	Fraktur Tibia Fibula	10 Jiwa
2.	Fraktur Femur	12 Jiwa
3.	Stroke Infark	84 Jiwa
4.	Chronic Kidney Disease	325 Jiwa
5.	Chronic Hearth failure	437 Jiwa
6.	Anemia	30 Jiwa
7.	Apendisitis	213 Jiwa
8.	Dengue Hemoragik Fiver	204 Jiwa
9.	Typoid	210 Jiwa
10.	Kolik Renal	12 Jiwa
11.	Ileus Obstruksi	65 Jiwa
12.	Rupture Tendon	19 Jiwa
13.	Penyakit Paru-paru Obstruktif Kronik	257 Jiwa

( Sumber: Register RSUD dr. Slamet Garut )

Berdasarkan tabel 1.1 di atas dapat di interpretasikan bahwa penderita Apendisitis di RSUD dr. Slamet Garut selama bulan Januari – Mei 2024 bahwa penyakit apendisitis menepati peringkat ke 4 dengan sebanyak 213 jiwa, dan peringkat ke 3 dengan penyakit PPOK sebanyak 257 jiwa, peringkat ke 2 dengan penyakit CKD sebanyak 325 jiwa, peringkat ke 1 dengan penyakit CHF sebanyak 437 jiwa.

Penyebab Apendisitis adalah adanya penyumbatan lumen oleh feses, pembesaran kelenjar apendiks dan benda asing. Sumbatan yang Terjadi akan mengakibatkan distensi lumen yang akan memberikan keluhan mual, muntah, dan nyeri pada ulu hati. Tekanan pada dinding apendiks yang meningkat akan mengakibatkan perpindahan kuman dari lumen ke dinding apendiks, sehingga akan terjadi peradangan atau terkumpulnya pus di sekitar apendiks ( Handayana &

Adeodatus, 2017 ).

Apendisitis dapat terjadi karena peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing ( Apendiks ). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan pembedahan segera untuk mencegah komplikasi. Berdasarkan penelitian *The Global Burden of Disease study* penurunan angka mortalitas ini diduga di pengaruhi oleh sistem kesehatan yang semakin membaik dalam mendiagnosis dan mengobati gejala akut ( Hendrawati & Amalia, 2022 ) .

Dampak yang timbul setelah operasi apendiktomi adalah nyeri. Nyeri post kemungkinan disebabkan oleh luka operasi tetapi kemungkinan sebab lain harus dipertimbangkan. Penyembuhan luka bekas operasi akan berjalan dengan normal tanpa meninggalkan peraturan ataupun bekas jaringan operasi apabila disertai dengan penyembuhan yang normal ( Daulay & Simamora 2019).

Salah satu penatalaksanaan pasien dengan apendisitis adalah dengan pembedahan apendiktomi, Apendiktomi sendiri merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apendik dan biasanya menimbulkan keluhan yang sering dirasakan setelah pasca pembedahan adalah nyeri yang hebat dan mempunyai pengalaman yang kurang menyenangkan ( Mardiaty dkk, 2022 ). Komplikasi yang dapat timbul dari apendisitis sendiri di antaranya adalah peritonitis, abses, adhesi, perforasi, masa apendikular, infeksi luka operasi ( Elfira dkk, 2021 ).

Asuhan keperawatan adalah seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien berkesinambungan dengan kiat-kiat keperawatan yang di mulai dari pengkajian sampai evaluasi untuk memelihara derajat kesehatan yang

optimal. Pendekatan menjamin kualitas asuhan keperawatan yang di berikan perawat karena sistematis dan terorganisir yang di mulai dari pengkajian, penegakan diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi secara terusmenerus. Dengan demikian, perawat dapat menerapkan teori-teori dan model- model konseptual yang telah diperkenalkan oleh para ahli keperawatan di lahan praktek ( Hadinata, 2022 ).

Berdasarkan hal tersebut, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan secara komperhensif pada Ny.S Dengan melakukan proses keperawatan serta melakukan pendokumentasian dalam karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Nn.S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Laparaskopi A.I Apendisitis kronis Di Ruangn Mutiara Atas RSUD dr. Slamet Garut”

## **A. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post op Laparaskopi a.i Apendisitis Kronis di ruangan Mutiara Atas RSUD.dr.Slamet Garut?.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Penulis mampu menulis Asuhan Keperawatan pada klien Dengan Sistem Pencernaan: post op Laparaskopi a.i Apendisitis kronis di Ruangn Mutiara Atas RSUD.dr.Slamet Garut secara komperhensif.

### **2. Tujuan Khusus**

a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada klien dengan system



percernaan: post op Laparaskopi a.i Apendisitis Kronis di Ruang  
Mutiara Atas RSUD.dr.Slamet Garut.

- b. Penulis mampu menentukan diagnose keperawatan pada klien dengan Sistem Pencernaan: post op Laparaskopi a.i Apendisitis Kronis di Ruang Mutiara Atas RSUD.dr.Slamet Garut.
- c. Penulis mampu menentukan intervensi keperawatan pada klien dengan Sistem Pencernaan: post op Laparaskopi a.i Apendisitis Kronis di Ruang Mutiara Atas RSUD.dr.Slamet Garut.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi pada klien dengan Sistem Pencernaan: post op Laparaskopi a.i Apendisitis Kronis di Ruang Mutiara Atas RSUD.dr.Slamet Garut.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi pada klien dengan Sistem Pencernaan: post op Laparaskopi a.i Apendisitis Kronis di Ruang Mutiara Atas RSUD.dr.Slamet Garut.

### **C. Metode Telaahan**

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan melalui pendekatan proses keperawatan pada Ny.S yang terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Sedangkan untuk teknik pengumpulan data adalah sebagai berikut:

#### **1. Wawancara**

Dengan berbicara yang terarah dilakukan untuk memperoleh data mengenai kasus post laparaskopi a.i Apendisitis kronis yang diperoleh dari

pasien, keluarga pasien, dan tenaga kesehatan.

## **2. Observasi**

Penulis melakukan pengamatan terhadap pasien dengan cara melibatkan langsung pasien untuk memperoleh data yang subjektif tentang masalah pasien dengan sistem pencernaan post lapaskopi a.i Apendisitis kronis.

## **3. Pemeriksaan Fisik**

Penulis menyimpulkan data objektif tentang masalah post laparaskopi a.i Apendisitis kronis dengan cara inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perpusi.

## **4. Studi Dokumentasi**

Pengumpulan data yang di dapatkan dari pasien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan, seperti data hasil laboratorium, data-data penunjang dari dokumentasi keperawatan pasien saat dilakukan tindakan keperawatan sebelumnya.

## **5. Studi Kepustakaan**

Hal ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teori yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang di dapat dengan fakta yang ada di lahan praktek, di peroleh kesenjangan mencari penyebab dan pemecahan masalah.

## **D. Sistematika Penulisan**

Untuk mengetahui mengenai penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan jelas, maka penulis menggunakan penulisan yang terdiri dari 4 bagian: BAB: BAB 1 berisikan pendahuluan, latar belakang, tujuan penulis, metode penelaahan, dan

sistematika penulisan. BAB II berisikan tinjauan teori tentang konsep, konsep dasar penyakit dan konsep asuhan keperawatan pada pasien apendisitis. BAB III Berisikan tinjauan kasus yang berisikan tentang pembahasan yang di temukan di lapangan yaitu antara teori dan fakta yang ada serta mencari penyelesaian dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. BAB IV penutup yang berisi tentang kesimpulan dan saran dari penyusun karya tulis ilmiah.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **A. Konsep Dasar**

##### **1. Definisi**

Apendisitis merupakan peradangan akut pada apendiks vermiformis berupa tabung sempit yang memanjang dari bagian inferior sekum. Apendiks tidak memiliki fungsi yang pasti tetapi akan mengisi dan mengosongkan saat makanan bergerak melalui saluran pencernaan.

Apendisitis dimulai ketika usus buntu tersumbat atau meradang yang menyebabkan pembuluh darah membesar, stasis, dan oklusi arteri, pada akhirnya bakteri akan menumpuk dan usus buntu akan dapat berkembang menjadi gangrene ( Hartoyo M dkk, 2021).

Apendisitis adalah inflamasi saluran usus yang tersembunyi dan kecil yang berukuran 4inci (10cm). usus yang buntu pada ujung sektum. Apendiks dapat terobstruksi oleh massa feses yang keras, yang di akibatkannya akan trjadi inflamasi, infeksi, ganggren, dan mungkin perforasi. Apendiks yang reptur merupakan gejala yang serius karena isi usus dapat masuk ke dalam abdomen dan menyebabkan peritonitis atau abses ( Rosdahl, 2017 ).

Dari definisi di atas dapat di simpulkan bahwa apendisitis adalah peradangan pada usus buntu yang disebabkan karena adanya sumbatan. Apendisitis juga merupakan paktor terbesar terjadinya kegawatdaruratan abdomen dan bedah abdomen. Jika apendisitis terjadidalam jangka waktu

yang lama maka akan besar pula komplikasi yang akan terjadi.

## 2. **Etiologi**

Apendisitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri, berbagai hal yang berperan sebagai faktor pencetusnya, diantaranya adalah obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras ( fekalit ), hiperplasia folikel limfoid, tumor, apendiks, adanya benda asing seperti umbai cacing askariasis, erosi mukosa apendiks karena parasite seperti *Escherichia Histolytica* dan kebiasaan mengkonsumsi makanan rendah serat yang akan mengakibatkan kontipasi yang menimbulkan apendisitis sehingga meningkatkan tekanan intrasekal dan menimbulkan sumbatan fungsional apendiks serta meningkatkan pertumbuhan kuman flora dan kolon. ( Murtaqib, Kusharyadi 2019 ).

Peristiwa patogen utama pada sebagian besar pasien dengan apendisitis akut diyakini disebabkan oleh obstruksi pada lumen apendisitis. Obstruksi ini bisa disebabkan oleh berbagai hal, antara lain feses, hiperplasia limfoid, benda asing, parasite usus, dan tumor primer apendiks seperti karsinoid, adenokarsinoma, sarcoma kopasi, dan limfoma. Dapat juga disebabkan oleh tumor metastalik ( usus besar dan payudara ). Stasis feses dan fekalit merupakan penyebab paling umum obstruksi apendiks. diikuti hiperplasia limfoid, bahan sayur dan biji buah, bahan barium dari pemeriksaan radiografi, dan cacingan ( terutama ascarids ) semuanya diketahui sebagai penyebab obstruksi apendisitis dan

apendiks ( *Gastroenterology et al*, 2016, *Khan et al*, 2018).

### 3. **Klasifikasi**

#### a. Apendisitis Akut

Apendisitis akut merupakan peradangan apendiks dengan gejala khas yang memberikan tanda gejalanya antara lain nyeri samar dan tumpul merupakan nyeri visceral didaerah epigastrium di sekitar umbilicus. Keluhan ini dirasakan mual, muntah, dan penurunan nafsu makan. ( *Mardelena*, 2018 ).

Apendisitis akut mengenai batasan waktu serangan 24-48 jam dan merupakan kasus kegawatdaruratan medis dimana nyeri perut di kuadran kanan bawah. Nyeri yang semakin hebat menjadi keluhan utamanya. Apendisitis akut harus segera mendapatkan pertolongan medis untuk mencegah komplikasi atau kematian ( *Hartoyo, M dkk*, 2021 ).

#### b. Apendisitis Rekurens

Apendisitis rekuren yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut bagian kanan bawah yang mendorong dilakukannya appendektomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun Apendisitis tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena fibrosis dan jaringan perut. ( *Nurarif & Kusuma*, 2015).

#### c. Apendisitis Kronis

Apendisitis kronis adalah peradangan usus buntu atau umbai

cacing yang terjadi dengan rentang waktu yang lama, yaitu beberapa minggu sampai tahun. Apendisitis kronis dapat terjadi akibat usus buntu atau umbai cacing tersumbat oleh feses, benda asing, tumor atau pembengkakan akibat peradangan. Apendisitis kronis umumnya mempunyai gejala yang lebih ringan di bandingkan apendisitis akut . (Hartoyo, M dkk, 2021).

Diagnosis apendisitis kronis baru dapat ditegakan jika ditemukan tiga Hal yaitu:

- 1.) Pasien memiliki riwayat nyeri pada bagian kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu tanpa alternative diagnosis lain.
- 2.) Secara histopatologik gejala yang dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau fibrosis pada apendisitis. (Mardalena, 2018)
- 3.) Apendisitis kronis memiliki semua gejala nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang apendiks secara makroskopik dan mikroskopik ( fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan hilangsetelah di apendiktomi. (Nurarif & Kusuma, 2015)

#### 4. **Manifestasi Klinik**

Umumnya gejala awal apendisitis munculnya berupa nyeri perut periumbilikalis yang terlokalisasi di kuadran kanan bawah, Pada awalnya

rangsangan pada serabut saraf aferen viseral di T8 hingga T10 menyebabkan nyeri terpusat yang samar-samar. Saat peradangan apendiks semakin berat akan menyebabkan peritoneum parietal yang berdekatan teriritasi, nyeri menjadi lebih terlokalisasi kuadran kanan bawah. Nyeri mungkin disertai atau tidak disertai dengan salah satu gejala berikut:

- a. Anoreksia
- b. Mual / Muntah
- c. Demam (40% pasien)
- d. General Malaise
- e. Peningkatan Frekuensi atau urgensi buang air kecil

Pada beberapa pasien mungkin datang dengan gejala yang tidak biasa, Pada pasien dapat timbul nyeri pada saat tidur. Selain itu, pasien mungkin mengeluh nyeri perut saat berjalan atau batuk. Nyeri perut saat ekstensi pasif paha kanan saat posisi pasien tidur miring ke kiri dengan lutut diruruskan disebut dengan tanda Psoas. Hal ini terjadi ketika radang apendiks berada pada retrocecal dan menutupi otot psoas kanan. Manuver ini meregangkan otot psoas mayor, yang dapat teriritasi oleh retrocecal yang meradang. Pasien sering melenturkan pinggul untuk memendekkan otot psoasmayor dan menghilangkan rasa sakit.

