

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN : POST LAPARATOMI APPENDIKTOMI
POD I a/i APPENDISITIS AKUT DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT GUNTUR KABUPATEN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh :
VINNI AULIA NURAI SYAH
KHGA22147



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
TAHUN 2025**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST
LAPARATOMI APPENDIKTOMI POD I a/i
APPENDISITIS AKUT DI RUANG MAWAR RUMAH
SAKIT GUNTUR KABUPATEN GARUT

NAMA : VINNI AULIA NURAI SYAH

NIM : KHGA22147

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Disetujui untuk Disidangkan Dihadapan

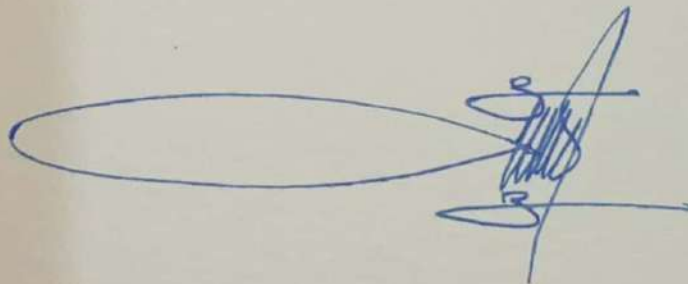
Tim Penguji Program Studi D III Keperawatan

STikes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2025

Menyetujui,

Pembimbing



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST
LAPARATOMI APPENDIKTOMI POD I a/i
APPENDISITIS AKUT DI RUANG MAWAR RUMAH
SAKIT GUNTUR KABUPATEN GARUT

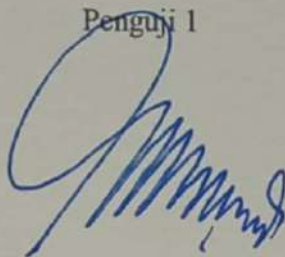
NAMA : VINNI AULIA NURAI SYAH

NIM : KHGA22147

Garut, Juli 2025

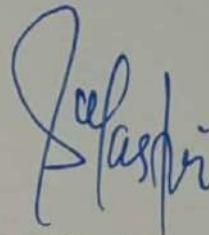
Menyetujui,

Penguji 1



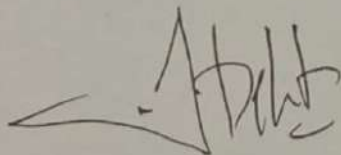
H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes.

Penguji 2



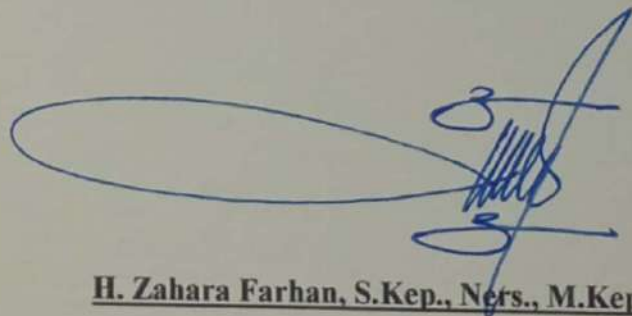
Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep

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



K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing Karya Tulis Ilmiah



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep

ABSTRAK

**Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan:
Post Laparatomi Appendiktomi POD I a/i Appendisitis Akut
Di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut
Oleh: Vinni Aulia Nuraisyah**

Appendisitis merupakan kegawatdaruratan abdomen yang jika tidak segera ditangani akan menyebabkan komplikasi seperti perforasi, peritonitis, abses dan bahkan menyebabkan kematian, untuk mengatasi komplikasi tersebut maka di butuhkan tindakan appendiktomi. Tujuan dibuatnya karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien gangguan sistem pencernaan dengan post operasi appendiktomi melalui pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Metode penulisan yang digunakan adalah deskriptif berupa studi kasus. Adapun masalah yang ditemukan pada kasus tersebut yaitu nyeri akut, risiko infeksi, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan pola tidur. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini ditujukan pada masalah kesehatan setiap orang dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah di tetapkan. Dalam melakukan asuhan keperawatan tersebut di fokuskan dalam mengatasi penyebab dari gangguan sistem pencernaan dengan post operasi appendiktomi yang di alami pasien. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny. S menunjukan perkembangan dengan 3 masalah keperawatan teratasi dan 1 masalah keperawatan teratasi sebagian. Simpulan dalam karya tulis ilmiah ini adalah sesuai dengan perencanaan yang telah disusun sebelumnya. Hal ini tidak terlepas dari peran keluarga yang mendukung, dan pembimbing akademik serta adanya setiap tahapan implementasi asuhan keperawatan pada Ny. S dengan gangguan sistem pencernaan dengan post operasi appendiktomi. Penulis mensarankan kepada perawat untuk meningkatkan hubungan terapeutik dengan pasien dan keluarga sehingga dapat mempermudah perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien secara komprehensif.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Appendisitis, Appendiktomi

ABSTRACT

***Nursing Care for Mrs. S with Digestive System Disorders: Post-Laparotomy
Appendectomy POD I a/i Acute Appendicitis
In the Mawar Room of Guntur Hospital Garut Regency
By: Vinni Aulia Nuraisyah***

Appendicitis is an abdominal emergency that, if not promptly treated, can lead to complications such as perforation, peritonitis, abscesses, and even death. To address these complications, appendectomy is required. The purpose of this scientific paper is to gain practical experience in providing comprehensive nursing care to patients with digestive system disorders following appendectomy surgery through assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. The writing method used is descriptive in the form of a case study. The issues identified in this case include acute pain, infection risk, physical mobility impairment, and sleep pattern disruption. The planning developed in this study is tailored to each individual's health issues, aligning with the established objectives and goals. The nursing care provided focused on addressing the causes of digestive system disorders following appendectomy surgery experienced by the patient. The evaluation results of the nursing care process conducted on Mrs. S showed progress, with three nursing issues resolved and one nursing issue partially resolved. The conclusion of this scientific paper aligns with the previously established plan. This is not unrelated to the supportive role of the family, the academic supervisor, and the implementation of each stage of nursing care for Mrs. S with digestive system disorders following appendectomy surgery. The author recommends that nurses enhance therapeutic relationships with patients and their families to facilitate comprehensive nursing care for clients.

Keywords : Nursing Care, Appendicitis, Appendectomy

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT. yang telah mencurahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat serta salam semoga selalu terlimpah curahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, para sahabat hingga kepada kita selaku umatnya hingga akhir zaman.

Alhamdulillah, atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Laparotomi Appendiktomi POD I a/i Appendisit Akut Di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut Tahun 2025” dengan tepat waktu. Karya tulis ilmiah ini ajukan sebagai salah satu syarat dalam menempuh program pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, saran serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar besarnya terutama kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si, selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.

3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut, dan Penguji I dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep, selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Bapak H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah mencurahkan banyak waktu untuk senantiasa memberikan arahan, saran dan motivasi kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep, selaku Penguji II dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Seluruh Dosen dan Staff D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat selama penulis menempuh pendidikan.
8. Ibu Gilang Pebrian Pramudita, S.Kep., Ners, selaku pembimbing di Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut yang telah memberikan begitu banyak ilmu pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, motivasi serta kesempatan kepada penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.
9. Kepada klien Ny. S dan keluarga yang telah kooperatif dan bersedia memberikan informasi kepada penulis selama melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu.
10. Kepada cinta pertama dan panutanku, Bapak Aang beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai bangku perkuliahan, namun beliau mampu

mendidik penulis, memotivasi, memberikan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan program studi D-III Keperawatan.

11. Pintu surgaku, Ibu Dede beliau sangat berperan penting bagi penulis dalam menyelesaikan program studi ini, beliau juga tidak sempat merasakan bangku perkuliahan, tapi semangat motivasi serta do'a yang selalu beliau berikan hingga penulis mampu menyelesaikan program studi D-III Keperawatan.
12. Kepada Adik tersayang penulis Viddi Rahman Maulana, yang selalu memberikan semangat dan dukungan melalui celotehannya, tetapi penulis yakin dan percaya itu adalah bentuk dukungan dan motivasi.
13. Kepada sepupu penulis khususnya Anisa Novianti, dan Hilma Aryanti yang telah memberi dukungan, semangat, motivasi, dan tempat berkeluh kesah selama menyusun Karya Tulis Ilmiah.
14. Kepada sahabat seperjuangan para Cegil, Leni Nilam Marlinda, dan Nindia Riski Nurdiani yang saat ini sedang berjuang bersama untuk menempuh gelar A.Md.Kep, terimakasih telah menjadi teman bertukar pikiran serta selalu memberikan support dan motivasi kepada penulis.
15. Kepada jodoh penulis kelak kamu adalah salah satu alasan penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, meskipun hingga saat ini keberadaanmu tidak tahu dimana dan sedang menggengam tangan siapa, penulis meyakini bahwa apa yang sudah ditakar tidak akan tertukar dan apa yang menjadi takdir sudah pasti akan hadir.
16. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/i program studi D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut khususnya kelas 3C yang tidak bisa penulis

sebutkan satu persatu, terimakasih selama 3 tahun ini kalian sudah menjadi teman seperjuangan, banyak cerita, canda tawa serta suka dan duka yang akan menjadi kenangan yang tidak terlupakan.

17. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini.