Temuan pemeriksaan fisik seringkali samar-samar, terutama pada apendisitis awal. Seiring dengan semakin berkembangnya infeksi, tanda-tanda peradangan pada peritoneum berkembang. Tanda-tanda termasuk: Penjagaan kuadran kanan bawah dan nyeri tekan pada titik McBurney (1,5



hingga 2 inci dari tulang iliaka anterior superior ( ASIS ) Pada garis lurus dari ASIS sampai umbilikus, Tanda Rovsing ( nyeri kuadran kanan bawah yang timbul pada palpasi kuadran kiri bawah ) Tanda Dunphy ( nyeri perut meningkat disertai batuk ), Tanda –tanda terkait lainnya seperti tanda psoas ( nyeri pada rotasi eksternal atau ekstensi pasif pinggul kanan menunjukkan apendisitis retrocecal ), atau tanda obturator ( nyeri pada rotasi internal pinggul kanan yang menandakan panggul radang usus buntu ) jarang terjadi. Lamanya gejala bervariasi tetapi biasanya berkembang dari apendisitis awal pada 12 hingga 24 jam setelah timbulnya gejala. Risiko pecahnya bervariasi tetapi sekitar 2% pada usia 36 tahun dan meningkatkan sekitar 5% setiap 12 jam setelah itu. ( Jones *et al*, 2023).

#### 5. **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang pada apendisitis dapat berupa pengujian laboratorium dan pencitraan. Tes Laboratorium berupa jumlah leukosit total, persentase neutrophil, konsentrasi protein C-reaktif berguna untuk menentukan langkah diagnostic pada pasien dengan dugaan apendisitis akut. Pasien dengan apendisitis akut dapat ditemukan peningkatan jumlah sel darah putih, ditemukannya keton pada urine, peningkatan protein CRP, Hitungan WBC 10.000 sel/mm<sup>3</sup> sangat dapat diprediksi pada pasien dengan apendisitis akut. Namun, kadarnya akan meningkat pada pasien dengan apendisitis yang rumit. Oleh karena itu, jumlah sel darah putih yang sama atau di atas 17.000 sel/mm<sup>3</sup> dikaitkan dengan komplikasi apendisitis akut, termasuk apendisitis perforasi dan gangrene. ( Withers *et al*, 2019).

Pencitraan berupa CT Scan perut memiliki akurasi lebih dari 95% untuk diagnosis apendisitis dan digunakan dengan frekuensi yang meningkat. Kriteria CT untuk apendisitis termasuk apendiks yang membesar ( diameter lebih dari 6 mm ), penebalan dinding apendiks ( lebih dari 2mm ), untaian lemak peri-apendiks, peningkatan dinding apendiks, adanya appendicolith ( sekitar 25% pasien ). Ultrasonografi kurang sensitive dan spesifik dibandingkan CT tetapi mungkin berguna untuk menghindari radiasi pengion pada anak-anak dan wanita hamil. MRI ungujuga berguna untuk pasien hamil dengan suspek apendisitis dan ultrasonografi yang tidak pasti, Secara klasik cara terbaik untuk mendiagnosis apendisitis akut adalah dengan anamnesis yang baik dan pemeriksaan fisik terperinci ( Jones *et al*, 2023 ).

## 6. Patofisiologi

Apendisitis mengalami peradangan dan oedema karena ada lipatan atau sumbatan oleh fekait, benda asing atau tumor. Proses peradangan mendorong tekanan intraluminal meningkat, melalui rasa sakit yang progresif parah, umum, atau periumbilikal yang terlokalisasi terjadi akumulasi nanah pada usus buntu yang meradang. ( Hartoyo M dkk, 2021)

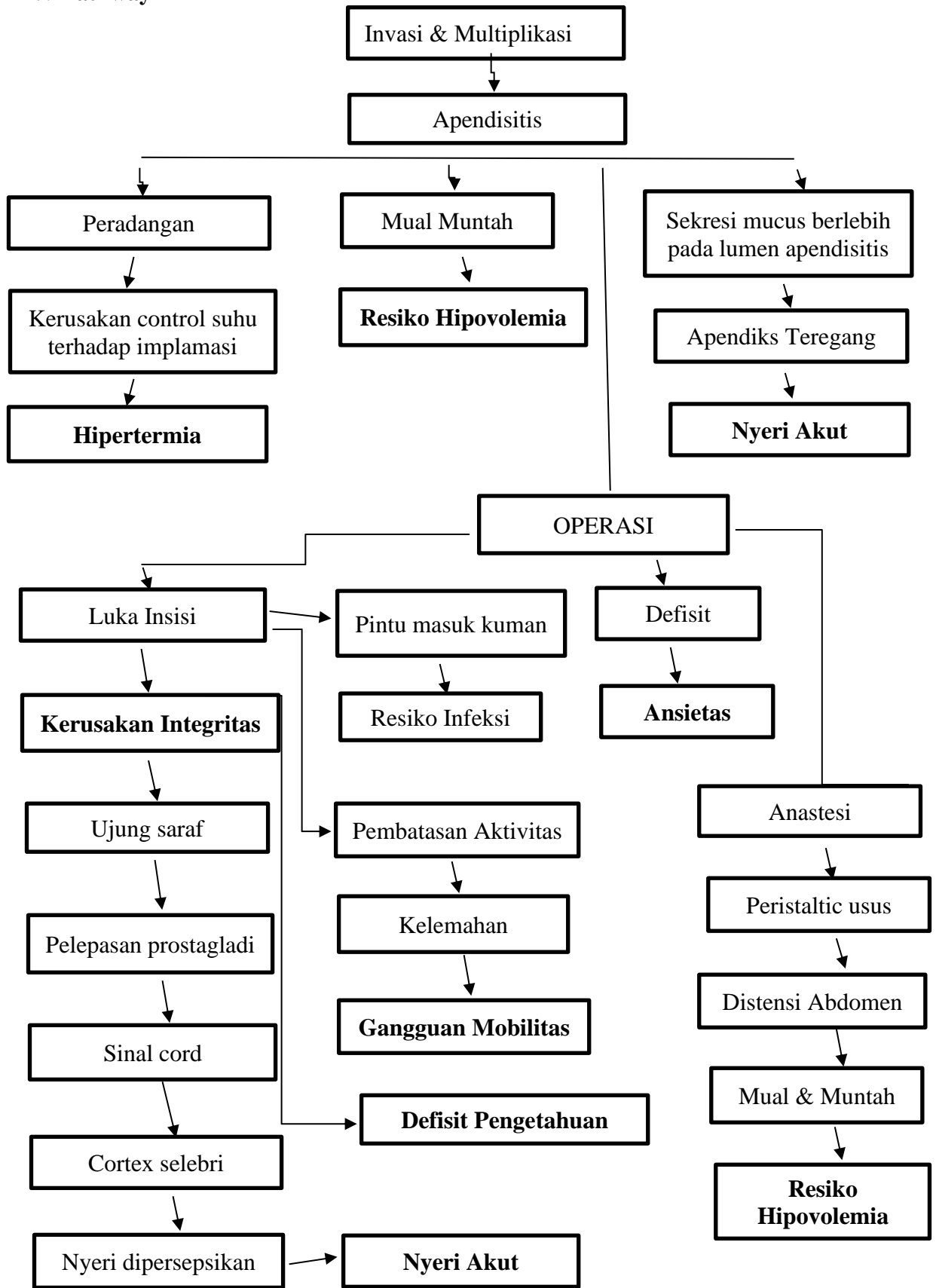
Awal terjadinya apendisitis dimulai dari setiap harinya jaringan mukosa apendik dapat menghasilkan sekret berupa lendir atau mukus, apabila terjadi obstruksi makanan akan menghambat mukus dan menumpuk didalam lumen apendiks, Namun, karena kurangnya kelastisan dinding apendiks maka akan mengakibatkan meningkatnya tekanan intralumen yang

menyebabkan oklusi pembuluh darah kecil dan statis limfatik sehingga berakibat menimbulkan dinding apendiks menjadi iskemik dan nekrotik. Selain itu, adanya pertumbuhan bakteri ( aerob ). Yang berlebih akan mendominasi kemudian pada tahap selanjutnya akan di dominasi oleh bakteri aerob dan anaerob. ( Midalina, 2023 )

Tekanan yang meningkat tersebut akan menyebabkan apendiks mengalami hipoksia, hambatan, aliran limfe, ulserasi mukosa, dan invasi bakteri. Infeksi mmperberat pembengkakan apendiks dan trombosis pada pembuluh darah dinding apendiks yang menyebabkan iskemik, dan terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Bila sekresi mukus terus berlanjut tekanan akan terus meningkat dan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, serta bakteri akan menembus dinding.

Bila kemudian arteri terganggu akan terjadi infak dinding apendiks yang diikuti dengan ganggren. Stadium disebut dikenal dengan apendisitis ganggrenosa. Apabila dinding yang rapuh dipecah, akan mengakibatkan terjadi apendisitis perforasi. Apabila proses diatas berjalan lambat, dapat menyebabkan momentum dan usus yang berdekatan akan bergerak kearah apendiks sehingga timbul suatu masa lokal yang disebut infiltrat. apendikularis. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah pembedahan. Jika tidak dilakukan tindakan pembedahan segera, apendiks tersebut peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang dikarenakan pecah atau perforasi yang terjadi pada bagian usus buntu atau apendiks. ( Mardalena, 2018).

7. Pathway



( Sumber: Magungakbar, 2019)

## 8. Penatalaksanaan

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

Apendektomi melalui laparatomi terbuka pada insisi kuadran kanan bawah minimal atau melalui laparaskopi merupakan pengobatan standar dari apendisitis akut. Apendiktomi laparaskopi memberikan hasil rendahnya insiden infeksi luka, komplikasi postoperative lebih sedikit, waktu rawat lebih singkat, dan pasien lebih cepat kembali beraktivitas dibandingkan dengan laparatomi terbuka baik pada dewasa maupun anak-anak. Penundaan pembedahan di rumah sakit yang singkat hingga 24 jam aman pada apendisitis akut tanpa komplikasi dan tidak meningkatkan angka komplikasi dan perforasi pada orang dewasa. Menunda apendiktomi untuk apendisitis akut tanpa komplikasi hingga 24 jam setelah masuk tampaknya tidak menjadi faktor risiko untuk apendisitis rumit, tidak terkait dengan peningkatan risiko perforasi atau hasil yang merugikan, infeksi tempat

operasi pasca operasi, untuk morbiditas. (Snyder *et al*, 2018)

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

Penatalaksanaan yang dilakukan sebaiknya konservatif dengan pemberian antibiotik dan istirahat di tempat tidur. Penatalaksanaan pembedahan hanya dilakukan bila dalam perawatan terjadi abses dengan atau peritonitis umum. Penatalaksanaan umum apendisitis menurut (Mardalena, 2018 ). Antara lain:

**a. Sebelum Operasi**

- 1) Pemasangan sonde lambung untuk dekompresi
- 2) Pemasangan kateter untuk mengontrol produksi urine
- 3) Rehidrasi
- 4) Antibiotik dengan spectrum luas, dosis tinggi dan diberikan secara intravena.
- 5) Obat-obatan penurunan panas diberikan setelah rehidrasi tercapai
- 6) Bila demam, harus diturunkan sebelum diberi anestesi.

**b. Operasi**

- 1) Apendiktomi
- 2) Apendiks di buang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika
- 3) Abses apendiks diobati dengan antibiotika IV, biasanya mungkin mengecil atau abses mungkin memerlukan drainase dengan jangka waktu beberapa hari
- 4) Apendiktomi dilakukan bila abses dilakukan operasi efektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan.

**c. Pasca Operasi**

- 1) Observasi TTV
- 2) Angka sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah
- 3) Baringkan pasien dalam posisi semi fowler
- 4) Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama pasien dipuasakan
- 5) Bila ada tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal
- 6) Berikan minuman mulai 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikan menjadi 30ml/jam keesokan harinya berikan makanan sering dan hari berikutnya di berikan makanan lunak
- 7) Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2x30 menit
- 8) Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk di luar kamar

9) Hari ke-7 jahitan dapat di angkat dan pasien diperbolehkan pulang

Keadaan masa apendiks dengan proses radang yang masih aktif di tandai dengan:

- a. Keadaan umum pasien masih terlihat sakit, suhu tubuh masih tinggi
- b. Pemeriksaan local abdomen kuadran kanan bawah masih jelas terdapat tanda-tanda peritonitis
- c. Sebaiknya dilakukan tindakan pembedahan segera setelah pasien di persiapkan, karena dikhawatirkan akan terjadi abses apendiks dan peritonitis umum. Persiapan dan pembedahan harus dilakukan sebaik-baiknya mengingat penyulit infeksi luka lebih tinggi dari pada pembedahan pada apendisitis sederhana tanpa perforasi.

Keadaan massa apendiks dengan proses radang yang telah mereda di tandai dengan:

- a. Keadaan umum telah membaik dengan tidak terlihat sakit, suhu tubuh tidak tinggi lagi
- b. Pemeriksaan local abdomen tidak terdapat tanda-tanda peritonitis dan hanya teraba massa dengan jelas dan nyeri tekan ringan
- c. Laboratorium hitungan leukosit dan hitung jenis normal

## 9. **Komplikasi**

Komplikasi utama apendisitis adalah perforasi usus buntu, yang beresiko terjadi peritonitis, pembentukan abses ( pengumpulan bahan purulent ) atau *pylephlebitis* portal, yaitu thrombosis septik vena portal yang



di sebabkan oleh emboli vegetatif yang timbul dari usus septik. Pada umumnya perforasi biasa timbul sejak 24 jam dari munculnya nyeri.

Adapun gejalanya seperti demam, tampak toksik perut, nyeri atau nyeri tekan perut, mual muntah, peningkatan denyut nadi dan pernapasan. Komplikasi yang lain meliputi syok sepsis, dan ileus paralitik ( Hartoyo M dkk, 2021 ).

Komplikasi Menurut ( Elfira *et all*, 2021 ) yaitu:

a. **Peritonitis**

Jika usus buntu pecah, lapisan perut ( peritoneum ) akan terinfeksi. Hal ini dapat merusak organ dalam dengan gejala: sakit perut terus menerus, suhu badan naik, detak jantung cepat, nafas cepat dan sesak, dan terjadi pembengkakan perut. Jika peritonitis tidak segera ditangani dapat menyebabkan masalah jangka panjang dan bahkan bisa berakibat fatal. Perawatan untuk peritonitis biasanya melibatkan antibiotik dan pembedahan untuk mengangkat usu buntu.

b. **Abses**

Terkadang abses terbentuk di sekitar usus buntu yang pecah. Abses adalah kumpulan nanah yang terbentuk ketika tubuh mencoba melawan infeksi. Abses dapat terbentuk sebagai komplikasi pembedahan untuk mengangkat usus buntu. Abses terkadang dapat di obati dengan antibiotik, tetapi dalam kebanyakan kasus nanah perlu dikeluarkan dari abses. Jika abses

di temukan selama operasi,area tersebut di cuci dan diberikan antibiotik.

**c. Adhesi**

Adhesi bisa menjadi lebih besar atau lebih ketat dari waktu ke waktu. Masalah dapat terjadi pelengketan menyebabkan organ atau bagian tubuh memutar, tarik keluar dari posisi, tidak dapat bergerak secara normal. Resiko pelengketan tinggi setelah operasi usus atau organ kewanitaan. Pembedahan menggunakan laparaskopi cenderung menyebabkan pelengketan di perut atau panggul adalah apendisitis setelah usus pecah.

**d. Perforasi**

Apendisitis perforasi adalah pecahnya apendiks yang sudah gangrene yang menyebabkan pus masuk kedalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum. Pada dinding apendik tampak daerah perforasi dikelilingi oleh jaringan nefrotik.

**e. Masa Apendikular**

Masa apendiks adalah tumor inflamasi yang terdiri dari apendiks yang meradang, visera yang berdekatan dan omentum mayor, sedangkan abses adalah masa apendiks yang mengandung nanah.

**f. Infeksi Luka Operasi Apendiktomi**

Infeksi luka operasi ( ILO ) merupakan salah satu dari tiga infeksi tersebut yang di dapat di rumah sakit, dengan rata-rata

mencapai 14 – 16 % dan yang merupakan infeksi sering terjadi pada pasien post operasi. Hampir dua per tiga angka kejadian ILO terbatas pada luka insisi operasi dan hanya sepertiga yang juga melibatkan organ atau bagian anatomi lain yang terlibat saat operasi. ILO juga sering terjadi setelah operasi apendektomi terutama pada apendisitis kompleks (gangrenosa dan ruptur) dengan angka kejadian 9-53% Dimana dengan komplikasi ILO akan menambah nyeri.

#### 10. **Perencanaan Pemulangan ( *Discharge Planning* ) Dan Keperawatan Kesehatan Di Rumah**

Sebelum pasien di pulangkan setelah menjalani operasi apendektomi, perawat perlu memberikan edukasi meliputi:

##### a. **Obat-obatan**

Pastikan pasien memahami obat nyeri di resepkan, termasuk dosis, rute, tindakan, dan efek samping.

##### b. **Luka Operasi / Sayatan**

Untuk prosedur terbuka, jahitan umumnya di lepaskan dalam waktu 5 hingga 7 hari. Serta jelaskan perlunya menjaga luka operasi tetap bersih dan kering. Ajarkan pasien untuk mengamati luka dan laporkan ke dokter setiap pembengkakan, kecemasan, drainase, bau, atau pemisahan tepi luka yang meningkat.

##### c. **Antisipasi Kemungkinan Komplikasi**

Anjurkan pasien bahwa kemungkinan terjadi komplikasi

apendisitis yaitu peritonitis. Diskusikan dengan pasien gejala yang menunjukkan peritonitis, termasuk nyeri perut yang tajam, demam, mual dan muntah, dan peningkatan denyut nadi dan pernafasan.

**d. Nutrisi**

Anjurkan pasien bahwa diet dapat di tingkatkan ke pola makan normalnya selama tidak ada gastroibtestinal (Hartoyo M dkk, 2021 ).

**B. Konsep Perioperatif**

**1. Definisi**

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk dengan pengalaman pembedahan pasien. Istilah pengalaman pembedahan, yaitu: fase perioperatif, fase intraoperatif, dan post operatif pembedahan. Masing-masing Fase di mulai pada waktu tertentu dan berakhir pada waktu tertentu pula dengan urutan peristiwa yang membentuk pengalaman bedah dan masing-masing mencangup tentang prilaku dan aktivitas keperawatan yang luas yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan proses keperawatan dan standar praktik keperawatan ( Farhan Z, 2019 ).

**2. Tahapan – Tahapan Keperawatan Perioperatif ( Farhan Z, 2019 )**

**a. Keperawatan Pre Operatif**

Keperawatan pre operatif merupakan tahapan awal dari keperawatan perioperatif. Kesuksesan tindakan pembedahan secara keseluruhan sangat tergantung pada fase ini. Hal ini disebabkan pada fase ini merupakan awalan yang menjadi landasan untuk kesuksesan tahapan berikutnya. Faktor terhadap pembedahan antara lain:

### **1) Usia**

Pasien dengan usia yang terlalu muda dan lanjut usia mempunyai resiko yang lebih besar. Hal ini akibat cadangan fisiologis pada usia tua sudah sangat menurun, Sedangkan pada usia yang terlalu muda ( bayi/ anak-anak ) yang belum berfigsi sempurna.

### **2) Nutrisi**

Kondisi malnutrisi lebih berisiko terhadap pembedahan di bandingkan dengan orang normal dengan gizi baik terutama pada fase penyembuhan. Pada pasien diperlukan untuk proses penyembuhan luka.

### **3) Penyakit Kronis**

Penyakit-penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskuler, diabetes, ginjal dapat mengganggu sehingga meningkatkan komplikasi pada saat pembedahan maupun pasca pembedahan.

### **4) Ketidak Sempurnaan Respon Neuroendokrin**

Ketidak sempurnaan respon neuroendokrin dapat mengancam hidup pasien saat dilakukan pembedahan.

### **5) Merokok**

Pasien dengan riwayat merokok biasanya akan mengalami gangguan vaskuler yang akan meningkatkan tekanan darah sistemiknya.

### **6) Alkohol dan Obat-Obatan**

Pasien yang mempunyai riwayat alkoholik kronik biasanya sering menderita malnutrisi dan masalah-masalah sistemik.

### **b. Keperawatan Intra Operatif**

Keperawatan intra operatif merupakan bagian dari tahapan keperawatan perioperatif. Fungsi keperawatan intra operatif adalah sebagai kepala advokat pasien dalam kamar operasi yang menjamin kelancaran jalannya operasi dan menjamin keselamatan pasien selama tindakan pembedahan. Selain itu, fungsi perawat di dalam kamar operasi seringkali dijelaskan dalam hubungan aktivitas-aktivitas sirkulasi dan scrub ( instrumentator ) ( Farhan Z, 2019).

### **3. Keperawatan Post Operasi**

Keperawatan post operasi adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan di arahkan untuk menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan mencegah komplikasi yang akan muncul (Farhan Z, 2019 ).

### **4. Klasifikasi Pembedahan ( Farhan Z, 2019 )**

- a. Kedaruratan: pasien membutuhkan perhatian segera, gangguan mungkin mengancam jiwa ( indikasi dilakukan pembedahan tanpa di tunda ).
- b. Urgen: pasien memerlukan perhatian segera ( pembedahan dapat dilakukan dalam 24-30 jam ).
- c. Diperlukan: pasien harus menjalani pembedahan (pembedahan dapat dilakukan dalam beberapa minggu atau bulan ).
- d. Elektif: pasien harus di operasi ketika di perlukan ( bila tidak dilakukan

pembedahan tidak terlalu membahayakan ).

- e. Pilihan: Keputusan tentang pembedahan di serahkan sepenuhnya kepada pasien ( indikasi pembedahan merupakan pilihan pribadi dan biasanya terkait dengan estetika ( Farhan Z, 2019 ).

#### 5. **Faktor Resiko Pembedahan** ( Farhan Z, 2019)

- a. Minor: menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakanyang minim
- b. Mayor: menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian yang sangat serius ( Farhan Z, 2019).

### C. **Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Apendisitis** (Mardelena, 2018)

Perencanaan Asuhan Keperawatan pada pasien yang menjalani operasi usus buntu meliputi: mencegahnya komplikasi, meningkatkan kenyamanan, dan memberikan informasi ( Hartoyo, 2022 ).

#### 1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya (Hardinata, 2022 ).

##### a. **Biodata**

###### 1) Identitas Klien

Nama, Umur, Jenis Kelamin, Tanggal Lahir, Pendidikan, Pekerjaan, Alamat, Suku Bangsa, Agama, NO RM, Diagnosis Medis, Tanggal Masuk, Tanggal Operasi.

## 2) Identitas Penanggung Jawab

Nama, Umur, Jenis Kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Alamat, Agama, Suku Bangsa, dan Hubungan Dengan Klien.

### b. Riwayat Kesehatan

#### 1) Keluhan Utama

Biasanya pasien dengan penyakit Apendisitis mempunyai keluhan yang khas yaitu nyeri pada abdomen kuadran kanan bawah dan untuk pasien dengan keluhan apendiktomi biasanya mempunyai keluhan nyeri pada area bekas operasi ( Mardalena, 2018 ).

#### 2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat Kesehatan sekarang pada saat pengkajian adalah merupakan Penjabaran dari keluhan utama

a) Provokatif / palatif: Hal – hal yang memperberat dan memperingan keluhan. Contohnya: Klien mengeluh nyeri pada area bekas luka operasi, nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang saat beristirahat atau di beri obat.

b) Quality / quantity: yaitu gejala yang di rasakan tampak atau terdengar dan sejauh mana pasien merasakan keluhan utamanya.

Contoh : Nyeri dirasakan seperti di tusuk – tusuk / di peras dan biasanya membuat pasien kesulitan untuk melakukan aktivitas

c) Region: Yaitu dimana gejala dirasakan, apakah menyebar, Contohnya: Nyeri dirasakan pada luka bekas operasi, nyeri tidak



menjalar.

d) Skala: Yaitu tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien biasanya dengan skala (0-5) atau (0-10)

e) Time: Kapan keluhan itu muncul, seberapa lama keluhan itu muncul.

### 3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Kaji apakah pasien pernah mempunyai penyakit yang di haruskan melakukan tindakan pembedahan atau pernah melakukan tindakan pembedahan.

### 4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kaji apakah di keluarga klien ada yang memiliki penyakit yang sama dengan klien atau mempunyai penyakit keturunan (Genetik) seperti Hipertensi, DM.

## c. **Data psikososial dan Spiritual**

Kaji peran pasien dalam keluarga, status emosional, konsep diri, mekanisme koping, tingkat kecemasan, pola interaksi sosial.

## d. **Pola Aktivitas Sehari-hari**

### 1) Pola Nutrisi

Pada pasien post Apendiktomi biasanya terjadi penurunan nafsumakan ( Aneoreksia ) dan mual muntah.

### 2) Pola Eliminasi

Pada pasien post apendiktomi biasanya di temukan penurunan jumlah urine akibat intake yang tidak adekuat akibat pembedahan.

### 3) Pola Istirahat Tidur

Pada pasien apendiktomi biasanya mengalami gangguan tidur karena nyeri luka operasi.

### 4) Personal Hygiene

Pada pasien post apendiktomi biasanya klien harus dibantu dalam melakukan personal hygiene karena adanya keterbatasan gerak akibat nyeri.

### 5) Aktivitas Sehari-Hari

Pada pasien post apendiktomi biasanya pasien mempunyai keterbatasan gerak akibat adanya nyeri luka operasi.

## e. **Pemeriksaan Fisik**

### 1) Keadaan Umum Pasien

Setelah dilakukan pembedahan apendiktomi biasanya pasien tampak lemah, gelisah dan meringis.

### 2) Pemeriksaan TTV

Biasanya pada pasien post apendiktomi biasanya tanda-tanda vital yang rutin di cek adalah Tekanan Darah, Nadi, Respirasi, Suhu.

### 3) Pemeriksaan Fisik ROS ( riveuw of system )

#### (a) Sistem Pernapasan

Pada pasien post apendiktomi biasanya menjadi perubahan pola dan frekuensi pernapasan lebih cepat akibat adanya nyeri biasanya takikardia.

#### (b) Sistem Kardiovaskuler

Pada pasien post apendiktomi biasanya di temukan tanda-tanda syok seperti takikardi ( denyut jantung pasien lebih cepat dari biasanya ), berkeringat, agak pucat, hipotensi dan akral dingin biasanya pernapasan dangkal.

(c) Sistem Pencernaan

Pada post apendiktomi biasanya di temukan distensi abdomen, mukosa bibir kering, peristaltic usus menurun, mual muntah, dan konstipasi akibat dari pembedahan.

(d) Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan biasanya terjadi penurunan keluaran urine dan bahkan warna urine biasanya menjadi pekat, terdapat distensi kandung kemih, dan retensi urine.

(e) Sistem Neurologis

Pada pasien post apendiktomi biasanya nyeri yang dirasakan pasien bervariasi semua tergantung pada anggapan fisiologis dan psikologis yang dapat ditimbulkan oleh nyeri itu sendiri.

(f) Sistem Pendengaran

Pada pasien post apendiktomi biasanya jarang ditemukan masalah pada sistem pendengaran.

(g) Sistem Integumen

Pada pasien post apendiktomi biasanya di temukan luka sayatan akibat pembedahan di area abdomen, turgor kulit menurun, sianosis dan pucat.

(h) Sistem Muskuloskeletal

Pada pasien post apendiktomi ada keterbatasan gerak akibat adanya nyeri di area bekas operasi.

f. **Pemeriksaan Penunjang**

Tanda-tanda peritonitis kuadran kanan bawah, perselubungan mungkin terlihat ( ileal atau caecal ileus ) gambaran garis pertemuan cairan udara di sekum atau ileum.