Penulis menyadari sepenuhnya begitu banyak keterbatasan yang penulis miliki baik dari segi ilmu pengetahuan serta kemampuan. Oleh karena itu, dalam pembuatan karya tulis ini masih banyak kekurangan dan kesalahan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta selalu mendapatkan ridho-Nya. Semoga Allah SWT membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Garut, Juli 2025

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	Error! Bookmark not defined.
LEMBAR PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Metode Penulisan	6
D. Sistematika Penulisan.....	7
BAB II KAJIAN PUSTAKA	2
A. Konsep Dasar Appendisit.....	2
1. Pengertian	2
2. Etiologi.....	10
3. Klasifikasi	10
4. Patofisiologi	12
5. Manifestasi Klinis.....	16
6. Komplikasi	16
7. Pemeriksaan Penunjang	18
8. Penatalaksanaan.....	18
B. Konsep Dasar Laparatomi Appendiktomi.....	20
1. Definisi.....	20
2. Tehnik Sayatan Laparatomi.....	20
3. Jenis Indikasi Tindakan Operasi Laparatomi	22
4. Komplikasi Post Laparatomi	24
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	26
1. Pengkajian.....	26
2. Diagnosa Keperawatan	34
3. Perencanaan Keperawatan	35
4. Implementasi Keperawatan	41
5. Evaluasi Keperawatan	42
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	46
A. Tinjauan Kasus.....	46
1. Pengkajian.....	46
2. Diagnosa Keperawatan	60
3. Perencanaan Keperawatan	64
4. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan.....	68
5. Catatan Perkembangan	77
B. Pembahasan	78
1. Pengkajian	79

2. Diagnosa Keperawatan	82
3. Perencanaan Keperawatan	84
4. Implementasi Keperawatan	86
5. Evaluasi Keperawatan.....	88
BAB IV SIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	91
A. Simpulan.....	91
B. Rekomendasi.....	94
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data	31
Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan	35
Tabel 3.1 Pola Aktivitas sehari - hari.....	56
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium	57
Tabel 3.3 Program terapi	57
Tabel 3.4 Analisa data.....	58
Tabel 3.5 Perencanaan Keperawatan	64
Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan.....	68
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan	77

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I SAP Perawatan Luka Pasca Operasi
- Lampiran II Leaflet Perawatan Luka Pasca Operasi
- Lampiran III Lembar Bimbingan
- Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Appendisitis merupakan suatu kondisi dimana lumen tersumbat, sehingga mengakibatkan adanya peradangan appendiks serta mengakibatkan penyebab umum terjadinya nyeri abdomen akut (Purnamasari, 2023). Menurut World Health Organization appendisitis adalah kegawatdaruratan pembedahan yang sering terjadi di dunia, kondisi ini disebabkan oleh adanya penyumbatan serta infeksi pada saluran usus buntu atau appendiks yang dapat menyerang semua usia (WHO, 2023). Appendisitis adalah penyakit yang sensitif terhadap waktu serta dapat mengakibatkan tingginya angka morbiditas dan mortalitas jika tidak segera ditangani (Louw, 2023).

Menurut World Health Organization didapatkan pada tahun 2021 angka kasus appendisitis di Amerika Serikat diperkirakan mencapai 300.000 kasus, pada tahun 2022 didapatkan 259 juta kasus appendisitis yang terjadi pada laki – laki di dunia, sedangkan pada perempuan didapatkan 160 juta kasus. Angka kematian yang disebabkan appendisitis mencapai 21.000 jiwa, populasi laki – laki lebih banyak dibandingkan perempuan, sedangkan pada tahun 2023 kasus appendisitis Amerika Serikat mencapai 250.00 terjadi di setiap tahun. Angka kematian appendisitis keseluruhan pada tahun 2021 – 2023 mencapai 0,28% (WHO, 2023).

Menurut Kementerian Kesehatan Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2020 angka kejadian apendisitis di Indonesia sebanyak 75.601 kasus, ini disebabkan karena apendisitis adalah masalah kesehatan utama pada tingkat lokal dan nasional karena dampaknya tinggi terhadap kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2020). Pada tahun 2007 didapatkan prevalensi apendisitis di Indonesia mencapai 0,4% pada pasien yang menderita apendisitis (Riskesdas, 2018).

Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia pada tahun 2018 didapatkan angka kejadian apendisitis di Indonesia menempati urutan tertinggi dengan prevalensi apendisitis berjumlah 7% dari jumlah penduduk di Indonesia atau sekitar 179.000 orang yang merupakan penyebab dari kegawatdaruratan abdomen (Susanti, 2024). Menurut data unit rekam medis Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut jumlah pasien apendisitis periode Januari 2024 sampai Mei 2025 mencapai 108 kasus dengan presentasi laki – laki 23,15% dan perempuan 76,85% dengan rata – rata usia 15 tahun sampai 44 tahun.

Dampak yang menyebabkan pasien apendisitis harus mendapatkan perawatan di rumah sakit disebabkan karena adanya nyeri pada abdomen kuadran kanan bawah yang tidak kunjung hilang meskipun sudah diobati, sehingga pasien harus mendapatkan pemantauan dan perawatan medis yang lebih lanjut. Dampak pada pasien apendisitis jika tidak mendapatkan perawatan medis yang lebih lanjut dapat berpotensi terjadinya komplikasi seperti perforasi, peritonitis, abses dan bahkan dapat menyebabkan

kematiaan. Jika terjadinya komplikasi pada appendisitis maka dibutuhkan penanganan dengan tindakan pembedahan yang biasa disebut dengan appendiktomi (Sutrisna, 2016).

Dampak dari appendicitis pada kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan dasar cairan, dikarenakan penderita mengalami demam tinggi sehingga pemenuhan cairan berkurang. Kebutuhan dasar nutrisi berkurang dikarenakan pasien apendisitis mengalami mual, muntah. Kebutuhan rasa nyaman penderita dikarenakan pasien mengalami nyeri pada abdomen akibat peradangan yang dialami (Amir, 2018).

Appendiktomi merupakan tindakan pembedahan bertujuan untuk mengangkat apendiks atau usus buntu yang telah mengalami peradangan atau infeksi dengan tujuan untuk mencegah komplikasi serius seperti perforasi (pecahnya usus buntu) yang dapat menyebabkan peritonitis, sehingga menyebabkan suatu kondisi infeksi pada rongga perut yang berpotensi mengancam jiwa (Waisani, 2020).

Dampak dari post operasi appendiktomi dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan rasa nyaman berupa nyeri akut sebagai respons terhadap adanya luka post operasi, nyeri juga dapat memengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan mobilisasi, mobilisasi sangat penting untuk mempercepat penyembuhan luka dan mencegah komplikasi seperti infeksi dan perlengketan usus, gangguan kebutuhan dasar lainnya meliputi risiko infeksi pada luka operasi, gangguan pola tidur akibat adanya ketidaknyamanan karena adanya nyeri pada luka operasi (Waisani, 2020).

Peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiktomi harus secara tepat seperti perawatan luka untuk mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi lain, mengajurkan mobilisasi untuk mempercepat penyembuhan luka, serta penanganan nyeri yang bisa dilakukan secara farmakologis dan non farmakologis. Penanganan nyeri secara farmakologis yaitu kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik. Sedangkan secara non farmakologis yaitu dengan massage lumbal fungsi, kompres dingin dan panas pada area luka, hipnosis, guided imagery, serta teknik relaksasi (Simamora, 2021).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dan membuat laporan studi kasus dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Laparatomi Appendiktomi POD I a/i Appendisitis Akut di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman yang nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada Ny. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Laparatomi Appendiktomi POD I a/i Appendisitis Akut di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut Tahun 2025.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis mampu menerapkan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien diantaranya:

- a. Mampu melaksanakan pengkajian secara komprehensif pada Ny. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Laparotomi Appendiktomi POD I a/i Appendisitis Akut di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.
- b. Mampu menegakan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon pasien terhadap adanya gangguan pada pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) pada Ny. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Laparotomi Appendiktomi POD I a/i Appendisitis Akut di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.
- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakan pada Ny. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Laparotomi Appendiktomi POD I a/i Appendisitis Akut di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan pada Ny. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Laparotomi Appendiktomi POD I a/i Appendisitis Akut di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.

- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada Ny. S dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Post Laparatomi Appendiktomi POD I a/i Appendisitis Akut di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut.

C. Metode Penulisan

Karya Tulis ilmiah ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilakukan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Wawancara

Penulis menggunakan metode wawancara untuk mengumpulkan data subjektif dari keluarga dan klien melalui proses tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien. Proses ini juga disebut dengan anamnesa.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung meliputi perilaku dan keadaan umum klien untuk memperoleh data objektif mengenai masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien.

3. Studi Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status, hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan penunjang lain untuk melengkapi data objektif yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan.

4. Studi Kepustakaan

Penulis membaca berbagai literatur untuk mendapatkan data dasar yang berhubungan dengan kasus yang dialami klien yaitu post laparatomi appendiktomi atas indikasi appendisitis akut.

5. Partisipasi Aktif

Penulis memperoleh data melalui partisipasi aktif pasien selama proses pengkajian, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut:

Bab I Pendahuluan, meliputi; latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

Bab II Kajian Teoritis, meliputi; konsep dasar penyakit, konsep dasar laparatomi apendektomi dan pendekatan dasar asuhan keperawatan. Konsep dasar penyakit terdiri dari pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan. Konsep dasar laparatomi apendektomi terdiri dari pengertian, jenis teknik sayatan lapartomi, jenis indikasi tindakan laparatomi, komplikasi post lapartomi. Pendekatan dasar asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan secara teoritis.

Bab III Tinjauan Kasus, meliputi; tinjauan kasus dan pembahasan. Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan. Pembahasan berisi tentang kesenjangan - kesenjangan yang ditemukan dan perbandingan antara tinjauan teoritis dengan fakta di lapangan pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan catatan perkembangan.

Bab IV Kesimpulan dan rekomendasi; berisi kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perawat dan pihak rumah sakit, institusi pendidikan, keluarga dan klien, serta untuk perbaikan karya tulis ilmiah yang penulis susun.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Appendisitis

1. Pengertian

Appendisitis merupakan peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing yang disebabkan oleh adanya makanan keras yang masuk ke dalam usus buntu dan tidak bisa keluar lagi sehingga menyebabkan perkembangan kuman – kuman yang memperparah keadaan (Farida, 2023).

Appendisitis adalah peradangan pada appendiks vermiformis dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini menyerang semua umur baik laki – laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki laki berusia 10 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran kanan bawah (Roza, 2023).

Appendiks atau yang biasa dikenal dengan umbai cacing berisi makanan dan mengkosongkan diri secara teratur ke dalam sekum, dikarenakan pengosongan yang terjadi tidak efektif dan berlumen kecil sehingga appendiks sering tersumbat dan rentan infeksi (Arsa, 2023).

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa appendisitis merupakan peradangan akibat adanya infeksi pada appendiks vermiformis (usus buntu / umbai cacing) kondisi ini dapat menyerang

semua umur, tetapi lebih sering terjadi pada laki – laki berusia 10 – 30 tahun yang disebabkan oleh adanya makanan keras yang tersumbat sehingga pengosongan menjadi tidak efektif dan menyebabkan appendiks tersumbat serta infeksi.

2. Etiologi

Menurut Arsa (2023), dan Roza (2023) appendisitis umumnya disebabkan karena adanya obstruksi pada lumen appendiks, hyperplasia folikel limfoid, fekalit, parasit *E-Histolytica* atau penyebab lain tumor appendiks seperti (tumor karsinoid, adnokarsinoma appendiks, parasit usus, dan jaringan limpatik hipertrofi), jika terjadinya obstruksi pada lumen appendiks maka bakteri seperti (aerob, anaerob, *escherichia coli*, *bacteroides spp* parasit, *enterobius vermicularis*) akan menumpuk pada appendiks dan bisa menyebabkan peradangan akut dengan perforasi, pembentukan abses sehingga menyebabkan appendisitis. Appendisitis juga bisa disebabkan oleh kebiasaan makan – makanan rendah serat sehingga dapat terjadi kontipasi. Kontipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang mengakibatkan terjadinya sumbatan fungsional appendiks dan meningkatkan pertumbuhan kuman flora kolon.

3. Klasifikasi

Menurut Hartoyo (2022), dan Nuraif kusuma (2015) klasifikasi appendisitis meliputi:

a. Appendisitis Akut

Appendisitis akut memiliki batasan waktu serangan nyeri 24 – 48 jam dan merupakan kasus kegawatdaruratan medis dimana nyeri perut pada kuadran kanan bawah. Gejala appendicitis akut antara lain nyeri samar dan tumpul yang merupakan nyeri visceral pada daerah epigastrium di sekitar umbilicus. Keluhan ini disertai rasa mual, muntah dan penurunan napsu makan, dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik McBurney sehingga nyeri yang dirasakan akan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga menyebabkan nyeri somatic.

b. Appendisitis Rekurens

Appendisitis rekurens adalah riwayat nyeri berulang pada perut kanan bawah yang mendorong dilakukannya appendektomi. Kelainan ini terjadi bila serangan appendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Tetapi, appendisitis tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.

c. Appendisitis Kronis

Appendisitis kronis adalah peradangan pada appendix atau usus buntu yang terjadi pada rentang waktu yang lama, yaitu beberapa minggu sampai tahun. Appendisitis kronis umumnya mempunyai gejala yang lebih ringan dibandingkan appendisitis akut. Appendisitis kronis memiliki gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik appendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh dinding appendiks, sumbatan

parsial atau lumen appendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan menghilang setelah appendiktomi.

4. Patofisiologi

Terjadinya obstruksi pada lumen apendiks menyebabkan peningkatan kolonisasi bakteri yang dapat menyebabkan terjadinya respon inflamasi. Reaksi yang terjadi meningkatkan infiltrasi neutrofil yang dapat mengakibatkan terjadinya edema pada jaringan dan peningkatan tekanan intraluminal yang dapat menyebabkan nekrosis iskemik sehingga terjadi perforasi (Roza, 2023).

Obstruksi menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal dan intramural, yang mengakibatkan oklusi pembuluh darah kecil dan statis limfatik. Setelah tersumbat usus buntu terisi dengan lendir dan menjadi distensi, seiring dengan berkembangnya gangguan limfatik dan pembuluh darah, dinding usus buntu menjadi iskemik dan nekrotik. Apendiks yang mengalami inflamasi akan dikelilingi oleh omentum dan visera sekitarnya dan membentuk massa appendiks. Perforasi apendiks dapat berkembang menjadi peritonitis generalisata dan membentuk abses apendik. Pertumbuhan bakteri yang berlebihan dapat menyebabkan usus buntu tersumbat, dengan organisme aerobik yang mendominasi pada awal radang usus buntu serta campuran aerob dan anaerob seperti *Escherichia coli*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides*, dan *Pseudomonas*. Setelah peradangan dan nekrosis, apendiks berisiko

mengalami perforasi, yang menyebabkan abses lokal dan peritonitis (Arsa, 2023).

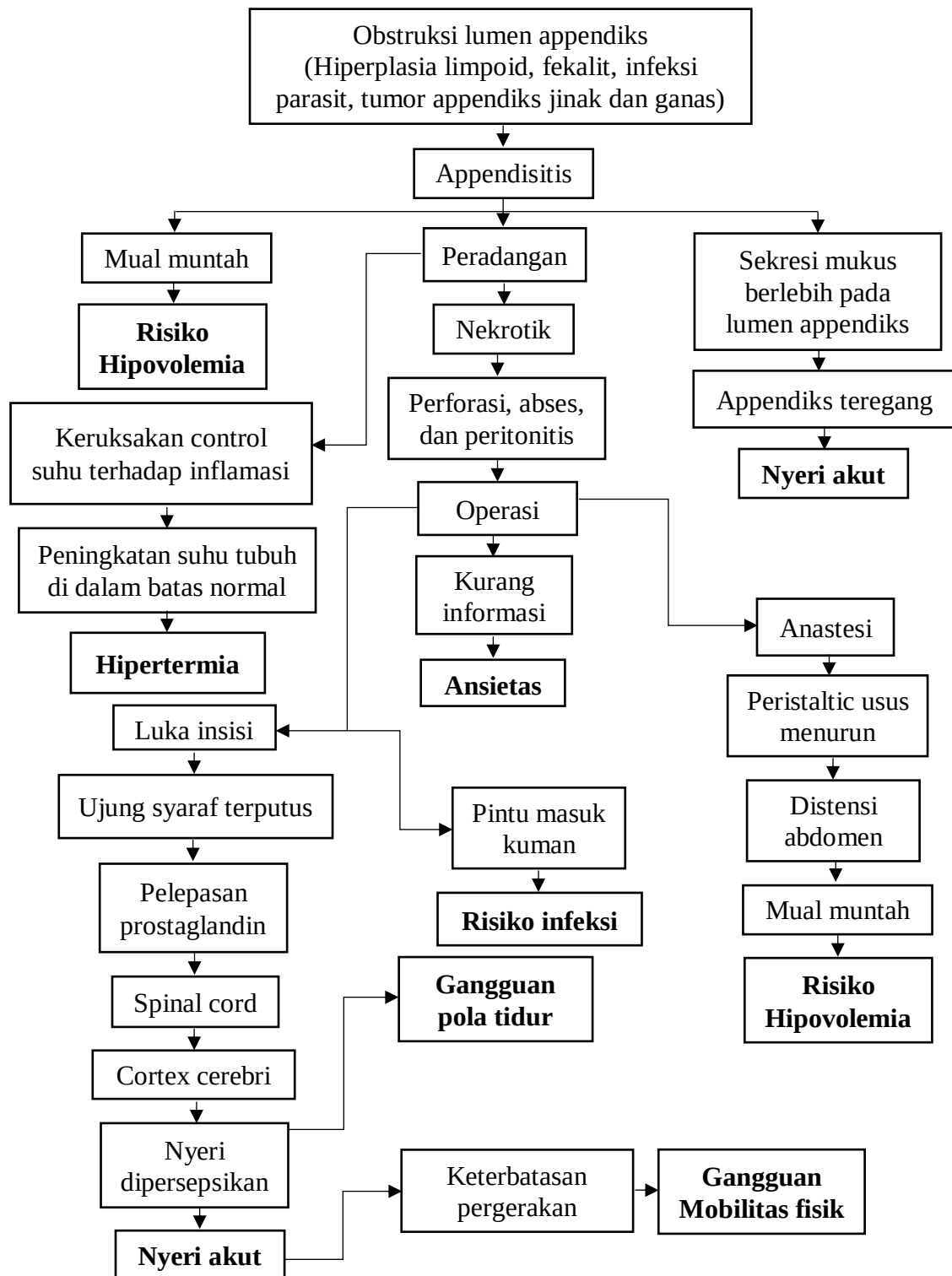
Obstruksi dapat mengakibatkan distensi atau peregangan progresif pada dinding apendiks. Peregangan dapat mengaktivasi serabut saraf viseral yang menginervasi apendiks, memicu sensasi nyeri tumpul yang samar dan difus, seringkali dirasakan di area periumbilikal atau epigastrium. Peradangan pada apendiks memicu respons inflamasi sistemik yang seringkali menyebabkan seperti mual hebat dan muntah berulang kondisi mual ini dapat menghambat asupan cairan oral, sementara muntah secara langsung dapat mengeluarkan sejumlah besar cairan dan elektrolit dari tubuh. Luka insisi bedah yang menjadi jalur masuk bagi mikroorganisme meskipun prosedur bersih dari kontaminasi, tetapi adanya inflamasi atau bahkan perforasi apendiks sebelum operasi dapat meningkatkan kontaminasi bakteri ke area operasi dan menyebabkan terjadinya risiko infeksi pasca operasi (Sabiston & Townsend, 2017).

Saat apendiks mengalami peradangan, sel-sel imun seperti makrofag dan leukosit melepaskan pirogen kemudian bersirkulasi dalam darah dan memengaruhi hipotalamus, pusat pengaturan suhu tubuh di otak. Di hipotalamus, pirogen endogen memicu pelepasan prostaglandin E₂ (PGE₂), yang akan mengatur ulang titik patokan suhu (set point) tubuh ke tingkat yang lebih tinggi. Nyeri yang dirasakan pasien apendisitis pasca operasi akan timbul sebagai respons fisiologis terhadap luka insisi

bedah dan trauma jaringan selama prosedur apendektomi, kerusakan ini memicu pelepasan berbagai mediator inflamasi seperti bradikinin, prostaglandin, dan substansi P dari sel-sel yang rusak dan sel-sel imun. Mediator-mediator ini akan mengaktifasi dan menyensitisasi nosiseptor di sekitar area luka, mengirimkan sinyal nyeri ke sistem saraf pusat. Pasca operasi respons stres tubuh terhadap trauma bedah memicu pelepasan katekolamin dan hormon lain yang dapat menyebabkan vasodilatasi di area luka atau rongga perut, dan dapat mengurangi volume sirkulasi efektif sehingga, mual dan muntah umum terjadi akibat efek anestesi. Insisi bedah merusak jaringan dan mengaktifkan nosiseptor, menghasilkan sensasi nyeri akut yang diperburuk oleh gerakan otot di sekitar area perut, antisipasi nyeri yang semakin parah saat bergerak memicu refleksi protektif, di mana pasien secara sadar atau tidak sadar membatasi aktivitas fisik serta ditambah dengan kelemahan umum pasca-operasi dan efek sisa anestesi (Guyton & Hall, 2016).

Pada pasien apendisitis yang akan menjalani tindakan operasi akan mengalami respons psikologis alami terhadap ancaman yang dirasakan, akibatnya pasien akan takut karena risiko komplikasi anestesi atau pembedahan, serta ketidakjelasan mengenai hasil akhir operasi. Rasa nyeri yang tajam dari insisi bedah dapat mengaktifasi sistem saraf simpatis dan memicu pelepasan neurotransmitter yang membuat pasien tetap terjaga dan sulit untuk memulai atau mempertahankan tidur nyenyak (Ignatavicius & Workman, 2018).

Dampak Appendisitis Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber: (Arsa, 2023)

5. Manifestasi Klinis

Menurut Arsa (2023), dan Roza (2023) tanda dan gejala yang ditemukan pada pasien appendisitis antara lain:

- a. Nyeri kuadran bawah disertai dengan demam, mual, dan seringkali muntah.
- b. Nyeri tekan pada titik McBurney (terletak dipertengahan antara umbilikus dan spina anterior dari ilium) karena tekanan dan sedikit kaku dari bagian bawah otot rektus kanan.
- c. Nyeri alih; pada apendiks mengakibatkan sejumlah nyeri tekan, spasme otot, dan konstipasi atau diare.
- d. Tanda Rovsing (dengan mempalpasi perut kuadran kanan bawah, yang menyebabkan nyeri pada kuadran kiri bawah).
- e. Jika terjadi ruptur apendiks, maka nyeri menjadi lebih menyebar sehingga terjadi distensi abdomen akibat ileus paralitik dan kondisi memburuk.