- 1) Laju edap Darah (LED) Meningkatkan pada keadaan apendisitis infiltrate
- 2) Urine rutin penting untuk melihat apa ada infeksi pada ginjal
- 3) Peningkatan leukosit, neutrofilia, tanpa eosinophil.
- 4) Pada edema bariumpendik tidak terisi.
- 5) Pemeriksaan USG untuk menentukan fekait non-klasifikasi, apendiknonferforasi, abses apendiks.

g. Analisa Data

**Tabel 2.3 Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS:</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri pada area luka operasi</li> <li>2. Terdapat luka operasi</li> </ol>	<p>Dari Invasi dan multiplikasi suatu organisme di jaringan tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan sel sehingga terjadi apendisitis yang akan menyebabkan peradangan pada usus dan terjadi tindakan operasi sehingga terdapat luka insisi yang akan menyebabkan kerusakan integritas kulit ujung saraf terputus pelepasan postagladin sehingga nyeri dipersepsikan dan terjadi nyeri akut.</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077)</p>
2.	<p>DS:</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka operasi pada abdomen</li> <li>2. Terdapat tanda-tanda infeksi seperti rubor, kalor, dolor, tumor.</li> </ol>	<p>Dari penyakit apendisitis terjadi tindakan operasi dan terjadi luka insisi sehingga pintu masuk kuman dapat terjadi dan menyebabkan resiko infeksi</p>	<p>Resiko Infeksi ( D.0142)</p>
3.	<p>DS:</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keadaan umum</li> </ol>	<p>Dari invasi dan multiplikasi terjadi apendisitis sehingga</p>	<p>Resiko hypovolemia (D.0034)</p>

	lemah 2. Turgor kulit jelek	menyebabkan mual dan muntah dan terjadi resiko hipovolemia	
--	--------------------------------	--	--

4.	Ds: Do: 1. Suhu > 37,5 derajat celcius 2. Kulit teraba panas	Dari penyakit apendisitis terjadilah peradangan pada usus yang dapat menyebabkan kerusakan control suhu terhadap implamasi dan terjadi Hipertermia	Hipertermia (D.0130)
5.	Ds: Do: 1. Menunjukkan kesulitan bergerak karena adanya nyeri yang di rasakan	Nyeri akibat adanya luka operasi sehingga terjadi luka insisi yang menyebabkan pembatasan aktivitas karena adanya kelemahan dan terjadi gangguan mobilitas fisik.	Gangguan Mobilitas fisik (D.0054)
6.	Ds: Do: 1. Terdapat luka operasi di area abdomen 2. Luka tampak basah dan terdapat pus	Dari invasi dan multiplikasi di jaringan tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan sel akibat terjadinya tindakan operasi pada penyakit apendisitis sehingga terjadi luka insisi dan menyebabkan kerusakan integritas kulit.	Resiko Gangguan integritas kulit Jaringan (D.0139)

7.	Ds: Do: 1. Anggota keluarga belum tahu Tentang penyakit apendisitis dan cara perawatan lukanya.	Dari tindakan operasi terjadi luka insisi yang dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit atau jaringan sehingga terjadi defisit pengetahuan.	Defisit Pengetahuan (D.O111)
----	---	---	------------------------------

## 2. Pengkajian

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang di alaminya baik yang langsung maupun potensial. Diagnosa Keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien ( individu ), keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan. Perawat diharapkan memiliki rentan perhatian yang luas, baik bagi klien yang sakit maupun yang sehat ( SDKI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post apendiktomi adalah:

- Nyeri Akut ( D.0077 )
- Resiko Infeksi ( D.0142 )
- Resiko Hivopolemia ( D.0034 )
- Hipertermia (D.0130)
- Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

- Gangguan Integritas kulit / jaringan (D.0139)
- Defisit Pengetahuan (D.0111)

### 3. **Perencanaan Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku dan aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Penentuan intervensi keperawatan perlu mempertimbangkan yaitu (SIKI, 2017).

- Karakteristik
- Luaran
- Kemampuan Pelaksanaan
- Kemampuan Perawat
- Penerimaan Pasien
- Hasil Penelitian



**Tabel 2.4 Perencanaan Keperawatan**

No	Keperawatan Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Pola napas membaik 7. Tekanan darah membaik	Menejemen nyeri (I. 08238) Obsevasi: 1.1 identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 identifikasi skala nyeri 1.3 identifikasi respon non-verbal 1.4 identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapetik: 1.5 berikan Teknik nonfarmakologis untuk memperingan nyeri 1.6 kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 1.7 fasilitasi istirahat dan tidur 1.8 pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: 1.9 jelaskan penyebab

			<p>periode dan pemicu nyeri</p> <p>1.10 jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.11 ajarkan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1.12 kolaborasi pemberian analgetik jika perlu</p>
2.	Resiko Infeksi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan tingkat infeksi (L.14137) Menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan Meningkat</li> <li>2. Kebersihan badan meningkat</li> <li>3. Demam menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> <li>5. Bengkak menurun</li> <li>6. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<p>Penegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 monitor tanda dan gejala infeksi dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.2 batasi jumlah pengunjung</li> <li>2.3 cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>2.4 pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.5 jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2.6 ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>2.7 anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.8 kolaborasi Pemberian imunisasi jika perlu.</li> </ol>

3.	Resiko hipovolemia (D. 0034)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan status cairan (L.038) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi meningkat</li> <li>2. Turgor kulit meningkat</li> <li>3. Output urine meningkat</li> <li>4. Frekuensi idarah membaik</li> <li>5. Tekanan nadi membaik</li> <li>6. Membrane mukosa membaik</li> </ol>	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)  Observasi:  3.1 periksa tanda gejala hipovolemia  3.2 monitor intake dan output cairan  Terapeutik:  3.3 hitung kebutuhan cairan  3.4 berikan asupan cairan oral  Edukasi:  3.5 anjurkan memperbanyak asupan cairan  Kolaborasi:  3.6 kolaborasi pemberian IV (isotonis, hipotonis, koloid dan transfuse darah) jika perlu</p>
4.	Hipertermia (D.0130)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan termoregulasi (L.141334) membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh membaik</li> <li>2. Menggigil menurun</li> <li>3. Kulit kemerahan menurun</li> </ol>	<p>Manajemen hipertermia (I.15506)  Observasi:  4.1 monitor penyebab hipotermia  4.2 monitor suhu tubuh  Terapeutik:  4.3 sediakan lingkungan yang dingin  4.4 longgarkan atau lepaskan pakaian  4.5 berikan cairan per oral  4.6 berikan oksigen jika perlu  Edukasi:  4.7 anjurkan tirah baring  Kolaborasi:  4.8 Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intra vena jika perlu.</p>

5.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Kecemasan menurun</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>5.2 monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.3 fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>5.4 fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</li> <li>5.5 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.6 jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>5.7 anjurkan mobilisasi ini</li> <li>5.8 ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.</li> </ol>
----	-----------------------------------	--	--

6.	Gangguan integritas kulit jaringan (D.0139)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan integritas kulit dan jaringan (L. 14125) Membaik dengan kriteria hasil: 1. Elastisitas meningkat 2. Dehidrasi menurun 3. Kerusakan jaringan dan kulit menurun 4. Nyeri menurun 5. Kemerahan menurun 6. Nekrosis menurun 7. Suhu kulit membaik 8. Tekstur kulit membaik	Perawatan integritas kulit (I. 11353) Observasi: 4.1 identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik: 4.2 ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring Edukasi: 4.3 anjurkan minum air yang cukup 4.4 anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.5 anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 4.6 anjurkan mandi menggunakan sabun
7.	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan defisit pengetahuan (L.12111) Meningkatkan dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai dengan anjuran meningkat 2. Verbalisasi minat dalam	Edukasi Kesehatan (I.12383) 5.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 5.2 Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan

		belajar meningkat 3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 6. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik: 5.3 Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 5.4 Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 5.5 Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 5.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan 5.7 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 5.8 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	---	---

Sumber: SDKI, SIKI, SLKI

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan spesifik, Tahap-tahap implementasi di mulai setelah rencana intervensi di susun dan di ajukan pada nursing order untuk membantu klien mempunyai tujuan yang di harapkan (Hadinata, 2022). Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan rencana keperawatan yang sudah di susun dalam tahap perencanaan untuk kesuksesan implementasi keperawatan supaya sesuai dengan rencana

keperawatan, perawat harus mempunyai keahlian kognitif, hubungan interpersonal dan keterampilan dalam melakukan Tindakan (Hadinata, 2022).

Tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan Tindakan, serta menilai data yang baru (Hadinata, 2022).

## 5. **Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (Hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu pada penilaian, tahapan, dan perbaikan. Dalam evaluasi perawat menilai reaksi klien terhadap intervensi yang telah diberikan dan menetapkan apa yang menjadi sasaran dari rencana keperawatan dapat diterima (Hadinata, 2022).

Perawat menetapkan Kembali informasi baru yang telah diberikan kepada klien untuk mengganti atau menghapus diagnose keperawatan, tujuan atau intervensi keperawatan. Evaluasi juga membantu perawat dalam menentukan target dari hasil yang ingin di capai berdasarkan keputusan Bersama antara perawat dan klien. Evaluasi berfokus pada individu klien dan kelompok dari klien itu sendiri dalam kemampuan dalam pengetahuan standar asuhan keperawatan (Hardinata, 2022).

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Tinjauan Kasus**

##### **1. Pengkajian**

###### **a. Biodata**

###### **1) Identitas Pasien**

Nama : Ny.S  
Umur : 23 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Pendidikan : SMA  
Agama : Islam  
Alamat : Wanaraja  
NO RM : 01398219  
Diagnosa Keperawatan : Apendisitis Kronis  
Tanggal Masuk : 28 April 2024  
Tanggal Operasi : 29 April 2024  
Tanggal Pengkajian : 29 April 2024

###### **2) Identitas Penanggung Jawab**

Nama : Tn.R  
Umur : 30 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki - Laki  
Agama : Islam



Suku bangsa : Sunda  
Pekerjaan : Karyawan  
Alamat : Wanaraja  
Hubungan dengan klien : Suami

**b. Riwayat Kesehatan**

1) Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada area luka post operasi

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 29 april 2024 hari Senin pukul 11.00, Klien mengeluh nyeri pada bagian area perut yang di operasi, nyeri bertambah Ketika pasien bergerak dan berkurang jika di istirahatkan, nyeri terasa seperti di tusuk -tusuk, nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa menyebar, klien tampak meringis, skala nyeri 5 ( 0-10 ), Klien mengeluh nyeri pada bagian area perut yang di operasi, Klien mengatakan sulit bergerak karena nyeri, klien mengatakan takut jika bergerak jahitannya terlepas.

**c. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan, Klien pernah di rawat di RS Medina sejak 3 bulan yang lalu, dengan penyakit DBD dan klien mengatakan ini pertama kalinya klien mengalami sakit seperti yang di deritanya saat ini. Dan klien juga mengatakan di keluarganya tidak memiliki penyakit menular seperti TBC, Asma dan HIV.

#### **d. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien dan keluarga mengatakan bahwa di keluarganya tidak ada yang memiliki Riwayat penyakit yang sama dengan klien. Namun klien dan keluarga mengatakan bahwa anggota keluarga dari ibu klien mempunyai penyakit hipertensi.

#### **e. Pemeriksaan Fisik**

##### **1) Keadaan Umum**

- a) Tingkat Kesadaran : Compos mentis
- b) GCS : 15 (E=4, V=5, M=6)
- c) Penampilan : Lemah
- d) Tanda – tanda vital : TD : 120/68 mmHg  
N : 96 X / Menit  
R : 24 X / Menit  
S : 36,6 C  
SPO2: 99%

##### **2) Pemeriksaan Fisik Per Sistem**

###### a) Sistem Pernapasan :

Inspeksi: lubang hidung simetris antara lubang kiri dan kanan, lubang hidung tampak bersih tidak terlihat adanya kotoran, tidak terdapat sianosis, pengembangan dada simetris.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada hidung dan dada.

Perkusi: torak terdengar sonor

Auskultasi: bunyi nafas vesikuler, tidak ada suara nafas

tambahan seperti ronchi maupun wheezing pada semua lapang paru.

b) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi: konjungtiva tidak anemis bibir tidak sianosis, tidak ada pembesaran vena jugularis, ictus cordis tidak tampak, dan tidak teraba pada permukaan dinding di ICS 5 midklavikula sinistra.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan, nadi karotis dan radialis teraba kuat, akral hangat, CRT < 2 detik.

Perkusi: -

Auskultasi: bunyi jantung regular (S1-S2)

c) Sistem Endokrin

Inspeksi: Pergerakan leher baik di buktikan dengan klien d a p a t menengok ke kiri maupun ke kanan.

Palpasi: tidak teraba adanya pembesaran kelenjar tiroid maupun kelenjar getah bening dan tidak ada nyeri tekan pada leher.

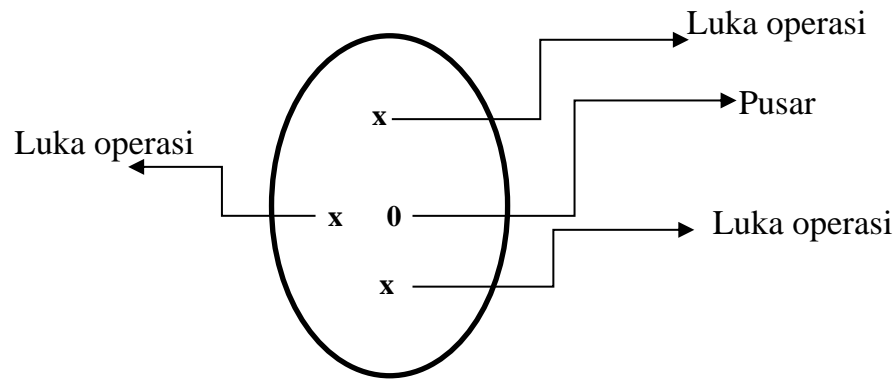
d) Sistem Pencernaan

Inpeksi: membrane mukosa kering, warna bibir klien merah muda, rongga mulut dan lidah tampak bersih, gigi klien lengkap, gigi tampak putih, tidak ada lesi di rongga mulut. Abdomen datar, tidak ada benjolan atau masa, terdapat luka operasi sepanjang 1-2 cm sebanyak 3 buah.

Palpasi: nyeri tekan pada bagian abdomen.

Auskultasi: bising usus 4x/menit (normal 5-30x/m)

Perkusi: suara abdomen timpani.



Gambar: Posisi Luka operasi

e) Sistem Perkemihan

Kandung kemih teraba kosong, tidak terpasang kateter, tidak teraba adanya masa, terdapat nyeri tekan.

f) Sistem Neurologis

(1) Nervus I (Olfactorius)

Klien dapat membedakan bau ayu putih dan alkohol.

(2) Nervus II (Opticus)

Fungsi penglihatan klien baik ternukti dengan klien dapat membaca papan nama perawat dalam jarak 1 meter.

(3) Nervus III (Oculomotoris)

Pupil isokor di buktikan dengan saat di berikan rangsang cahaya pupil miosis dengan diameter kurang lebih 3 mm.

(4) Nervus IV ( Trochlearis )

Klien dapat menggerakkan bola matanya ke atas dan ke bawah.

(5) Nervus V ( Trigeminal )

Klien dapat menggerakkan bola matanya ke kiri dan ke kanan.

(6) Nervus VI ( Abducens )

Sensori pada kulit wajah klien baik, dapat merasakan gesekan kapas pada pipi, klien dapat mengunyah dan menelan.

(7) Nervus VII ( Facialis )

Nervus dan otot wajah klien baik, klien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahinya. Klien dapat merasakan rasa asam, manis, pahit, pada 2/3 anterior lidah.

(8) Nervus VIII ( Vestibulocochlear )

Fungsi pendengaran klien baik, di buktikan dengan klien bisa mendengar ucapan perawat dalam jarak lebih dari 1 meter.

(9) Nervus IX ( Glossopharyngeus )

Reflek menelan baik di buktikan dengan klien dapat menelan dengan baik.

(10) Nervus X ( Vagus )

Reflek muntah klien baik ( Gag Reflek ), klien bisa merasakan sensasi rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah.