6. Komplikasi

Menurut Arsa (2023), dan Roza (2023) komplikasi yang dapat terjadi pada pasien post operasi appendiktomi diantaranya abses pasca operasi, hematoma, dan komplikasi luka. Komplikasi lain yang dapat terjadi pada pasien appendisitis diantaranya:

- a. Periapendikuler infiltrate

Periapendikuler infiltrate merupakan proses peradangan pada jaringan sekitar apendiks yang disebabkan oleh mikroperforasi

yang keluar dari lumen appendiks. Pada kondisi ini dapat terjadi perlekatan appendiks dengan jaringan sekitar sehingga dapat terbentuk massa. Dapat dilakukan tindakan untuk menghilangkan massa perlekatan secara konservatif, dan dilanjutkan dengan dilakukannya appendiktomi.

b. Perporasi Appendiks

Berawal dari pecahnya appendiks yang berisi nanah yang dapat mengakibatkan bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi dapat diketahui dengan gejala demam $>38^{\circ}\text{C}$ dan adanya nyeri tekan pada seluruh lapang perut yang timbul lebih dari 36 jam sejak gejala muncul

c. Abses

Abses adalah peradangan apendiks yang berisi pus. biasanya akan teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Ini dapat terjadi apabila appendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum.

d. Peritonitis

Peritonitis merupakan peradangan pada peritoneum. Jika infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum dapat mengakibatkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik akan menurun sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan

oliguria. Peritonitis dapat disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis.

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Arsa (2023) pemeriksaan penunjang pada pasien appendisitis meliputi:

a. Laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium biasanya meliputi: jumlah leukosit, persentase neutrofil, dan konsentrasi protein C-reaktif (CRP).

b. Rongent, dengan melakukan appendicogram

c. USG (*Ultrasonografi*)

d. CT Scan perut, kriteria CT Scan untuk appendisitis meliputi pembesaran apendiks dengan (diameter lebih dari 6 mm), adanya penebalan dinding apendiks (lebih dari 2 mm), penumpukan lemak peri-apendiks, dan peningkatan dinding apendiks.

e. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

8. Penatalaksanaan

Menurut Arsa (2023) penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien appendisitis meliputi:

a. Penanggulangan konservatif

1) Cairan intravena

2) Antibiotik; antibiotik intravena diberikan untuk mengantisipasi bakteri pathogen.

b. Operasi

Jika diagnosa sudah tepat dan jelas ditemukan appendisitis maka tindakan yang harus dilakukan adalah operasi untuk membuang appendiks (appendektomi). Penundaan appendektomi dengan cara pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses appendiks biasanya dilakukan *drainage* (mengeluarkan nanah).

c. Pencegahan Tersier

Tujuan utama pencegahan tersier yaitu mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat seperti komplikasi pada intra-abdomen. Komplikasi utama adalah infeksi luka dan abses intraperitonium. Jika diperkirakan terjadi perforasi maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis atau antibiotik. Pasca appendektomi diperlukan perawatan intensif dan pemberian antibiotik dengan lama terapi disesuaikan dengan besar infeksi intra-abdomen.

d. Perawatan pasca operasi

Pada pasien dengan radang usus buntu tanpa komplikasi biasanya akan mengalami periode pasca operasi yang lancar, dan terapi antibiotik pasca operasi tidak diperlukan. Pada kelompok pasien dengan radang usus buntu yang rumit harus direncanakan untuk menerima terapi antibiotik selama rata – rata 4 hari.

B. Konsep Dasar Laparotomi Appendiktomi

1. Definisi

Laparotomi berasal dari kata Yunani “lapara” yang artinya sisi pinggang atau panggul dan “tome” artinya potongan atau sayatan. Dalam praktik bedah dapat diartikan berupa sayatan besar di bagian perut untuk mendapatkan akses ke dalam rongga perut. Standar sayatan laparotomi biasanya pada garis tengah sepanjang linea alba (Brunicardi, 2018).

Laparotomi merupakan suatu prosedur bedah di mana dilakukan sayatan terbuka pada dinding abdomen. Tujuannya untuk mengakses organ-organ yang berada di dalam rongga peritoneum atau rongga perut. Apendektomi merupakan tindakan pembedahan untuk mengangkat apendiks yang sudah terinfeksi dan untuk mencegah komplikasi serius yang mungkin timbul jika apendiks yang meradang tidak segera diangkat (Sjamsuhidajat, 2017).

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa laparotomi appendiktomi merupakan tindakan operasi bedah mayor dengan membuat sayatan besar pada bagian perut untuk mengangkat apendiks atau usus buntu yang telah terinfeksi.

2. Teknik Sayatan Laparotomi

Menurut Sjamsuhidajat (2017) beberapa teknik sayatan laparotomi yang umum dilakukan meliputi:

a. *Midline Epigastric Insision* (Median Atas)

Sayatan dari *processus xiphoideus* hingga umbilikus. Umumnya digunakan untuk operasi pada organ di abdomen bagian atas seperti lambung, hati, atau pankreas.

b. *Midline Sub-umbilical Insision* (Median Bawah)

Sayatan dari umbilikus ke bawah menuju simfisis pubis. Sering digunakan untuk operasi ginekologi, urologi, atau usus besar bagian bawah.

c. *Paramedian*

Sayatan yang dilakukan sejajar dengan garis tengah, namun sedikit ke lateral (sekitar 2.5 cm dari garis tengah). Sayatan ini bisa di sisi kanan atau kiri, dan sering digunakan untuk prosedur tertentu seperti apendiktomi (sayatan paramedian kanan bawah). Keunggulannya adalah otot rectus abdominis tidak terpotong, melainkan digeser, sehingga meminimalkan kerusakan otot.

d. *Transverse Upper Abdomen Incision*

Melintang di bagian atas perut, cocok untuk akses ke hati, limpa, atau ginjal.

e. *Transverse Lower Abdomen Incision*

Melintang di bagian bawah perut, sering digunakan untuk operasi ginekologi atau urologi tertentu.

f. *Oblique* (Miring/Diagonal)

Sayatan yang dilakukan secara diagonal, contohnya pada sayatan McBurney untuk apendiktomi, yang dimulai dari spina iliaca anterior superior menuju umbilikus atau sayatan Kocher untuk kolesistektomi, yang sejajar dengan arcus costae dextra.

3. Jenis Indikasi Tindakan Operasi Laparotomi

Menurut Sjamsuhidajat (2017) indikasi laparotomi yang paling umum meliputi:

a. Peritonitis

Peradangan pada peritoneum (selaput yang melapisi rongga perut dan organ di dalamnya), seringkali akibat infeksi.

b. Trauma Abdomen Tumpul

Jika terdapat adanya kecurigaan cedera organ dalam yang signifikan (misalnya, ruptur limpa, hati, ginjal, atau usus), perdarahan internal, atau peritonitis.

c. Trauma Abdomen Tajam

Misalnya, luka tusuk atau luka tembak yang menembus peritoneum dan berpotensi menyebabkan kerusakan organ dalam.

d. Obstruksi Usus

Penyumbatan pada saluran cerna (baik usus halus maupun usus besar) yang tidak dapat diatasi secara konservatif atau yang menyebabkan iskemia usus. Penyebabnya bisa karena perlengketan

(adhesi), tumor, hernia inkarserata/strangulata, volvulus, intusussepsi, atau massa feses.

e. Perdarahan Gastrointestinal (GI) Akut yang Tidak Terkontrol

Perdarahan dari saluran cerna atas atau bawah sangat masif dan tidak dapat dihentikan dengan metode endoskopi atau radiologi intervensi.

f. Perforasi Organ Berongga

Pecahnya organ berongga (misalnya, perforasi ulkus gaster/duodenum, perforasi usus buntu, perforasi divertikulum kolon) yang menyebabkan kebocoran isi ke dalam rongga peritoneum dan memicu peritonitis.

g. Infeksi atau Abses

Pembentukan abses di dalam rongga perut yang memerlukan drainase bedah. Contohnya abses apendiks atau abses divertikular.

h. Tumor Intra abdomen

Untuk pengangkatan tumor jinak atau ganas pada organ-organ abdomen (misalnya, kanker lambung, usus besar, pankreas, ovarium, hati).

i. Apendisitis Akut Komplikasi

Terutama jika sudah terjadi perforasi atau pembentukan abses.

j. Hernia Inkarserata atau Strangulata

Hernia yang terjepit sehingga isinya tidak dapat direduksi kembali, atau yang sudah mengalami gangguan suplai darah (strangulasi) yang berisiko nekrosis jaringan.

k. Kehamilan Ektopik Terganggu (KET)

Jika terjadi ruptur tuba falopi dengan perdarahan intra-abdomen.

l. Pankreatitis Nekrotik Infeksi

Kasus pankreatitis berat yang disertai nekrosis pankreas dan infeksi, mungkin memerlukan debridement bedah.

m. Vaskular Mesenterika Akut

Kondisi iskemia usus akibat gangguan aliran darah ke mesenterium.

4. Komplikasi Post Laparatomi

Menurut Sjamsuhidajat (2017) komplikasi post laparatomi yang umumnya terjadi meliputi:

a. Infeksi Luka Operasi (ILO)

Infeksi pada sayatan bedah yang ditandai dengan kemerahan, bengkak, nyeri, panas, dan keluarnya nanah.

b. Hematoma terjadinya penumpukan darah di bawah sayatan.

c. Seroma terjadinya penumpukan cairan serosa (cairan bening kekuningan) di bawah sayatan.

d. Dehisensi Luka

Terbuka kembalinya lapisan sayatan bedah, sebagian atau seluruhnya

e. Eviserasi

Keluarnya organ-organ dalam melalui dehisensi luka, merupakan keadaan darurat bedah yang membutuhkan penanganan segera.

f. Hernia Insisional

Terbentuknya benjolan atau penonjolan organ / jaringan melalui area sayatan yang menjadi lemah setelah operasi. Ini biasanya muncul beberapa bulan atau bahkan tahun setelah laparatomi.

g. Ileus Paralitik (Paralytic Ileus)

Berhentinya sementara pergerakan usus (peristaltik) setelah operasi abdomen. Ini adalah respons fisiologis, tetapi jika berkepanjangan dapat menjadi komplikasi.

h. Obstruksi Usus Pasca-operasi

Penyumbatan usus akibat perlengketan (adhesi) yang terbentuk sebagai respons penyembuhan jaringan setelah operasi. Adhesi dapat menyebabkan nyeri kronis atau obstruksi berulang.

i. Perdarahan Intra-abdomen terjadinya perdarahan di dalam rongga perut setelah operasi.

j. Abses

Pembentukan kantung berisi nanah di dalam rongga perut akibat infeksi yang tidak terkontrol.

k. Fistel

Pembentukan saluran abnormal antara dua organ berongga atau antara organ berongga dan kulit (misalnya, fistel enterokutan), menyebabkan kebocoran isi saluran cerna.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Menurut Hartoyo (2022) proses asuhan keperawatan pada pasien appendisitis biasanya meliputi: mencegahnya komplikasi, meningkatkan kenyamanan, serta memberikan informasi.