(11) Nervus XI ( Accessorius )

Klien dapat menggerakkan kepalanya dibuktikan dengan klien dapat mengangguk, menoleh ke kiri dan ke kanan serta klien dapat menggerakkan bahunya,

(12) Nervus XII ( Hipoglossus )

Klien dapat menggerakkan lidahnya ke kiri dan ke kanan.

g) Sistem Penglihatan

Bentuk dan mata simetris, konjungtiva merah muda, mata cekung, sclera putih, reflek pupil baik, pupil isokor dengan diameter 2-3 mm, tidak ada pembengkakan dan nyeri pada mata.

h) Sistem Pendengaran

Bentuk dan letak telinga kiri dan kanan simetris, telinga tampak tidak ada kotoran, tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada peradangan pada telinga, tidak ada nyeri pada telinga, fungsi pendengaran baik.

i) Sistem Integumen

Kulit klien berwarna sawo matang, kulit tampak hangat dan halus, turgor kulit < 1 detik, terdapat luka operasi di bagian abdomen. Terdapat luka sayatan dengan Panjang 1-2 cm di bagian pusar, bawah pusar, dan kuadran kanan bawah.

j) Sistem Muskuloskeletal

Pada ekstremitas atas tangan tampak simetris tidak ada lesi, tangan sebelah kiri terpasang infus Asering 20 tetesan/menit jumlah jari lengkap, pergerakan ekstermitas atas baik di

buktikan dengan klien menuruti perintah perawat untuk menggerakantangan, tonus otot baik, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak ada krepitasi, tidak terdapat atropi atau pengecilan otot pada ekstremitas atas, kekuatan otot 5, tidak ada nyeri, pada ekstremitas bawah klien mengalami keterbatasan karena nyeri, kekuatan tonus otot baik , pergerakan baik.

5		5
5		5

#### **f. Data Psikologis**

##### 1) Status Emosional

Pada saat dikaji status emosional klien stabil dan kooperatif  
Ketika di ajak berbicara.

##### 2) Konsep Diri

###### a) Citra Tubuh

Pada saat di kaji klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya meskipun klien mengidap penyakit. Klien selalu yakin bahwa ini jalan yang terbaik yang di berikan Allah SWT kepada dirinya.

###### b) Identitas dan peran

Pada saat dikaji klien mengatakan bahwa dirinya Bernama Ny.S berumur 23 tahun berjenis kelamin perempuan. Klien

memiliki suami, kakak, dan orang tua yang selalu mendukung dan memberikan semangat kepadanya.

c) Ideal diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakit yang dideritanya agar bisa beraktivitas seperti biasanya. Klien juga mengatakan bahwa dirinya pasti bisa sembuh dari penyakitnya.

d) Harga diri

Klien mengatakan sering merasa malu dengan keadaannya yang sekarang karena luka operasinya dekat dengan organ kewanitaannya. Namun klien selalu berusaha tabah dan sabar dalam menghadapi ujian hidupnya.

3) Mekanisme koping

Klien tampak sabar menghadapi kondisinya sekarang, suami dan orang tua klien selalu memberikan dukungan untuk kesembuhan klien.

4) Tingkat Kecemasan

Pada saat dikaji merasa cemas karena luka operasi yang di dekat daerah kewanitaannya. Semejak sakit klien sering mengeluh dan khawatir akan kondisinya.

**g. Data sosial**

1) Pola interaksi

Klien berinteraksi dengan baik, baik dengan pasien, dokter, perawat dan anggota keluarganya. Selama pengkajian klien kooperatif dan



dapat menjawab setiap pertanyaan dengan baik.

2) Gaya komunikasi

Klien berasal dari suku sunda dan berkomunikasi dengan Bahasa sunda, klien dapat berkomunikasi dengan baik, baik dengan dokter, perawat, keluarga bahkan sesama pasien di ruangan.

**h. Data spiritual**

Klien mengatakan bahwa dirinya beragama islam dan meyakini bahwa tuhan dalam agamanya adalah Allah SWT. Klien juga mengatakan bahwa kondisinya sekarang merupakan ujian dari allah karena masih lalai dalam melaksanakan perintahnya sebagai seorang muslim. Klien yakin bahwa setiap ujian akan berakhir dan akan ada hikmah di setiap ujiannya.

**i. Pola aktivitas sehari – hari**

**Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari – Hari**

<b>No</b>	<b>Jenis Aktivitas</b>	<b>Saat Sehat</b>	<b>Saat Sakit</b>
1.	<p>Nutrisi</p> <p>a. Makan</p> <p>Frekuensi</p> <p>Jenis</p> <p>Porsi</p> <p>Keluhan</p> <p>Cara</p> <p>Pantangan</p> <p>b. Minum</p> <p>Frekuensi</p> <p>Jumlah</p> <p>Jenis</p> <p>Cara</p> <p>Keluhan</p>	<p>3x/hari</p> <p>Nasi dan lauk pauk</p> <p>1 Porsi</p> <p>Mandiri</p> <p>Makanan pedas</p> <p>6-7 gelas / hari</p> <p>Sering</p> <p>Air putih</p> <p>Mandiri</p>	<p>2x/hari</p> <p>Makanan dari RS</p> <p>½ porsi</p> <p>Tidak nafsu</p> <p>Di bantu</p> <p>Makanan pedas</p> <p>4-5 gelas / hari</p> <p>Jarang</p> <p>Air putih</p> <p>Mandiri</p>
2.	<p>Eliminasi</p> <p>a. BAB</p> <p>Frekuensi</p> <p>Konsistensi</p> <p>Warna</p> <p>Bau</p> <p>Keluhan</p> <p>b. BAK</p> <p>Frekuensi</p> <p>Warna</p> <p>Bau</p> <p>Keluhan</p>	<p>1x/ hari</p> <p>Lembek</p> <p>Khas feses</p> <p>Khas feses</p> <p>2– 4 x/ hari</p> <p>Kuning jernih</p> <p>Khas urine</p>	<p>Klien belum BAB sejak kemarin</p> <p>1-2 kali</p> <p>Kuning gelap</p> <p>Khas urine</p>
3.	<p>Personal hygiene</p> <p>a. Mandi</p> <p>Gosok gigi</p> <p>Keramas</p> <p>Ganti pakaian</p> <p>Cara</p>	<p>2x/ hari</p> <p>2x/hari</p> <p>3x/minggu</p> <p>2x/hari</p> <p>Mandiri</p>	<p>Klien belum mandi</p> <p>1x/hari</p> <p>Di bantu</p>
4.	<p>Pola istirahat tidur</p> <p>a. Siang</p> <p>Waktu</p>	<p>2jam/hari</p>	<p>1 jam</p>

	Kualitas Keluhan b. Malam Waktu Kualitas Keluhan	Nyenyak  7 – 8 jam/ hari Nyenyak	Kurang nyenyak Nyeri  4 – 3 jam/hari Kurang nyenyak Nyeri
5.	Aktivitas sehari – Hari	Selama sehat klien beraktivitas dengan normal sebagai ibu rumah Tangga	Selama sakit klien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa

#### j. Pemeriksaan Penunjang

##### 1) Pemeriksaan Laboratorium

No Lab : 24002271053

Nama : Ny.S

No RM : 1398219

Umur : 23 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Tanggal : 28 April 2024

**Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium**

Pemeriksaan	Hasil	Flag	Satuan	Nilai Normal
<b>HEMATOLOGI</b>				
Waktu Pendarahan(BT)	1'		Menit	1-3
Waktu Pembekuan(CT)	6'30"		Menit	5-11
Hematologi Dengan Diff				
Hemoglobin	12,9		g/dl	13-16
Hematokrit	39		%	35-47
Jumlah Lekosit	5,570		/mm <sup>3</sup>	3,800-10.600
Jumlah Trombosit	391,000		/mm <sup>3</sup>	1500,000-440,000
Jumlah Eritrosit	4,68		Juta/mm <sup>3</sup>	3,6-5,8
MCV	84		fl	80-100
MCH	28		pg/cell	26-34
MCHC	33		g/dl	31-37
Hitung Jenis				
Basofil	0		%	0-1
Eosinofil	1		%	1-6

Batang	0	%	3-5
Neutrofil	69	%	50-70
Limfosit	24	%	30-45
Monosit	6	%	2-10

**k. Program Terapi**

**Tabel 3.3 Program Terapi**

No	Jenis Terapi	Dosis	Cara Pemberian	Fungsi
1.	Inf Asering	20 tpm	Intra vena	Untuk menyeimbangkan elektrolit dan membantu mencukupi gizi dan nutrisi, serta mengatasi dehidrasi.
2.	Ceftriaxone	2 x 1 mg	Intra vena	Untuk mengobati infeksi bakteri di bagian tubuh.
4.	Keterolac	3 x 1 mg	Intra vena	Untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat.
5.	Omeprazole	3 x 40 mg	Intra vena	Untuk mengatasi penyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung, seperti maag dan tukak lambung.

## 2. Analisa Data

**Tabel 3.4 Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mengeluh Klien nyeri padaluka operasi</li> <li>2. Nyeri terasa seperti di tusuk- tusuk nyeri dirasakan hilang timbul</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. Terdapat luka operasi di areaabdomen</li> <li>3. Terdapat Luka Operasi sepanjang 1 – 2 cm sebanyak 3 buah</li> <li>4. Skala nyeri 5 (0-10)</li> <li>5. TD: 120 / 68 mmHg N: 96X / Menit R: 24X / Menit</li> </ol>	<p>Dari Invasi dan multiplikasi suatu organisme di jaringan tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan sel sehingga terjadi apendisitis yang akan menyebabkan peradangan pada usus dan terjadi tindakan operasi sehingga terdapat luka insisi yang akan menyebabkan kerusakan integritas kulit ujung saraf terputus pelepasan postagladin sehingga nyeri dipersepsikan dan terjadi nyeri akut.</p>	<p>Nyeri Akut (D. 0077)</p>
2.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan luka Operasi masih basah</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka tampak basah</li> <li>2. Tampak adanya tanda – tanda infeksi.</li> <li>3. Luka tampak kemerahan</li> <li>4. Luka tampak ada pendarahan</li> </ol>	<p>Dari invasi dan multiplikasi di jaringan tubuh yang dapat menyebabkan kerusakan sel akibat terjadinya tindakan operasi pada penyakit apendisitis sehingga terjadi luka insisi dan menyebabkan kerusakan integritas kulit.</p>	<p>Gangguan kerusakan integritas jaringan (D.0139)</p>

3.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri pada area luka operasi ketika bergerak dan takut luka jaitanya terlepas sehingga klien takut untuk mobilisasi</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak lemas</li> <li>Kekuatan otot klien:</li> </ol> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; text-align: center;">5</td> <td style="padding: 0 5px; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px; text-align: center;">5</td> <td style="padding: 0 5px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak meringis pada saat bergerak.</li> </ol>	5	5	5	5	<p>Nyeri akibat adanya luka operasi sehingga terjadi luka insisi yang menyebabkan pembatasan aktivitas karena adanya kelemahan dan terjadi gangguan mobilitas fisik.</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>
5	5						
5	5						
4.	<p>Ds:</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Terdapat luka operasi pada bagian abdomen</li> <li>Terdapat kemerahan</li> <li>Terdapat panas dan nyeri pada bagian luka operasi</li> </ol>	<p>Dari penyakit apendisitis terjadi tindakan operasi dan terjadi luka insisi sehingga pintu masuk kuman dapat terjadi dan menyebabkan resiko infeksi</p>	<p>Resiko Infeksi (D. 0142)</p>				
5.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anggota keluarga dan pasien belum tahu tentang penyakit apendiksitis dan cara perawatan lukanya</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak gelisah</li> <li>Klien selalu bertanya tentang kondisinya.</li> </ol>	<p>Dari tindakan operasi terjadi luka insisi yang dapat menyebabkan kerusakan integritas kulit atau jaringan sehingga terjadi defisit pengetahuan.</p>	<p>Defisit pengetahuan (D.0111)</p>				

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik ( Prosedur operasi)

di tandai dengan:

Ds:

- 1) Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi di perut
- 2) Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak
- 3) Pasien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk – tusuk
- 4) Klien mengatakan nyeri di rasakan hilang timbul

Do:

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Terdapat luka operasi di bagian Abdomen
- 3) Skala nyeri 5(0 – 10)

TD : 120/68 mmHg

N: 96x/menit

R: 24x/menit

- b. Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan di tandai dengan

Ds:

- 1) Klien mengatakan luka operasi masih basah dan nyeri

Do:

- 1) Luka tampak basah
- 2) Terdapat luka operasi di bagian abdomen sebanyak 3 buah dengan masing- masing Panjang 1-2 cm

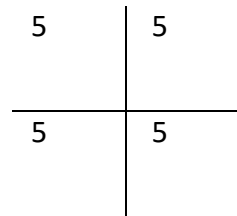
c. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan luka insisi jaringan

Ds:

- 1) Klien mengatakan nyeri pada area luka operasi Ketika bergerak dan klien takut luka jahitannya terlepas sehingga klien takut untuk mobilisasi

Do:

- 1) Klien tampak lemas
- 2) Kekuatan otot klien baik :



d. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya kerusakan integritas kulit

Ds:

Do:

- 1). Terdapat luka operasi pada bagian abdomen
  - 2). Terdapat kemerahan
  - 3). Terdapat panas dan nyeri pada bagian luka operasi
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Ds:

- 1) Anggota Keluarga dan pasien belum tau tentang penyakit apendisitis dan cara perawatan lukanya.