1. Pengkajian

Menurut Hardinata (2022), Roza (2023), dan Farida (2023) pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data secara sistematis bertujuan untuk menentukan status kesehatan serta fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya.

a. Anamnesa

1) Biodata pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir, agama suku bangsa, alamat, nomor rekam medis, diagnosa medis, serta tanggal masuk rumah sakit. Appendisitis dapat menyerang semua umur baik laki – laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki laki berusia 10 sampai 30 tahun.

2) Keluhan Utama

Adanya keluhan nyeri pada daerah abdomen kanan bawah, peningkatan suhu tubuh dalam batas normal akibat efek inflamasi dari peradangan. Setelah dilakukan appendiktomi umumnya pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi appendiktomi, ketakutan untuk melakukan pergerakan, keluhan

tidur yang kurang nyenyak, keluhan mual muntah akibat efek anastesi, serta adanya luka post operasi appendiktomi.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berisi pengkajian keadaan kesehatan pasien sekarang, dimana perawat harus mengkaji terkait dengan masalah kesehatan pasien sekarang, perawat mengkaji bagaimana timbulnya penyakit pasien, apa penyebabnya, bagaimana timbulnya, bentuk serangan (tiba – tiba atau bertahap – tahap), dimana letak masalah kesehatan pasien.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat penyakit serupa sebelumnya yang berkaitan dengan appendisitis, apakah pasien memiliki penyakit yang relevan dengan keadaan sekarang dan penyakit kronik seperti (hipertensi, diabetes mellitus, dll), perawatan lama, rawat inap, imunisasi, riwayat pengobatan. Ditanyakan juga Apakah pasien pernah mengalami operasi sebelumnya.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama dan penyakit keturunan dari pihak keluarga (diabetes mellitus, hipertensi, tumor, dll) atau riwayat penyakit yang menular.

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Meliputi keadaan penderita, kesadaran, tinggi badan, berat badan, dan tanda – tanda vital. Tanda – tanda vital pada pasien setelah post operasi appendiktomi biasanya didapatkan pasien tampak lemah, peningkatan tekanan darah, frekuensi nadi mengalami peningkatan, gelisah dan meringis.

2) Sistem Pernapasan

Pada pasien post operasi apendiktomi biasanya didapatkan perubahan pola napas akibat efek anestesi di ruang bedah.

3) Sistem Kardiovaskuler

Pada pasien post operasi apendiktomi biasanya didapatkan peningkatan frekuensi nadi akibat adanya nyeri.

4) Sistem Pencernaan

Pada post operasi apendiktomi biasanya didapatkan adanya keluhan mual muntah akibat efek anestesi, distensi abdomen, bising usus menurun dan terdapat nyeri tekan pada abdomen bekas luka operasi.

5) Sistem Intergumen

Pada pasien post operasi apendiktomi biasanya didapatkan adanya luka operasi akibat pembedahan pada area abdomen.

6) Sistem Muskuloskeletal

Pada pasien post operasi apendiktomi didapatkan adanya keterbatasan gerak akibat adanya ketakutan untuk melakukan pergerakan.

c. Pola Aktivitas Sehari – hari

1) Pola Persepsi

Pada pasien post operasi appendiktomi biasanya didapatkan adanya perubahan persepsi serta tatalaksana hidup, sehingga dapat menimbulkan persepsi negatif terhadap diri dan dapat kecenderungan tidak mematuhi prosedur pengobatan.

2) Pola Nutrisi

Pada pasien post operasi appendiktomi biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat adanya pembatasan intake makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.

3) Pola Eliminasi

Pada pasien post operasi appendiktomi biasanya didapatkan penurunan jumlah urine akibat intake yang tidak edekuat karena efek pembedahan. Pola eliminasi alvi akan mengalami gangguan sementara akibat efek anastesi.

4) Pola Aktivitas

Pada pasien post operasi appendiktomi biasanya didapatkan adanya keadaan ketakutan bergerak dan malas bergerak karena rasa adanya rasa nyeri.

5) Pola Istirahat Tidur

Pada pasien post operasi apenndiktomi biasanya didapatkan adanya keluhan tidur kurang nyenyak karena adanya nyeri akibat pembedahan.

6) Pola Sensorik dan Kognitif

Kaji ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan serta pendengaran, kemampuan berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.

7) Pola Persepsi dan Konsep diri

Pada pasien post operasi appendiktomi biasanya didapatkan adanya keterbatasan pergerakan akibat adanya. Pasien biasanya mengalami kecemasan akibat keadaan dirinya sehingga emosi menjadi tidak stabil.

8) Pola Hubungan

Pada pasien post operasi appendiktomi biasnaya didapatkan adanya keterbatasan pergerakan, sehingga penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya.

d. Pemeriksaan Penunjang

1) Ultrasonografi merupakan pemeriksaan untuk melakukan diagnostik apendistis.

2) Foto polos abdomen

Biasanya dapat memperlihatkan distensi sekun, kelainan non spesifik seperti adanya fekalit serta pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.

3) Pemeriksaan Darah Rutin

Untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.

4) Pemeriksaan Laboratorium

Darah: Ditemukan leukosit 10.000 – 18.0000 μ /ml.

Urine: Ditemukan sejumlah kecil leukosit dan eritrosit.

e. Analisa Data

Tabel 2.1: Analisa data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	DS: Pada umumnya: a. Pasien mengeluh nyeri b. Nyeri bertambah saat bergerak c. Nyeri terasa perih dan seperti berdenyut - denyut DO: Biasanya: a. Terdapat nyeri pada abdomen kuadran kanan bawah atau nyeri post appendiktomi b. Pasien tampak meringis c. Bersikap protektif d. Gelisah	Agen pencedera fisik tindakan appendiktomi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran mediator nyeri (histamin, bradikinin, serotonin, prostaglandin, substansia P) ↓ Diterima oleh reseptor nyeri perifer (<i>noci reseptors</i>) ↓ Dihantarkan oleh serabut nyeri delta A ↓	Nyeri Akut (D.0077)

e. Peningkatan frekuensi tanda – tanda vital		Dorsal horn bagian posterior medula spinalis ↓ Dihantarkan melalui traktus spinothalamus ↓ Thalamus ↓ Di interpretasikan ke cortex cerebri ↓ Dihantarkan melalui tractus corticospinalis ↓ Nyeri di persepsikan ↓ Nyeri akut	
2	DS: - DO: Biasanya: a. Terdapat luka post operasi appendiktomi b. Adanya tanda dan gejala infeksi (robor, dolor, calor, tumor)	Tindakan laparatomi appendiktomi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Adanya luka akibat tindakan post operasi ↓ Port de entry masuknya mikroorganisme patogen ↓ Media yang baik untuk berkembangbiaknya mikroorganisme patogen ↓ Risiko infeksi	Risiko infeksi (D.0142)
3	DS: Pada umumnya: a. Pasien mengeluh takut untuk melakukan pergerakan b. Pasien mengeluh nyeri saat melakukan pergerakan DO: Biasanya: a. Sendi kaku b. Gerakan tidak terkoordinasi c. Gerakan terbatas d. Fisik lemah e. Rentang gerak (ROM) menurun	Agen pencedera fisik tindakan appendiktomi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran mediator nyeri (histamin, bradikinin, serotonin, prostaglandin, substansia P) ↓ Vasodilatasi pembuluh darah peningkatan permeabilitas cairan interstitial ↓ Cairan kapiler bocor dan membentuk eksudat ↓ Edema dan nyeri akut penekanan pembuluh darah ↓	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

		Keterbatasan pergerakan ↓ Gangguan mobilitas fisik	
4	DS: Pada umumnya: a. Pasien mengeluh sulit tidur b. Pasien mengeluh sering terjaga c. Pasien mengeluh tidak puas tidur d. Pasien mengeluh pola tidur berubah e. Pasien mengeluh istirahat tidak cukup DO: Biasanya: a. Terdapat kehitaman pada kelopak mata b. Tampak sayu c. Tampak lesu	Terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi ↓ Timbul rangsangan nyeri ↓ Merangsang susunan saraf otonom ↓ Mengaktifasi susunan saraf simpatis ↓ Mengaktifkan RAS (<i>Reticulo Activating System</i>) sebagai pusat jaga di formatio retikularis ↓ Pasien menjadi terjaga ↓ Gangguan pola tidur	Gangguan pola tidur (D.0055)
5	DS: - DO: Biasanya: a. Adanya peningkatan suhu tubuh dalam nilai normal b. Kulit merah c. Kejang d. Takikardi e. Kulit teraba hangat f. Takipnea	Obstruksi lumen appendiks (Hiperplasia limfoid, fekalit, infeksi parasit, tumor appendiks jinak dan ganas) ↓ Appendisitis ↓ Peradangan ↓ Kerusakan control suhu terhadap inflamasi ↓ Peningkatan suhu tubuh di dalam batas normal ↓ Hipertermi	Hipertermia (D.0131)
6	DS: Pada umumnya: a. Pasien mengeluh mual serta muntah DO: Biasanya: a. Tekanan darah rendah b. Denyut nadi cepat c. Kulit teraba dingin d. Penurunan kesadaran e. Sesak napas	Obstruksi lumen appendiks (Hiperplasia limfoid, fekalit, infeksi parasit, tumor appendiks jinak dan ganas) ↓ Appendisitis ↓ Peradangan ↓ Perforasi, abses, dan peritonitis	Risiko Hipovolemia (D.0034)

		↓ Operasi ↓ Anastesi ↓ Peristaltic usus menurun ↓ Distensi abdomen ↓ Mual muntah ↓ Risiko hipovolemia	
7	DS: Pada umumnya: a. Pasien mengeluh merasa khawatir akibat kondisinya DO: Biasanya: a. Tampak gelisah b. Tampak tegang c. Frekuensi meningkat d. Frekuensi nadi meningkat e. Tekanan darah meningkat f. Wajah pucat g. Tremor	Obstruksi lumen appendiks (Hiperplasia limfoid, fekalit, infeksi parasit, tumor appendiks jinak dan ganas) ↓ Appendisitis ↓ Peradangan ↓ Perforasi, abses, dan peritonitis ↓ Operasi ↓ Kurang informasi ↓ Ansietas	Ansietas (D.0080)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut (PPNI, 2016), diagnosa keperawatan pada pasien dengan appendisitis sebagai berikut:

- Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan
- Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan pergerakan akibat adanya luka operasi

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan teraktivasinya RAS (*Reticulo Activating System*) sebagai pusat jaga di formatio retikularis akibat stimulasi nyeri
- e. Risiko hipovolemia berhubungan kehilangan cairan aktif akibat adanya tindakan operasi
- f. Hipertermia berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh di dalam batas normal akibat inflamasi
- g. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi akibat adanya tindakan operasi

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.2: Perencanaan keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Keperawatan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Keperawatan
1	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Berfokus pada diri sendiri menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi, 2. karakteristik, durasi, 3. frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 4. Identifikasi skala nyeri 5. Identifikasi respons nyeri non verbal 6. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 7. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik 2. nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing. 3. Kompres hangat/dingin, terapi bermain) 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	

		(mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
		5. Fasilitasi istirahat dan tidur
		6. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
		Edukasi
		1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
		3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
		4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
		5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
		Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
2	Risiko infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Perdarahan menurun 5. Kemerahan menurun 6. Nekrosis menurun Perawatan luka (1.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda - tanda infeksi Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan . Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 7. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 8. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan

			protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
			9. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi
			10. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu
			Edukasi
			1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
			2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
			3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
			Kolaborasi
			1. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu
			2. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu
3	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:	Dukungan mobilisasi (1.05173)
		1. Pergerakan ekstremitas meningkat	Observasi
		2. Kekuatan otot meningkat	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
		3. Rentang gerak (ROM) meningkat	2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
		4. Nyeri menurun	3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
		5. Kaku sendi menurun	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
		6. Gerakan terbatas menurun	Terapeutik
			1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
			2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
			3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
			Edukasi
			1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
			2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
			3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus

				dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
4	Gangguan pola tidur (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur (L.05045) membaik dengan kriteria hasil:	Dukungan tidur (1.05174)	
		1. Keluhan sulit tidur meningkat	Observasi	1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur
		2. Keluhan sering terjaga menurun		2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)
		3. Keluhan tidak puas tidur menurun		3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis kopi, teh alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
		4. Keluhan pola tidur berubah menurun		4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi
		5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Terapeutik	1. Modifikasi lingkungan (mis pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) Batasi waktu tidur siang, jika perlu
				2. Fasilitasi menghilangkan sires sebelum tidur
				3. Tetapkan jadwal tidur rutin
				4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
				5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga
			Edukasi	1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
				2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
				3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
				4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM
				5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis.

					psikologis, gaya hidup sering berubah shift bekerja)
					6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya
5	Risiko (D.0034)	Hipovolemia	Setelah tindakan keperawatan diharapkan status cairan (L.03028) membaik dengan kriteria hasil:	Manajemen hipovolemia (1.03116) Observasi	
			1. Kekuatan nadi meningkat	1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah tekanan darah menurun tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun. membran mukosa kenna, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)	
			2. Turgor kulit meningkat	2. Monitor intake dan output cairan	
			3. Output urine meningkat	Terapeutik	
			4. Frekuensi nadi membaik	1. Hitung kebutuhan cairan	
			5. Tekanan darah membaik	2. Berikan posisi modified Trendelenburg	
			6. Membran mukosa membaik	3. Berikan asupan cairan oral	
				Edukasi	
				1. Anjurkan memparbanyak asupan cairan oral	
				2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak	
				Kolaborasi	
				1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl RL)	
				2. Kolaborasi pembenan cairan IV hipotonis (mis glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)	
				3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis albumin, Plasmanate)	
				4. Kolaborasi pemberian produk darah	
6	Hipertermia (D.0131)		Setelah tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi (L.14134) membaik dengan kriteria hasil:	Manajemen hipertermia (1.15506) Observasi	
			1. Mengkil menurun	1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)	
			2. Kulit merah menurun	2. Monitor suhu tubuh	
			3. Kejang menurun	3. Monitor kadar elektrolit	
			4. Takikardi menurun	4. Monitor haluaran urine	
			5. Takipnea menurun	5. Monitor komplikasi akibat hipertermia	
			6. Suhu tubuh membaik		
			7. Suhu kulit membaik		

			Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
7	Ansietas (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik	Reduksi ansietas (1.09314) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi, waktu, stresor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian 4. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

-
7. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
8. Latih teknik relaksasi

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
-

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah rangkaian proses keperawatan dalam tahap keempat dimana rencana keperawatan ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang telah ditentukan dan dicatat sebelumnya yang bertujuan untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi (Roza, 2023).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat bertujuan untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi dan diharapkan dapat

menghasilkan status kesehatan yang baik sesuai apa yang diharapkan pada kriteria hasil (Farida, 2023).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap penilaian serta perbandingan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang ditetapkan serta dilakukan dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Tujuan evaluasi untuk melihat kemampuan serta pencapaian tujuan yang telah disesuaikan pada kriteria hasil dalam tahap perencanaan (Farida, 2023).

Menurut Roza (2023) terdapat dua jenis evaluasi keperawatan:

a. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif adalah evaluasi keperawatan yang berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif sering dilakukan setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan tujuannya untuk menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif meliputi 4 komponen yang disebut dengan istilah SOAP yaitu:

1) S (subjektif)

Merupakan data dari hasil apa yang dikeluhkannya pasien.

2) O (objektif)

Merupakan data dari hasil observasi yang telah dilakukan perawat.

3) A (analisis)

Masalah serta diagnosis keperawatan pasien yang dianalisis atau dikaji pada data subjektif dan objektif.

4) P (perencanaan)

Merupakan perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang dilakukan sekarang maupun yang akan dilakukan pada hari berikutnya dengan tujuan untuk memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif merupakan evaluasi keperawatan yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif bertujuan untuk menilai serta memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan pada pasien. Terdapat 3 (tiga) evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi ditunjukkan pada pasien yang perubahannya sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian ditunjukkan pada pasien yang masih dalam proses pencapaian tujuan serta jika pasien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi ditunjukan pada pasien yang hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas Pasien

Nama	: Ny. S
Umur	: 21 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	: SMA
Agama	: Islam
Alamat	: Tanjung anom samarang
NO RM	: 241412
Diagnosa Medis	: Appendisitis Akut
Tanggal Masuk	: 23 April 2025
Tanggal Operasi	: 24 April 2025
Tanggal Pengkajian	: 24 April 2025

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Tn. A
Umur	: 25 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki - laki
Agama	: Islam
Suku bangsa	: Sunda
Pekerjaan	: Buruh harian lepas
Pendidikan terakhir	: SMA
Alamat	: Tanjung anom samarang
Hubungan dengan pasien	: Suami

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri luka post operasi appendiktomi.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 24 april 2025 hari Kamis pukul 13.00, pasien mengeluh nyeri pada area perut luka post operasi, nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak dan berkurang bila posisi tidur di ganjal pakai bantal dalam posisi (semi fowler) dan diusap – usap pada area perut, nyeri terasa perih dan berdenyut – denyut, nyeri terasa pada area perut luka post operasi, pasien tampak meringis skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul kadang muncul saat pagi, siang, sore, dan malam hari.

Berdasarkan hasil pengkajian juga didapatkan pasien mengeluh takut untuk melakukan pergerakan, pasien tampak tegang saat melakukan pergerakan dan pasien tampak takut bergerak. Selain itu, pasien mengeluh tidur kurang nyenyak, pasien mengeluh susah tidur bila nyeri pada luka operasinya muncul, serta bila ruangan perawatan banyak pengunjung dan ribut, pasien mengatakan tidur pada siang $\pm$ 1 jam/hari dan pada malam 2 – 3 jam/hari, mata pasien tampak sayu, dan tampak kehitaman pada area kelopak mata.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Menurut penuturan pasien dan keluarga sebelumnya pasien belum pernah mengalami penyakit serupa. Pasien memiliki riwayat penyakit

lambung sejak 3 bulan yang lalu. Pasien mengatakan suka jajan, masak – masakan pedas serta asam. Pasien mengatakan sering telat makan dan kurang mengkonsumsi makanan berserat. Pasien menuturkan tidak memiliki penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, dll.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien dan keluarganya mengatakan dikeluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien. Namun, keluarga pasien mengatakan ibunya pasien memiliki penyakit lambung. Pasien dan keluarga juga mengatakan bahwa dikeluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit menular, dan keturunan lainnya.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

- | | | |
|------------------------|---|-------------------------------|
| a) Tingkat Kesadaran | : | Compos Mentis |
| b) GCS | : | E4, M6, V5 = 15 |
| c) Penampilan | : | Lemah |
| d) Antropometri | : | BB Sehat : 47 kg (BMI = 19,0) |
| | : | BB Sakit : 47 kg (BMI = 19,0) |
| | : | TB : 157 cm |
| e) Tanda – tanda vital | : | TD : 120/80 mmHg |
| | : | N : 123x/menit |
| | : | RR : 20x/menit |
| | : | S : 36,5 C |
| | : | SPO2 : 99% |

2) Pemeriksaan Fisik Persistem

a) Sistem Pencernaan

Bibir pasien tampak simetris, mukosa bibir tampak kering, warna bibir tampak merah muda, rongga mulut dan lidah tampak bersih, abdomen datar, bising usus 6x/menit (normal 5 – 30x/menit), tampak tidak ada benjolan, terdapat luka post laparatomi appenditomi dengan panjang 7 cm. Terdapat nyeri tekan pada area abdomen dekat luka operasi, tidak teraba benjolan. Suara abdomen timpani.

b) Sistem Pernapasan

Lubang hidung pasien simetris kiri dan kanan, lubang hidung tampak bersih tidak ada kotoran, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada lesi, tidak terdapat penggunaan otot bantu pernapasan, tidak terdapat sianosis, pengembangan dada simetris kiri dan kanan. Tidak terdapat nyeri tekan pada hidung dan dada, tidak teraba krepitasi pada area dada. Bunyi napas vesikuler, tidak terdapat suara napas tambahan seperti ronchi maupun wheezing pada semua lapang paru.

c) Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva tidak anemis, bibir tidak sianosis, tidak terdapat pembesaran vena jugularis, ictus cordis tidak tampak dan tidak teraba pada permukaan dinding di ICS 5 midklavikula sinistra.

Tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis dan radialis teraba kuat, akral hangat, CRT < 1 detik. Bunyi jantung murni regular.

d) Sistem Endokrin

Pergerakan leher baik dibuktikan dengan pasien dapat menengok ke kiri dan ke kanan, tampak tidak ada benjolan, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening. Tidak terdapat adanya nyeri tekan pada area leher.

e) Sistem Perkemihan

Tampak pasien tidak terpasang kateter urine. Kandung kemih teraba kosong, tidak terdapat nyeri tekan disekitar kandung kemih.

f) Sistem Neurologis

(1) Nervus I (*Olfactorius*)

Pasien dapat membedakan bau kayu putih dan kopi.

(2) Nervus II (*Opticus*)

Fungsi penglihatan baik dibuktikan dengan pasien dapat membaca papan nama perawat dalam jarak 1 meter, serta dapat mengenali benda yang letaknya jauh serta dekat.

(3) Nervus III (*Oculomotoris*)

Pupil isokor dibuktikan dengan saat diberi rangsangan respons pupil *miosis* ketika terkena cahaya terang dengan diameter 3 mm, dan *midriasis* ketika dalam kegelapan.

(4) Nervus IV (*Troclearis*)

Pasien dapat menggerakkan bola matanya ke atas dan ke bawah.

(5) Nervus V (*Abdusen*)

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

(6) Nervus VI (*Trigeminus*)

Sensori kulit wajah pasien tampak baik, pasien dapat merasakan gesekan kapas pada pipi, pasien dapat mengunyah dan menelan dengan baik.

(7) Nervus VII (*Facialis*)

Pasien dapat menggerakkan alis dan mengerutkan dahinya.
Pasien dapat merasakan sensasi rasa asin, manis, dan asam pada 2/3 anterior lidah.

(8) Nervus VIII (*Vestibulacoclear*)

Fungsi pendengaran pasien baik, dibuktikan dengan pasien bisa mendengar dan mengulang ucapan perawat dalam jarak 1 meter, serta pasien dapat mendengarkan detikan jarum jam dalam jarak 1 meter.

(9) Nervus IX (*Glosopharingeus*)

Reflek menelan pasien baik.

(10) Nervus X (*Vagus*)

Reflek muntah (*gag reflex*) pasien baik, pasien bisa merasakan sensasi rasa pahit pada 1/3 pangkal lidah.

(11) Nervus XI (*Accesorius*)

Pasien dapat menggerakkan kepalanya, seperti mengangguk, menoleh ke kiri dan ke kanan, serta pasien dapat menggerakkan bahunya.

(12) Nervus XII (*Hipoglossus*)

Pasien dapat menggerakkan lidahnya ke samping kiri dan kanan.

g) Sistem Penglihatan

Bentuk mata simetris kiri dan kanan, pada area kelopak mata tampak ada kehitaman, konjungtiva tidak anemis, mata cekung, sclera putih, lensa pada mata tampak jernih, reflek pupil baik, pupil isokor dengan diameter 2-3 mm, tampak tidak ada pembengkakan. Tidak ada nyeri tekan pada area sekitar mata.

h) Sistem pendengaran

Bentuk dan letak telinga kiri dan kanan tampak simetris, telinga tampak tidak ada kotoran serta serumen, tidak ada lesi, tidak terdapat pembesaran tulang mastoid, pasien tampak tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada peradangan pada telinga bagian tengah, tidak ada nyeri pada dan pembesaran pada area tulang mastoid.

i) Sistem Integumen

Kulit pasien berwarna sawo matang, kulit tidak teraba hangat, kulit tampak bersih, turgor kulit < 1 detik, rambut berwarna hitam penyebaran merata, tidak terdapat lesi pada area kulit kepala, terdapat luka post laparatomi appendiktomi pada bagian abdomen di bawah pusar dengan panjang luka sayatan 7 cm, luka tampak basah, luka tidak tercium bau, warna dasar luka merah muda, tidak terdapat pus, tidak terdapat granulasi jaringan, kulit sekitar luka tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak pada area luka. Terdapat nyeri tekan pada area luka, dan kulit area luka tidak teraba hangat.

j) Sistem Muskuloskeletal

(1) Ekstremitas Atas

Bentuk dan ukuran tangan tampak simetris kiri dan kanan, tidak terdapat lesi, tangan sebelah kanan terpasang infus Ringer Lactate 20 tetes/menit, jumlah jari lengkap, ekstremitas atas dapat digerakan secara normal mengikuti perintah, tonus otot baik, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak ada krepitasi, tidak terdapat atrofi / pengecilan otot pada ekstremitas atas, kekuatan otot ekstremitas atas kiri dan kanan 5, tidak terdapat nyeri tekan serta edema pada kedua ekstremitas atas.

(2) Ektremitas Bawah

Bentuk dan ukuran kaki tampak simetris kiri dan kanan, tidak terdapat lesi, jumlah jari lengkap, ekstremitas bawah dapat digerakan secara normal dan mengikuti perintah, tonus otot baik, tidak ada kontraktur, tidak ada deformitas, tidak ada krepitasi, tidak terdapat atrofi / pengecilan otot pada ekstremitas bawah, kekuatan otot ekstremitas bawah kiri dan kanan 5, tidak terdapat nyeri tekan maupun edema pada kedua ekstremitas bawah.

Skala kekuatan otot :

5		5
5		5

f. Data Psikologis

1) Status Emosional

Pada saat dikaji status emosi Ny.S tampak stabil, pasien tampak kooperatif saat diajak bicara.

2) Konsep Diri

a) Gambaran Diri / Body Image

Pada saat dikaji pasien mengatakan menyukai seluruh anggota tubuh yang dimilikinya dan mengatakan seluruh anggota tubuhnya merupakan pemberian dari Allah SWT.

b) Identitas dan Peran Diri

Pada saat dikaji pasien mengatakan bahwa dirinya bernama Ny. S berjenis kelamin perempuan berumur 21 tahun, Pasien memiliki seorang suami bernama Tn. A. Dalam keluarganya Ny. S berperan sebagai istri sekaligus ibu rumah tangga.

c) Ideal diri

Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakit yang dideritanya sekarang agar bisa beraktivitas seperti sebelumnya. Pasien mengatakan sangat yakin bisa sembuh dari penyakitnya.

d) Harga diri

Pasien mengatakan merasa malu dan minder dengan kondisinya sekarang, karena luka operasinya. Namun, pasien selalu tabah dan sabar dalam menghadapi ujian dalam hidupnya.

3) Mekanisme Koping

Pasien terbuka ketika memiliki masalah dan biasa menceritakan masalahnya kepada suaminya. Suaminya merupakan orang terdekat yang selalu memberikan dukungan emosional untuk kesembuhannya.

4) Tingkat Kecemasan

Pada saat dikaji pasien mengatakan sudah tidak cemas dan khawatir karena operasi yang dilewatinya berhasil dan tidak ada halangan apapun.

g. Data Sosial

1) Pola Interaksi

Pasien berinteraksi dengan baik, baik dengan dokter, perawat, anggota keluarga, serta sesama pasien di ruangan. Selama pengkajian pasien tampak kooperatif dan dapat menjawab setiap pertanyaan dengan baik.

2) Gaya Komunikasi

Pasien berasal dari suku sunda dan berkomunikasi dengan bahasa sunda. Pasien dapat berkomunikasi dengan baik, baik dengan dokter, perawat, keluarga, bahkan sesama pasien di ruangan.

h. Data Spiritual

1) Konsep Ketuhanan

Pasien mengatakan bahwa dirinya beragama islam dan meyakini bahwa Tuhan dalam agamanya adalah Allah SWT. Pasien juga mengatakan bahwa kondisinya sekarang adalah ujian dari Allah karena masih lalai dalam melaksanakan kewajibannya sebagai seorang muslim. Pasien yakin bahwa setiap ujian akan berakhir serta akan ada hikmah disetiap ujiannya.

2) *Sense of Trasendence*

Pasien mengatakan karena penyakitnya sekarang, pasien semakin sadar bahwa Allah maha kuasa. Pasien juga mengatakan hanya kepada Allah pasien ber'doa untuk kesembuhan penyakitnya

sekarang serta hanya bisa berikhtiar ber'doa dan menyerahkan semua kepada Allah SWT.

3) Falsafah Hidup

Pasien mengatakan saat sehat pasien masih lalai melaksanakan shalat 5 waktu. Selama pasien sakit aktivitas ibadah pasien terganggu, pasien selalu berdoa untuk kesembuhannya serta diberi kekuatan untuk menghadapinya. Pasien mengatakan selama dirawat pasien sering mendengarkan murotal.

i. Pola Aktivitas Sehari – Hari

Tabel 3.1: Pola Aktivitas Sehari - Hari

No	Jenis Aktivitas	Saat sehat	Saat sakit
1	Nutrisi		
	a. Makan		
	Frekuensi	3x sehari	3x sehari
	Jenis	Nasi dan lauk pauk	Diet cair : susu 50ml
	Porsi	1 porsi	1/2 porsi
	Keluhan	Tidak ada	Tidak selera makan
	Cara	Mandiri	Dibantu sebagian
	Pantangan	Makanan pedas	Makanan pedas
	b. Minum		
	Frekuensi	Sering	Jarang
	Jumlah	6 – 7 gelas/hari	4 – 5 gelas/hari
	Jenis	Air putih	Air putih
	Cara	Mandiri	Dibantu sebagian
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Pantangan	Minuman berkafein, bersoda, dan asam	Minuman berkafein, bersoda, dan asam
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	Frekuensi	1x/hari	Belum BAB hari ini
	Konsistensi	Lembek	-
	Warna	Khas feses (kuning kecoklatan)	-
	Bau	Khas feses	-
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ingin BAB
	Cara	Mandiri	Pake pampers
	b. BAK		
	Frekuensi	4 – 7x/hari	4 – 6x/hari
	Warna	Kuning jernih	Kuning jernih
	Bau	Khas urine	Khas urine
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada
	Cara	Mandiri	Pake pampers

3	Pola istirahat tidur		
a.	Siang		
	Waktu	2 jam/hari	$\pm$ 1 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Kurang nyenyak
	Keluhan	Tidak ada	Nyeri pada luka operasi
b.	Malam		
	Waktu	7 – 8 jam/hari	2 – 3 jam/hari
	Kualitas	Nyenyak	Susah tidur, tidur kurang nyenyak
	Keluhan	Tidak ada	Nyeri pada luka operasi
4	Personal Hygiene		
a.	Mandi	1 - 2x/hari	Washlap 2 x/ hari
b.	Gosok gigi	2x/hari	1x/hari
c.	Keramas	1 – 2/ hari	-
d.	Ganti pakaian	2x/hari	1x/hari
e.	Cara	Mandiri	Dibantu sebagian

j. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.2: Hasil Pemeriksaan laboratorium

Nama	:	Ny. S
Jenis kelamin	:	Perempuan
Tanggal lahir / Usia	:	15 April 2004 (21 Tahun)
No Rekam Medis	:	241412
Tanggal pemeriksaan	:	23 April 2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
<u>HEMATOLOGI</u>			
Hemoglobin	13,7	Pria = 14 – 18 Wanita = 12 – 16	gr/dl
Leukosit	9,100	4.000 – 10.000/m ³	Per mm ³
Trombosit	268.000	150.000 – 450.000	Per mm ³
Hemakrokit	36,7	35 – 45	%

k. Program Terapi

Tabel 3.3: Program Terapi

No	Jenis terapi	Dosis	Cara pemberian	Fungsi
1	Ringer Lactate	1500 ml/24 jam 20 tpm	Intravena	Untuk Menyeimbangkan elektrolit dalam tubuh, serta membantu mengganti cairan akibat perdarahan,

				operasi atau perawatan intensif.
2	Ceftriaxone	1x2 gram	Intravena	Untuk mengobati infeksi bakteri dibagian tubuh.
3	Ketorolac	3x30 mg	Intravena	Untuk mengatasi nyeri sedang hingga berat.
4	Ranitidine	2x50 mg	Intravena	Untuk mengatasi penyakit yang disebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung, seperti maag dan tukak lambung.