Do:

- 1) Klien tampak gelisah



#### 4. Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi

Tabel , 3.5 Intervensi, Implementasi Dan Evaluasi

No	Diagnosa	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan Dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional		
1.	Nyeri Akur berhubungan dengan agen cedera fisik (D.0077) Di tandai dengan : Ds: 1. Pasien mengeluh nyeri pada luka operasi di perut 2. Klie mengatakan nyeri pada saat bergerak 3. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti di	Setelah dilakukan Tindakan selama 3 x 8 jam di harapkan tingkat nyeri (L.08066) Menurun dengan krikteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik	Manejemen nyeri (L.08238) Observasi: 1. Identifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri 2. Identifikasi respon non verbal 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapetik: 4. Berikan teknik non	1. Untuk mengetahui kemajuan proses intervensi keperawatan 2. Untuk mengetahui reaksi klien terhadap nyeri yang dirasakan 3. Untuk mengetahui faktor – faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Untuk mengurangi rasa nyeri	1. Memonitor skala nyeri 2. Memonitor tanda – tanda vital klien 3. Mengidentifikasi respon non verbal hasil: klien tampak meringis 4. Menciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien dengan membatasi pengunjung 5. Mengajarkan teknik non farmakologi (distraksi relaksasi) nafas dalam	1 – Mei – 2024 09.00 S: 1. Klien mengatakan nyeri yang di rasakan sudah berkurang 2. Klien mengatakan selalu melaksanakan teknik nonfarmakologi dengan nafas

	<p>tusuk – tusuk</p> <p>4. Pasien mengatakan nyeri di rasakan hilang timbul</p> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. Terdapat luka operasi di area abdomen</li> <li>3. Skala nyeri 5 (0 – 10)</li> <li>4. Tanda – tanda vital TD:120/68mmHg N:96x/menit</li> </ol>		<p>farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>5. Kontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan rasa nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan penyebab priode dan pemicu nyeri</li> <li>7. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian analgetic jika perlu</li> </ol>	<p>secara mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Untuk menciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien</li> <li>6. Klien mengetahui penyebab dan waktu nyeri muncul</li> <li>7. Agar klien dapat mengatasi nyeri tanpa terapi farmakologi</li> <li>8. Untuk mengurangi rasa nyeri memakai terapi farmakologi</li> </ol>	<p>dan mendengarkan murotal</p> <p>6. Memberikan obat analgetik katerolak injek sesuai dengan resep dokter</p>	<p>dalam dan menden garkan murotal</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. Skala nyeri 3 (0-10)</li> <li>3. Tanda – tanda vital TD:125/75mmHg N:91x/menit R:24x/menit S:36,5C</li> </ol> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p>
--	--	--	---	--	--	--

	R:12x/menit					
2.	<p>Gangguan Integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan di tandai dengan</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan luka operasi masih basah dan nyeri</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Luka tampak baik</li> <li>Terdapat luka abdomen</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan integritas jaringan kulit (L.14125) Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kerusakan integritas jaringan menurun</li> <li>Keluhan nyeri menurun</li> <li>Kemerahan menurun</li> <li>Nekrosis menurun</li> </ol>	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor karakteristik luka</li> <li>Monitor tanda – tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lakukan perawatan luka dengan prinsip steril</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tanda – tanda infeksi luka</li> <li>Ajarkan konsumsi makanan tinggi protein</li> <li>Ajarkan perawatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Untuk mengetahui kondisi luka yang di alami klien dan memantau kemajuan intervensi</li> <li>Untuk mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi pada klien</li> <li>Agar menjaga luka tetap bersih, mencegah infeksi, dan mencegah kerusakan luka lebih lanjut</li> <li>Agar klien dan keluarga</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor karakteristik luka</li> <li>Memonitor tanda – tanda dan gejala infeksi</li> <li>Melakukan perawatan luka operasi laparaskopi dengan prinsip steril</li> <li>Menjelaskan tanda – tand dan gejala infeksi</li> <li>Mengajarkan cara perawatan luka di rumah</li> <li>Menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan</li> </ol>	<p>1 – Mei – 2024</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan terdapat luka operasi di bagian abdomen</li> <li>Klien mengatakan tidak erasakan tanda dan gejala infeksi</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Balutan luka tidak</li> </ol>

	<p>3 buah dengan masing – masing luka panjangnya 1 – 2 cm</p> <p>3. Tidak tampak ada tanda – tanda infeksi seperti (rubor, dolor, calor, tumor)</p>		<p>luka secara mandiri</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Kolaborasi antibiotic jika perlu</p>	<p>dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi</p> <p>5. Agar klien dan keluarga dapat melakukan perawatan luka secara mandiri</p> <p>6. Makanan tinggi protein dapat mempercepat proses pembentukan jaringan baru</p> <p>7. Pemberian antibiotic dapat menghambat sistesis dinding sel bakteri</p>	<p>tinggi kalori dan protein</p> <p>7. Memberikan antibiotik ceftriaxone 2x1 mg dan omeprazole 2x40mg</p>	<p>terlihat adanya pus (-)</p> <p>2. Luka terdapat 3 buah (di pusar, bawah pusar, dan kanan bawah abdomen dengan panjang 1 -2 cm</p> <p>3. Tidak ditemukan tanda dan gejala infeksi</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di</p>
--	---	--	--	---	---	--

						lanjutkan
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka insisi jaringan (D.0054) Di tandai dengan</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri pada area luka operasi ketika bergerak dan takut jahitannya terlepas sehingga klien takut untuk mobilisasi</li> </ol> <p>Do:</p>	<p>Setelah dilakukanya asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan mobilitas fisik (L.05042)</p> <p>Meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Kecemasan menurun</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>3. Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu</li> <li>4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui adanya kelemahan fisik yang lain</li> <li>2. Untuk mengetahui kondisi klien sebelum dan sesudah mobilisasi</li> <li>3. Untuk mengetahui apakah klien memerlukan alat bantu</li> <li>4. Agar keluarga dapat membantu klien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Memonitor kondisi umum klien saat melakukan mobilisasi</li> <li>3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari – hari</li> <li>4. Menjelaskan tujuan prosedur mobilisasi</li> <li>5. Menganjurkan klien mobilisasi dini (duduk) dan memenuhi kebutuhan</li> </ol>	<p>1 – Mei – 2024 10.30</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah bisa untuk mobilisasi</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien sudah bisa melakukan mobilisasi</li> <li>2. Klien sudah mau untuk duduk dan beraktivitas</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Kekuatan otot baik</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>6. Anjurkan klien mobilisasi dini</li> </ol>	<p>dalam pemenuhan kebutuhan sehari – hari</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Agar klien mengetahui pentingnya mobilisasi untuk melancarkan peredaran darah</li> <li>6. Agar klien bisa melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol>	sehari – hari secara mandiri	<p>seperti biasa</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan adanya	Setelah dilakukan asuhan keperawatan	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi:	1. Untuk mencegah	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi	1 – Mei – 2024 11.35 S: Pasien

	<p>kerusakan integritas kulit (D.0142) Ds: Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat luka operasi pada bagian abdomen</li> <li>2. Terdapat kemerahan</li> <li>3. Terdapat panas dan nyeri pada bagian luka operasi</li> </ol>	<p>tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>2. Kebersihan badan meningkat</li> <li>3. Demam menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> <li>5. Bengkak menurun</li> <li>6. Kadar sel darah putih membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda gejala infeksi dan sistemik</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jelaskan tanda gejala infeksi</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kolaborasi pemberian</li> </ol>	<p>terjadinya infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Untuk menghindari penyebaran infeksi</li> <li>3. Untuk mengontrol agar tidak terpapar infeksi dari pasien</li> <li>4. Untuk meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka</li> <li>5. Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi</li> <li>6. Untuk mencegah terjadinya infeksi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Membatasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Mempertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> <li>5. Menjelaskan tanda gejala infeksi</li> <li>6. Mengkolaborasi pemberian obat jika perlu</li> </ol>	<p>mengatakan pada bagian luka post operasi terasa perih</p> <p>O: Luka pada bagian abdomen sedikit berdarah Luka jahitan masih basah Kulit disekitar luka sedikit kemerahan</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan</p>
--	--	---	---	---	--	---

			obat jika perlu			
5.	<p>Defisit pengetahuan dengan kurangnya terpapar informasi (D.0111)</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anggota keluarga dan pasien belum tahu tentang penyakit apendisitis dan cara perawatannya</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak gelisah</li> <li>2. Klien selalu</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan defisit pengetahuan (L. 12111) Meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prilaku sesuai dengan anjuran meningkat</li> <li>2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat</li> <li>3. kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>4. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</li> <li>5. pertanyaan</li> </ol>	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menentukan motivasi prilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol> <p>Terapetik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Sediakan materi dan media pendidikan</li> <li>4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Untuk mengetahui apa saja faktor yang dapat meningkatkan motivasi hidup bersih dan sehat</li> <li>3. Memberikan pengetahuan cara menjaga kesehatan</li> <li>4. Untuk memberikan cara pengetahuan cara menjaga</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi prilaku hidup bersih</li> <li>3. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>4. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> </ol>	<p>1 – Mei – 2024 13.00</p> <p>S: Klien dan keluarganya mengatakan sudah mengenal masalah kesehatan tentang apendisitis</p> <p>O: Klien dan keluarga dapat menjelaskan ulang tentang pengertian, penyebab, tanda – tanda dan cara perawatannya</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Intervensi di</p>



	bertanya tentang kondisinya	tentang masalah yang dihadapi menurun 6. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi: 6. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	kesehatan lebih lanjut 5. Memberikan pengetahuan resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien 6. Membantu keluarga untuk menjaga kebersihan 7. Untuk meningkatkan kualitas kesehatan melalui proses pengetahuan	5. Memberikan kesempatan untuk bertanya 6. Menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Menjelaskan perilaku hidup bersih dan sehat 8. Menjelaskan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.	hentikan
--	-----------------------------	---	--	---	---	----------

--	--	--	--	--	--	--

## 5. Catatan Perkembangan

**Tabel 3.6 Catatan Perkembangan**

No	Tanggal	Catatan Perkembangan	TTD
1.	30 April 2024  09.00	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang</li> <li>Klien mengatakan selalu melakukan Teknik non farmakologis yang di ajarkan untuk mengurangi nyeri (Melakukan teknik relaksasi nafas dalam).</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Meringis pada klien berkurang</li> <li>Tanda – tanda vital TD:115/75mmHg N: 92 x / menit R: 20 x/menit S: 36 C</li> </ol> <p>A: Masalah teratasi Sebagian P: Intervensi di lanjutkan</p>	Rahma
2.	30 April 2024 10.00	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan terdapat luka pada bagian perut</li> <li>Klien mengatakan luka masih basah dan nyeri</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Terdapat luka operasi pada abdomen berjumlah 3 buah masing – masing memiliki Panjang 1 -2 cm</li> <li>Terdapat kemerahan di sekitar luka</li> <li>Terdapat nyeri pada luka operasi</li> <li>Kondisi luka bersih dan baik</li> </ol> <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi di lanjutkan</p>	Rahma

3.	30 April 2024 10.30	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien sudah mau untuk mobilisasi (Bergerak).</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien sudah tampak bisa duduk</li> <li>Kekuatan otot klien</li> </ol> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>A: Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan</p>	Rahma
4.	30 April 2024 11.45	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan di bagian luka abdomen post operasi terasa perih</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Luka pada bagian abdomen masih terlihat sedikit berdarah</li> <li>Luka jahitan masih basah</li> <li>Kulit sekitar luka sedikit kemerahan</li> </ol> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan</p>	Rahma
1..	1 Mei 2024 09.00	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien megatakan nyeri yang di rasakan sudah mulai berkurang</li> <li>Klien mengatakan selalu melakukan Teknik distraksi relaksasi yang telahdi ajarkan untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>O:</p>	Rahma

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak tidak meringis</li> <li>2. Tanda – tanda vital TD: 120/80 mmHg N: 94 x / menit R: 24 x / menit S: 36 C</li> <li>3. Skala nyeri 3 (0-10)</li> </ol> <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan</p>	Rahma
2.	1 Mei 2024 10.00	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan tidak merasakan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Klien mengatakan luka operasinya masih terasa sedikit nyeri</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luka tampak bersih</li> <li>2. Tidak di temukan tanda dan gejala infeksi</li> <li>3. Tampak luka operasi ada 3 dengan masing – masing Panjang 1 – 2 cm (di pusar, di bawah pusar dan perut bagian kanan bawah)</li> <li>4. Skala 3 (0 – 10)</li> </ol> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan</p>	Rahma
3.	1 Mei 2024 10.30	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sudah bisa mobilisasi</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien sudah bisa mobilisasi ke toilet</li> </ol> $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>A: Masalah teratasi P: Intervensi di hentikan</p>	Rahma

4.	1 Mei 2024 11.45	<p>S: 1.Klien mengatakan di bagian luka post operasinya perihnya agak berkurang</p> <p>O: 1. Luka pada bagian abdomen sudah agak kering 2. Kulit di sekitar luka sedikit kemerahan</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan</p>	
----	------------------------	---	--

## B. Pembahasan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.S dengan gangguan sistem pencernaan: Post Laparaskopi a.i apendiksitis kronis di ruangan MutiaraAtas RSUD dr.Slamet selama 3 (Hari), yaitu pada 29 April sampai dengan 1 mei 2024. Penulis berusaha menerapkan Langkah – Langkah mulai dari pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi sesuai dengan tujuan teoritis serta memperhatikan kebutuhan klien. Pada bagian ini penulis akan membandingkan antara kajian teoritis dengan tinjauan kasus yang di temukan di lapangan. Dari perbandingan tersebut muncul kesenjangan antara kajian teoritis dengan fakta di lapangan, maka da beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, sampai evaluasi dimana hasil yang di peroleh adalah sebagai berikut:

### 1. Pengkajian

Tahap ini merupakan Langkah awal dimana dimulainya proses asuhankeperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih

dahulu kepada klien dan keluarga dengan menjelaskan tujuan yang dimaksud dilakukan asuhan keperawatan. Pada tahap pengkajian penulis menggunakan metode wawancara secara langsung kepada klien dan keluarga untuk memperoleh data subjektif dan pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data objektif dari klien. Penulis melakukan anamnesa mengenai identitas klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, Riwayat Kesehatan sekarang, Riwayat Kesehatan dahulu, Riwayat Kesehatan keluarga, pola aktivitas sehari – hari, serta melakukan pemeriksaan fisik pada klien. Dalam pengkajian ini penulis mendapatkan data berkat kerja sama yang kooperatif baik dari klien maupun keluarganya.

Berdasarkan data yang di dapat dari Ny.S dengan usia 23 tahun yang mengeluh nyeri pada perut area luka operasi, nyeri bertambah Ketika klien bergerak dan berkurang jika klien istirahat. Nyeri terasa seperti di tusuk – tusuk, nyeri terasa hilannng timbul, nyeri terasa di area luka operasi, klien tampak meringis, skala nyeri 5 (0-10), klien mengatakan sulit bergerak karena nyeri, pada pemeriksaan tanda – tanda vital di dapatkan tekanan darah 120 / 68 mmHg, Nadi 96 x / menit, respirasi 24 x / menit, suhu tubuh 36 drajat selsius, saturasi 90%. Pada pemeriksaan fisik di dapat luka operasi pada abdomen sebanyak 3 buah pada bagian pusar, bawah pusar, bagian perut kanan bawah dengan masing - masing Panjang dari setiap luka 1 -2 cm.

Nyeri yang dirasakan pada klien dengan post laparaskopi merupakan

respon inflamasi akibat adanya cedera pada jaringan kulit yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. dalam hal ini cedera di akibatkan karena adanya jaringan ini mengakibatkan pelepasan prostaglandin yang kemudian diinterpretasikan nyeri di konteks cerebri sehingga nyeri di persepsikan (Hartoyo M dkk, 2021).

Gangguan integritas kulit / jaringan pada Ny.S Penulis menemukan data bahwa klien mengatakan luka kurang, luka masih basah, luka terlihat baik tidak di temukan tanda – tanda dan gejala infeksi yang terjadi di lihat dari hasil laboratorium leukosit klien masih dalam batas normal yaitu semejak 9.630 / mm<sup>3</sup> dan termasuk dalam rentang batas normal (SDKI,2016)

Gangguan mobilitas fisik karena keterbatasan pergerakan akibat adanya nyeri luka operasi laparaskopi pada Ny.S Yang menyebabkan nyeri dan klien enggan melakukan pergerakan karena takut jahitannya terlepas. Sehingga klien mengalami kesulitan untuk melakukan mobilisasi dan pemenuhan kebutuhan sehari – hari klien di bantu selama sakit (SDKI,2016) Berdasarkan hasil dari pengkajian tersebut penulis menentukan beberapa data yang sesuai. Antara teori dengan data yang ditulis di temukan pada klien. Pada saat melakukan pengkajian di dapat data, yaitu: adanya keluhan nyeri, gangguan mobilitas fisik dan resiko infeksi.

Hal yang sesuai yang ditemukan pada buku asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem pencernaan (mardalena, 2018)



adalah biasanya Klien dengan apendisitis yang biasanya muncul adalah nyeri, resiko hipovolemia, ketidak seimbangan nutrisi, kecemasan, resiko infeksi, serta kurang pengetahuan.

Setelah dilakukan pengkajian di dapat hasil Analisa data masalah yang muncul pada Ny.S antara lain:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) di tandai dengan klien mengeluh nyeri dengan skala 5 (0 – 10)
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan di tandai dengan klien mengatakan luka operasi masih basah dan nyeri
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka insisi jaringan di tandai dengan klien mengatakan takut jahitannya terlepas dan takut untuk melakukan mobilisasi
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit di tandai dengan luka operasi pada bagian abdomen terlihat kemerahan
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan keluarga klien tidak tahu tentang penyakit apendisitis dan cara perawatan lukanya.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan merupakan suatu penelitian klinis mengenai respon klien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang di

alaminya bik yang langsung maupun potensial. Diagnosa Keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien (individu), keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan Kesehatan. Perawat diharapkan memiliki rentan perhatian yang luas, baik bagi klien yang sakit maupun yang sehat (SDKI, 2017)

Menurut nurarif & Kusuma 2015, diagnosa keperawatan pada gangguan sistem pencernaan yang mungkin muncul pada pasien apendisitis adalah:

- a. Nyeri akut
- b. Resiko Infeksi
- c. Hambatan mobilitas fisik
- d. Hipertermi
- e. Kerusakan integritas jaringan
- f. Defisit pengetahuan

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.S berdasarkan hasil pengkajian dan Analisa data adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) di tandai dengan klien mengeluh nyeri dengan skala 5 (0 – 10)
- b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan di tandai dengan klien mengatakan luka operasi masih basah dan nyeri
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka insisi jaringan di tandai dengan klien mengatakan takut jahitannya terlepas dan takut

untuk melakukan mobilisasi.

- d. Resiko Infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit di tandai dengan adanya luka operasi pada bagian abdomen terlihat kemerahan
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan keluarga klien tidak tahu tentang penyakit apendisitis dan cara perawatannya

Berdasarkan teori yang disampaikan Hartoyo M dkk, 2021 ada 4 diagnosa yang mungkin muncul pada pasien apendisitis. Di sini penulis menemukan satu masalah keperawatan yang muncul dan sesuai dengan teori dan tiga tidak sesuai dengan teori keperawatan yang tidak sesuai yaitu gangguan mobilitas fisik, resiko infeksi, dan defisit pengetahuan.

Masalah tersebut mungkin berkaitan dengan adanya ketakutan klien untuk melakukan mobilisasi dan adanya nyeri saat bergerak yang disebabkan adanya luka post operasi laparaskopi. Secara garis besar diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.S sesuai dengan teori dan ketentuan standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu terpenuhinya sekitar 80 % - 100 % data mayor pada setiap diagnosa.

### **3. Perencanaan**

Intervensi Keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk

mengimplemasikan intervensi keperawatan. Penentuan intervensi keperawatan perlu mempertimbangkan yaitu (SLKI, 2017).

Perencanaan keperawatan ini penulis Menyusun melalui beberapa Langkah yang menentukan masalah keperawatan, tujuan kriteria hasil dan intervensi keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien. Adapun perencanaan yang penulis susun di antaranya:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi)

Tujuan yang ingin di capai setelah di lakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri berkurang, skala nyeri menurun dari 5 menjadi 3 pada rentang (0 – 10), meringis berkurang, dan frekuensi nadi 96 x / menit. Intervensi yang akan dilakukan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018).

- 1) Identifikasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri.
- 2) Identifikasi respon non verbal
- 3) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
- 4) Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 5) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 6) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- 7) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

- 8) Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
- b. Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan terputusnyakontinuitas jaringan

Tujuan yang di capai setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit / jaringan meningkat dengan kriteria hasil kerusakan integritas jaringan menurun, keluhan nyeri menurun, kemerahan menurun, nekrosis menurun. Intervensi yang dilakukan menurut Tim pokja SIKI DPP PPNI (2018).

- 1) Monitor karakteristik luka
  - 2) Monitor tanda – tanda infeksi
  - 3) Lakukan perawatan luka dengan prinsip steril
  - 4) Jelaskan tanda – tanda infeksi pada luka
  - 5) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi protein
  - 6) Ajarkan perawatan luka secara mandiri
  - 7) Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka insisi

Tujuan yang ingin di capai setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstermitas meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, intervensi yang dapat dilakukan menurut Tim prokja SIKI DPPPNI (2018)

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

- 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilitas
- 3) Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu
- 4) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- 5) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 6) Anjurkan melakukan mobilitas dini

d. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

Tujuan yang ingin di capai setelah dilakukan asuhan

keperawatan di harapkan resiko infeksi menurun dengan kriteria

hasil kebersihan tangan meningkat kebersihan badan meningkat

demam menurun kemerahan menurun bengkak menurun kadar sel

darah putih membaik. Intervensi yang dilakukan menurut tim pokja

SIKI DPP PPNI (2018)

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi dan sistemik
- 2) Batasi jumlah pengunjung
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
- 5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- 6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- 7) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 8) Kolaborasi pemberian obat

- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan yang ingin di capai setelah dilakukan asuhan

keperawatan diharapkan defisit pengetahuan meningkat dengan

kriteria hasil: perilaku sesuai dengan anjuran meningkat, verbalisasi minat

dalam belajar meningkat, kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang

suatu topik meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi

menurun, persepsi yang keliru terhadap masalah menurun, intervensi yang

dapat dilakukan menurut Tim Prokja SIKI DPP PPNI (2018)

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- 2) Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.
- 3) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
- 4) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- 5) Berikan kesempatan untuk bertanya
- 6) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
- 7) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- 8) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan spesifik. Tahap – tahap implementasi di mulai setelah rencana intervensi di susun dan di ajukan pada nursing order untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Hadinata, 2022).

Implementasi keperawatan di laksanakan pada tanggal 29 April – 1 Mei 2024. Pada tahap ini penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Ny.S Berdasarkan perencanaan yang telah disusun sebelumnya yang mengacu pada buku pedoman SLKI dan SIKI. Walaupun demikian, ada beberapa intervensi yang tidak di laksanakan, Hal ini karena intervensi yang di susun di sesuaikan Kembali berdasarkan, keadaan, dan kondisi klien.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi)  
Implementasi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri dengan cara monitor skala nyeri klien, monitor tanda – tanda vital klien, identifikasi respon non verbal, ciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien dengan membatasi pengunjung, ajarkan Teknik non farmakologi (Distraksi relaksasi) nafas dalam, berikan obat analgetic katerolak injek sesuai dengan resep dokter. Setelah dilakukan implementasi tersebut keluhan nyeri pada klien belum berkurang, klien masih meringis meringis, skala nyeri 5 (0 – 10), tanda – tanda vital klien TD: 120 / 68 mmHg, N: 96 x / menit, R: 24 x / menit, S: 36,6 drajat Celsius, klien juga dapat mengatasi nyeri yang dirasakan menggunakan Teknik non farmakologis distraksi relaksasi, nafas dalam untuk mengurangi nyeri, memberikan obat analgetik implementasi tersebut merupakan Tindakan untuk mengurangi nyeri pada klien.
- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan terputusnya



kontinuitas jaringan

Implementasi yang dilakukan yaitu perawatan luka dengan cara memonitor karakteristik luka, monitor tanda dan gejala infeksi, lakukan perawatan luka operasi laparaskopi dengan prinsip steril, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan perawatan luka di rumah, anjurkan untuk mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, berikan antibiotik ceftriaxone 1 x 2 mg dan omeplazole 3 x 40 mg.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan, klien mengatakan terdapat luka operasi di abdomen dan klien tidak merasakan tanda dan gejala infeksi. Balutan luka tidak terdapat adanya pus (-). Luka terdapat 3 buah (di pusar, bawah pusar, dan di kanan bawah abdomen) tidak di temukan tanda – tanda gejala infeksi.

c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka insisi

Implementasi yang dilakukan yaitu dukungan mobilisasi dengan cara identifikasi adanya keluhan fisik lainnya, monitor konsisi umum klien saat melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan sehari – hari, jelaskan tujuan prosedur mobilisasi, anjurkan klien untuk mobilisasi dini (duduk).

Setelah dilakukan implementasi keperawatan klien di dapat tidak ada keluhan fisik lainnya, kondisi klien stabil selama melakukan mobilitas, keluarga dapat membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan klien.

d. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit

implementasi yang dilakukan yaitu perawatan luka dengan cara monitor tanda gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan

pasien dan lingkungan pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi , ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. Setelah dilakukannya implementasi keperawatan klien mengatakan luka pada post operasi bagian abdomen terasa perih, terdapat kemerahan pada bagian luka, terdapat panas dan nyeri pada bagian luka.

- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi Implementasi yang dilakukan yaitu Pendidikan Kesehatan tentang apendisitis dengan cara identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat, sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan, jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan, ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan klien dapat mengetahui tentang pengertian tanda dan gejala dari apendisitis.

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Pada tahap ini penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif, Evaluasi formatif dilakukan setiap selesai memberikan Tindakan keperawatan. Hasil dari evaluasi formatif menunjukkan bahwa hampir

semua Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien dapat mengurangi atau mengatasi masalah yang di derita klien, sedangkan untuk evaluasi sumatif penulis melakukan pada hari ke 2 dan ke 3 setelah hari ke 3 memberikan asuhan keperawatan pada klien.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terhadap 3 masalah keperawatan yang muncul pada Ny.S di dapatkan hasil:

- a. Nyeri akut berkurang dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) dapat teratasi pada hari ke tiga karena keluhan nyeri pada Ny.S berkurang dari 5 menjadi 3 dan meringis berkurang selain itu keluarga dan Ny.S Kooperatif selama proses asuhan keperawatan sehingga penulis dapat dengan mudah melakukan intervensi keperawatan sehingga nyeri akut dapat teratasi.
- b. Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi sebagai pada hari ke tiga di lihat dari luka operasi klien tampak baik serta tidak ditemukan tanda – tanda dan gejala infeksi, klien juga mengetahui tanda dan gejala infeksi. Hal ini di dukung oleh pihak keluarga dan klien yang kooperatif selama Tindakan perawatan luka di lakukan dan klien selalu mendengarkan anjuran yang di berikan kepada klien sehingga masalah dapat teratasi Sebagian.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka insisi dapat teratasi pada hari ke tiga dilihat dari tidak ditemukannya penurunan

kekuatan otot dan klien dapat melakukan mobilitas dari duduk sampai dapat memenuhi kebutuhannya secara mandiri. Hal ini di dukung oleh pihak keluarga dan klien sendiri yang kooperatif dan mengikuti setiap anjuran yang diberikan serta aktif dalam melakukan mobilisasi dini dan masalah dapat teratasi.

- d. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit dapat teratasi sebagian pada hari ketiga di lihat dari luka pada bagian operasi klien tampak membaik. Hal ini di dukung oleh keluarga dan klien sendiri yang kooperatif dan selama tindakan perawatan luka di lakukan klien selalu mendengarkan ajuran yang di berikan kepada klien sehingga dapat teratasi sebagian.
- e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparinformasi dapat teratasi pada hari ke tiga dilihat dari klien dan keluarganya sudah mengenal Kesehatan tentang apendisitis, dan dapat menjelaskan ulang tentang pengertian,penyebab, tanda – tanda, dan cara perawatan lukanya.

## BAB IV

### KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

#### A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan “ Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Laparaskopi A.I Apendiksitis Kronis Di Ruang Mutiara Atas RSUD Dr. Slamet Garut” maka penulis dapat menyimpulkan sebagai berikut:

1. Penulis dapat melakukan pengkajian pada Ny.S akibat tindakan post laparaskopi a.i Apendisitis kronis dan di dapatkan data klien mengalami nyeri pada bekas luka operasi di bagian abdomen sebanyak 3 buah dengan masing – masing panjang luka sekitar 1 – 2 cm, nyeri bertambah ketika pasien bergerak dan berkurang jika di istirahatkan, nyeri terasa seperti di tusuk – tusuk, nyeri terasa hilang timbul, nyeri terasa di area luka operasi (pusar,bawah pusar,perut bagian kanan bawah), klien tampak meringis, skala nyeri 5 (0 – 10), klien mengatakan sulit untuk bergerak karena nyeri.
2. Diagnosa keperawatan antara teori dan kenyataan di lapangan mempunyai sedikit kesenjangan tidak semua masalah yang ada pada teori muncul pada klien NY.S Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada klien antara lain adalah :
  - 1). Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisisk ( prosedur operasi)
  - 2). Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
  - 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka insisi

- 4) Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit
  - 5) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
3. Intervensi keperawatan pada tahap ini penulis menyusun rencana tindakan sesuai dengan permasalahan yang ada pada Ny.S dengan nyeri akut: perencanaan asuhan keperawatan pada masalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi) di antaranya kaji skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologi, kolaborasi pemberian obat analgetik. perencanaan asuhan keperawatan pada gangguan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan memonitor karakteristik luka, melakukan perawatan luka operasi laparaskopi. Perencanaan asuhan keperawatan pada Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan luka insisi jaringan, memonitor kondisi umum klien saat melakukan mobilisasi menganjurkan klien untuk mobilisasi dini (duduk) dan memenuhi kebutuhan sehari – hari secara mandiri. Perencanaan asuhan keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit, memonitor tanda dan gejala infeksi dan sistemik, jelaskan tanda gejala infeksi kolaborasi pemberian obat. Perencanaan asuhan keperawatan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, memberikan kesempatan untuk bertanya, menjelaskan perilaku hidup bersih dan sehat.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada setiap diagnosa adalah: diagnosa pertama melakukan mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,

fungsi, kualitas, intensitas nyeri, melakukan identifikasi skala nyeri, memberikan obat analgeric. Diagnosa ke dua melakukan memonitor karakteristik luka, melakukan perawatan luka operasi laparaskopi. Diagnosa ketiga melakukan monitor kondisi klien saat melakukan mobilisasi, menganjurkan klien untuk mobilisasi dini (duduk) dan memenuhi kebutuhan sehari – hari secara mandiri. Diagnosa keempat memonitor tanda gejala infeksi menjelaskan tanda dan gejala infeksi mengkolaborasi pemberian obat. Diagnosa kelima mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi memberikan kesempatan untuk bertanya menjelaskan perilaku bersih dan sehat.

5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Ny.S Dengan gangguan sistem pencernaan: post laparaskopi a.i apendisitis kronis dan 5 masalah yang muncul, dimana masalah yang dapat teratasi sebagian yaitu: Gangguan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan Gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan adanya luka insisi, Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (prosedur operasi), resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

## **B. Rekomendasi**

1. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi dapat meningkatkan pembelajaran kepada mahasiswa dalam rangka untuk meningkatkan kemampuan setiap mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan secara mandiri dan komperhensif berdasarkan aspek bio, psiko, sosial, spiritual terhadap klien dengan

gangguan sistem pencernaan: post laparaskopi a.i apendisitis kronis berdasarkan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang telah di pelajari selama pendidikan dengan memperbanyak latihan kasus dan di lapangan.

## 2. Bagi Paisein Dan Keluarga

Klien dan keluarga diharapkan dapat memahami pengetahuan yang telah disampaikan oleh perawat, serta keluarga harus selalu memberikan dorongan, motivasi, doa, dan dukungan agar pasien semangat untuk sembuh.

## 3. Bagi Perawat

Perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan optimal kepada setiap pasien, di harapkan perawat memperdalam setiap ilmu kesehatanya.

## 4. Bagi Rumah Sakit

Penulis mengharapkan mutu pelayanan rumah sakit lebih optimal lagi, baik dari segi sarana dan prasarana agar dapat memberikan pelayanan kesehatan yang memuaskan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Angka Kejadian Apendisitis Di Kabupaten Garut 2018.  
<https://garutkab.bps.go.id/statictable/2018/04/13/328/jumlah-kasus-10-penyakit-terbanyak-di-kabupaten-garut-2017>
- Amit, M. D. & Nuraeni, P., (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operatif Appendectomy di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi. Lentera: Jurnal Ilmiah Kesehatan Dan Keperawatan, <https://jurnal.ummi.ac.id/index.php/lentera/article/view/218>
- Elfira, E., Ns, M. K.dkk. (2021). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah 1. Media Sains Indonesia.
- Hadinata Dian. A. J. A, 2022. Metodologi Keperawatan. Bandung: Widina BhaktiPersada Bandung.
- Handayana, Adeodatus Y., 2017. Deteksi Dini 31 Penyakit Bedah Sauran Cerna (Digestif). Yogyakarta: ANDI Yogyakarta
- Hartoyo, M., Musiana, N., Handayani, R. S., & Kep, M. (2022). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah S1 Keperawatan Jilid II. Mahakarya Citra Utama Group.
- Hendrawati, H., & Amalia, R. F., (2022). Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Post Op Laparatomi Apendisitis Akut. Jurnal Pustaka Keperawatan (Pusat Akses kajian Keperawatan), [https://jurnal.pustakagalerimandiri.co.id/index.php/pustaka\\_ke\\_perawatan/article/download/339/229](https://jurnal.pustakagalerimandiri.co.id/index.php/pustaka_ke_perawatan/article/download/339/229)
- Mardalena, Ida, 2018. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan. Yogyakarta: Pt Pustaka Baru
- Mediarti, D., Akbar, H., & Jaya, H. (2022). Implementasi keperawatan pada pasien Post Operasi apendisitis dengan Masalah nyeri akut. Jurnal'Aisyiyah Medika, <https://jurnal.stikes-aisyiyah-palembang.ac.id/index.php/JAM/article/view/780>  
Register RSUD dr.Slamet Garut  
Lampung Periode Tahun 2019-2022. <https://scholar.google.com/scholar>.
- Nugraha, B. A., (2022). The Strengthening Community Capacity In Preventing Appendicitis During The COVID-19 Pandemic. Jurnal Pengabdian Masyarakat Kasih(JPMK), <https://jkd.stikesdirgahayusamarinda.ac.id/index.php/jpmk/article/download/311/166/>
- Nurarif, Kusuma, 2015 Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan diagnosa Medis & Nanda Nic - Noc. Yogyakarta: MediActionPublishing Jogjakarta
- PPNI (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI). Jakarta DPP PPNI
- PPNI (2017). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Jakarta DPP PPNI
- PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Jakarta DPP

- PPNI Zahara Farhan, D. R. (2019). Perioperatif. Manggu Makmur Tanjung Lestari.
- Gastroenterology, J., Petroianu, A., & Vinicius Villar Barroso, T. (2016). Cite this article: Petroianu A, Villar Barroso TV (2016) Pathophysiology of Acute Appendicitis. In JSM Gastroenterol Hepatol (Vol. 4, Issue 3).
- Henfa, H., Cruz, D., Klinis, A., Tatalaksana, D., Akut, A., & Mayasari, D. (2022). Aspek Klinis dan Tatalaksana Apendisitis Akut. JK Unila, 6(2).
- Jones, M., Lopez, R., & Deppen, J. (2023). Appendicitis - StatPearls In NCBI Bookshelf.
- Manggungakbar  
[https://www.google.com/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.magungakbar.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F12%2Fpathway-  
 apendisitis](https://www.google.com/imgres?imgurl=http%3A%2F%2Fwww.magungakbar.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F12%2Fpathway-apendisitis).
- Snyder, M. J., Guthrie, M., & Cagle, S. (2018). Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management (Vol. 98, Issue 1). [www.aafp.org/afp](http://www.aafp.org/afp)
- Murtaqib, kushandayani 2019 & Withers,A. S.,Grieve, A., (2019) Rosdahl (2017). Midalina,,(2023).
- Di Saverio,S., Podda,M., De simone B, Ceresoli, M Agustun,G,,(2020)

**LAMPIRAN**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) PENYAKIT  
APENDIKSITIS RUANGAN MUTUARA ATAS RSUD DR.  
SLAMET GARUT**

**DI SUSUN OLEH:**

**RAHMA JANNATUNNISA  
KHGA21064**



**SEKOLAH TINGGI KESEHATAN STIKES KARSA HUSADA  
GARUT PROGRAM STUDY D III KEPERAWATAN  
TAHUN AJARAN 2023 / 2024**

**SATUAN ACARA PENYULUHAN**

## **1. Pengantar**

Topik : Penyakit Apendiksitis

Sub topik : Pengertian, Penyebab, Gejala, Pengobatan, dan pencegahan

Sasaran : Ny.S dan Keluarga

Hari dan tanggal : 1 Mei 2024

Tempat : Mutiara Atas

## **2. Karakteristik / persyaratan peserta**

Peserta yang ikut sertakan dalam kegiatan penyuluhan kesehatan ini yaitu klien yang memiliki penyakit apendisitis dan keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit apendisitis.

## **3. Tujuan**

### **a. Tujuan Umum**

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan diharapkan Ny.S bisa mengetahui tentang penyakit yang di derita.

### **b. Tujuan Khusus**

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan Ny.S dan keluarga di harapkan mampu:

- 1) Menjelaskan pengertian apendisitis?
- 2) Menjelaskan penyebab apendisitis?
- 3) Mengetahui tanda dan gejala apendisitis?
- 4) Mengetahui pengobatan apendisitis?
- 5) Mengetahui cara pencegahan apendisitis?

#### 4. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya Jawab

#### 5. Media

- a. Leaflet

#### 6. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Respon Ny.S dan Keluarga
1.	3 Menit	Pembukaan <ol style="list-style-type: none"><li>1. Membuka kegiatan dengan salam</li><li>2. Memperkenalkan Diri</li><li>3. Menjelaskan tujuan penyuluhan</li><li>4. Memberi materi yang akan di sampaikan</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjawab Salam</li><li>2. Mendengarkan</li><li>3. Memperhatikan</li></ol>
2.	7 Menit	Pelaksanaan <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjelaskan Pengertian Apendisitis</li><li>2. Menjelaskan Penyebab Apendisitis</li><li>3. Menjelaskan Tanda gejala apendisitis</li><li>4. Menjelaskan pengobatan Apendisitis</li><li>5. Menjelaskan Pencegahan Apendisitis</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memperhatikan</li></ol>
3.	5 Menit	Evaluasi: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menanyakan kepada Ny.S dan keluarga terkait materi yang di sampaikan.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menjawab pertanyaan</li></ol>
4.	5 Menit	Terminasi: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Menyimpulkan materi penyuluhan</li><li>2. Mengucapkan salam penutupan</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mendengarkan</li><li>2. Menjawab salam</li></ol>
Total		20 Menit	

#### Evaluasi

- a. Apa pengertian apendisitis
- b. Apa Penyebab apendisitis
- c. Apa Tanda gejala apendisitis
- d. Apa pengobatan untuk pasien apendisitis
- e. Cara pencegahan apendisitis

### **Lampiran Materi**

- a. Pengertian Apendisitis

Penyakit usus buntu adalah peradangan pada usus buntu atau apendik, yaitu organ berbentuk kantong berukuran 5 – 10 cm yang tersambung ke usus besar. Kondisi ini umumnya di tandai dengan nyeri di perut bagian kanan bawah. Radang usus buntu paling sering menyerang pada kelompok usia antara 10 – 30 tahun. Meskipun demikian, usus buntu juga dapat disebut juga apendisitis.

- b. Penyebab apendisitis

Penyakit usus buntu terjadi akibat infeksi di rongga usus buntu. Akibatnya bakteri berkembang dengan cepat sehingga membuat usus buntu meradang, bengkak, dan bernanah. Penyebab penyakit usus buntu belum dapat di pastikan. Namun ada beberapa faktor yang di juga dapat menyebabkan seseorang mengalami radang usus buntu, yaitu:

- 1) Hambatan di pintu rongga usus buntu akibat penumpukan feses atau tinja yang mengeras.
- 2) Penebalan atau pembengkakan jaringan dinding usus buntu karena infeksi saluran pencernaan atau bagian tubuh lainnya.

- 3) Penyumbatan rongga usus buntu akibat pertumbuhan parasite di pencernaan.
- 4) Kondisi medis tertentu, seperti tumor pada perut.
- 5) Cedera di perut

c. Gejala Apendisitis

Gejala utama penyakit usus buntu adalah nyeri di perut yang di sebut kolik abdomen. Nyeri tersebut berawal dari pusar, Kemudian bergerak ke bagian kanan bawah perut. Lokasi nyeri bisa berbeda – beda tergantung pada usia dan posisi usus buntu itu sendiri. Dalam waktu beberapa jam nyeri tersebut bisa bertambah parah terutama saat bergerak, menarik nafas dalam, batuk atau bersin, Selain itu, nyeri juga bisa muncul secara mendadak, bahkan saat penderita sedang tidur.

Gejala nyeri perut tersebut dapat di sertai dengan:

- 1) Perut kembung
- 2) Mual dan Muntah
- 3) Demam dan Menggigil
- 4) Hilang Nafsu Makan
- 5) Tidak bisa buang gas
- 6) Sembelit (Konstipasi)
- 7) Diare

d. Pengobatan Apendisitis

- 1) Obat – obatan

Pada beberapa kasus yang ringan, pasien dapat sembuh hanya

dengan di berikan pemberian antibiotik sehingga tidak dilakukan operasi. Namun, jika operasi di perlukan dokter akan memberikan antibiotic terlebih dahulu melalui infus, untuk mengobati infeksi yang mengakibatkan radang usus buntu.

## 2) Operasi

Pengobatan utama penyakit usus buntu adalah dengan operasi pengangkatan usus buntu atau apendiktomi. Pengangkatan usus buntu pada sistem pencernaan tidak akan mengakibatkan masalah jangka panjang, karena usus buntu juga tidak berperan penting pada orang dewasa ada dua cara dalam melakukan apendiktomi yaitu:

### a) Laparaskopi

Laparaskopi adalah operasi usus buntu dengan laparskopi dilakukan dengan membuat beberapa sayatan sebesar lubang kunci di perut. Melalui sayatan tersebut dokter akan memasukan alat bedah khusus untuk mengangkat usus buntu.

### b) Laparotomi

Laparotomi dilakukan dengan membedah perut bagian kanan bawah sepanjang 5 – 10 cm, dan mengangkat usus buntu. Bedah terbuka ini di anjurkan untuk penyakit usus buntu yang infeksinya telah menyebar keluar usus buntu atau usus buntu sudah bernanah.

## **Pencegahan**

Pencegahan usus buntu belum diketahui secara pasti, Tetapi ada beberapa cara yang bisa dilakukan untuk menghindari resiko terjadinya



usus buntu yaitu:

- 1) Meningkatkan asupan makanan sumber serat
- 2) Minum air puting dengan jumlah yang cukup
- 3) Mengonsumsi makanan yang mengandung probiotik
- 4) Melakukan pemeriksaan secara berkala

**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

**A. Identitas**

2. Nama : Rahma Jannatunnisa
3. NIM : KHGA21064
4. Jenis Kelamin : Perempuan
5. Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 7 Juli 2002
6. Agama : Islam
7. Pekerjaan : Mahasiswa
8. Alamat : Kp. Ciharus RT/RW 01/08, Desa  
Dangiang Kecamatan Cilawu,  
Kabupaten Garut.
9. Email : [rahmajannatunnisa91@gmail.com](mailto:rahmajannatunnisa91@gmail.com)

**B. Riwayat Pendidikan**

1. SDN Dangiang 3 Tahun 2009 – 2015
2. SMPN 1 Cilawu Garut Tahun 2015 – 2018
3. SMAN 8 Garut Tahun 2018 – 2021
4. Mahasiswa DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut Tahun  
2021 sampai sekarang.