I. Analisa Data

Tabel 3.4: Analisa Data

No	Symptom	Etiologi	Problem
1	DS: a. Pasien mengeluh nyeri pada area perut luka post operasi b. Pasien mengatakan nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak dan berkurang bila posisi tidur di ganjal pakai bantal dalam posisi (semi fowler) dan diusap – usap pada area perut c. Pasien mengatakan nyeri terasa perih dan berdenyut – denyut d. Pasien mengatakan nyeri terasa pada area perut luka post operasi e. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul kadang muncul pada saat pagi, siang, sore, dan malam hari DO: a. Terdapat luka post operasi laparatomi appendiktomi pada area abdomen di bawah pusar	Agen pencedera fisik tindakan appendiktomi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran mediator nyeri (histamin, bradikinin, serotonin, prostaglandin, substansia P) ↓ Diterima oleh reseptor nyeri perifer (<i>noci reseptors</i>) ↓ Dihantarkan oleh serabut nyeri delta A ↓ Dorsal horn bagian posterior medula spinalis ↓ Dihantarkan melalui traktus spinothalamus ↓ Thalamus ↓ Di interpretasikan ke cortex cerebri ↓ Dihantarkan melalui tractus corticospinalis	Nyeri Akut (D.0077)

	b. Pasien tampak meringis c. Skala nyeri 7 (0-10) d. TD: 120/80 mmHg e. Nadi: 123x/menit f. S: 36,5 C	↓ Nyeri di persepsikan ↓ Nyeri akut					
2	DS: a. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada area perut di bawah pusar b. Pasien mengatakan nyeri pada area perut di bawah pusar, pada area luka operasi DO: a. Terdapat luka post operasi laparatomi appendiktomi pada area abdomen di bawah pusar b. Panjang luka 7 cm c. Luka operasi tampak belum kering d. Luka tidak tercium bau e. Warna dasar luka merah muda f. Tidak terdapat pus g. Tidak terdapat granulasi jaringan h. Kulit sekitar luka tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak i. Tidak teraba hangat pada area kulit sekitar luka, dan terdapat nyeri tekan pada area luka	Tindakan laparatomi appendiktomi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Adanya luka akibat tindakan post operasi ↓ Port de entry masuknya mikroorganisme patogen ↓ Media yang baik untuk berkembangbiaknya mikroorganisme patogen ↓ Risiko infeksi	Risiko infeksi (D.0142)				
3	DS: a. Pasien mengatakan takut untuk melakukan pergerakan DO: a. Pasien tampak tegang saat melakukan pergerakan b. Pasien tampak takut bergerak Kekuatan Otot: <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5	Agen pencedera fisik tindakan appendiktomi ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan ↓ Merangsang pengeluaran mediator nyeri (histamin, bradikinin, serotonin, prostaglandin, substansia P) ↓ Vasodilatasi pembuluh darah peningkatan permeabilitas cairan interstitial ↓ Cairan kapiler bocor dan membentuk eksudat ↓	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
5	5						
5	5						

Edema dan nyeri akut penekanan pembuluh darah		
↓		
Keterbatasan pergerakan		
↓		
Gangguan mobilitas fisik		
4	DS: a. Pasien mengeluh tidur kurang nyenyak b. Pasien mengeluh susah tidur bila nyeri pada luka operasinya muncul, serta jika ruangan perawatan banyak pengunjung dan ribut c. Pasien mengatakan tidur pada siang hari $\pm$ 1 jam/hari dan pada malam 2 – 3 jam/hari DO: a. Mata pasien tampak sayu b. Tampak kehitaman pada area kelopak mata	Terputusnya kontinuitas jaringan akibat tindakan operasi ↓ Timbul rangsangan nyeri ↓ Merangsang susunan saraf otonom ↓ Mengaktifasi susunan saraf simpatis ↓ Mengaktifkan RAS (<i>Reticulo Activating System</i>) sebagai pusat jaga di formatio retikularis ↓ Pasien menjadi terjaga ↓ Gangguan pola tidur
		Gangguan pola tidur (D.0055)

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan
 - 1) DS
 - a) Pasien mengeluh nyeri pada area perut luka post operasi
 - b) Pasien mengatakan nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak dan berkurang bila posisi tidur di ganjal pakai bantal dalam posisi (semi fowler) dan diusap – usap pada area perut
 - c) Pasien mengatakan nyeri terasa perih dan berdenyut – denyut
 - d) Pasien mengatakan nyeri terasa pada area perut luka post operasi

- e) Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul kadang muncul pada saat pagi, siang, sore, dan malam hari

2) DO

- a) Terdapat luka post operasi laparatomi appendiktomi pada area abdomen di bawah pusar
- b) Pasien tampak meringis
- c) Skala nyeri 7 (0-10)
- d) TD: 120/80 mmHg
- e) Nadi : 123x/menit
- f) S: 36,5 C

- b. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi ditandai dengan

1) DS

- a) Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada area perut di bawah pusar
- b) Pasien mengatakan nyeri pada area perut di bawah pusar, pada area luka operasi

2) DO

- a) Terdapat luka post operasi laparatomi appendiktomi pada area abdomen di bawah pusar
- b) Panjang luka 7 cm
- c) Luka operasi tampak belum kering
- d) Luka tidak tercium bau

- e) Warna dasar luka merah muda
 - f) Tidak terdapat pus
 - g) Tidak terdapat granulasi jaringan
 - h) Kulit sekitar luka tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak pada area luka
 - i) Tidak terasa hangat pada area kulit sekitar luka, dan terdapat nyeri tekan pada area luka
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan pergerakan akibat adanya luka operasi ditandai dengan
- 1) DS
 - a) Pasien mengatakan takut untuk melakukan pergerakan
 - 2) DO
 - a) Pasien tampak tegang saat melakukan pergerakan
 - b) Pasien tampak takut bergerak

Kekuatan Otot:

5	5
5	5

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan teraktivasi RAS (*Reticulo Activating System*) sebagai pusat jaga di formatio retikularis akibat stimulasi nyeri ditandai dengan
- 1) DS
 - a) Pasien mengeluh tidur kurang nyenyak

- b) Pasien mengeluh susah tidur bila nyeri pada luka operasinya muncul, serta jika ruang perawatan banyak pengunjung dan ribut
- c) Pasien mengatakan tidur pada siang hari + 1 jam/hari dan pada malam 2 – 3 jam/hari

2) DO

- a) Mata pasien tampak sayu
- b) Tampak kehitaman pada area kelopak mata

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.5: Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan		
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1	Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan DS: 1. Pasien mengeluh nyeri pada area perut luka post operasi 2. Pasien mengatakan nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak dan berkurang bila posisi tidur di ganjal pakai bantal dalam posisi (semi fowler) dan diusap – usap pada area perut 3. Pasien mengatakan nyeri terasa perih dan berdenyut – denyut 4. Pasien mengatakan nyeri terasa pada area perut luka post operasi 5. Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul kadang muncul pada saat pagi, siang, sore, dan malam hari DO: 1. Terdapat luka post operasi laparatomi appendiktomi pada area abdomen di bawah pusar 2. Pasien tampak meringis 3. Skala nyeri 7 (0-10) 4. TD: 120/80 mmHg 5. Nadi: 123x/menit 6. S: 36,5 C	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri berkurang 2. Meringis berkurang 3. Skala nyeri menurun dari 7 menjadi 2 4. Tanda vital dalam rentang batas normal yaitu: TD sistole 110-120 mmHg TD diastole 80-90 mmHg Nadi 80-100x/menit Suhu: 36,5 – 37,5	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1. Monitor nyeri pada pasien 2. Monitor skala nyeri 3. Monitor tanda – tanda vital pasien 4. Monitor respons nyeri non verbal 5. Monitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1. Memberikan terapi pijat lumbal 3 – 4 untuk mengurangi nyeri pada pasien	1. Untuk mengetahui karakteristik nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri 3. Nyeri dapat mengaktifasi sistem saraf simpatis yang dapat meningkatkan kebutuhan oksigen sehingga meningkatkan laju jantung 4. Untuk mengetahui respon pasien terhadap nyeri yang dirasakan 5. Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri 1. Untuk merangsang pengeluaran hormon endorfin sebagai neurotransmitter yang dapat menghambat pengiriman rangsangan nyeri ke saraf pusat

			Edukasi 1. Mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan (pemijatan lumbal 3 – 4, tehnik relaksasi napas dalam, dan tehnik distraksi visual: menonton film) Kolaborasi 1. Berikan analgetik ketorolac sesuai program terapi	1. Agar pasien dapat mengatasi nyeri tanpa terapi farmakologis 1. Analgetik ketorolac dapat menghambat kerja dari enzim siklooksigenase (COX) sehingga prostaglandin tidak terbentuk
2	Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi ditandai dengan DS: 1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada area perut di bawah pusar 2. Pasien mengatakan nyeri pada area perut di bawah pusar, pada area luka operasi DO: 1. Terdapat luka post operasi laparotomi appendektomi pada area abdomen di bawah pusar 2. Panjang luka 7 cm 3. Luka operasi tampak belum kering 4. Luka tidak tercium bau 5. Warna dasar luka merah muda 6. Tidak terdapat pus 7. Tidak terdapat granulasi jaringan 8. Kulit sekitar luka tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan (L.14125) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Luka operasi tampak kering 2. Warna dasar luka menyamai warna kulit asli 3. Terdapat granulasi jaringan 4. Nyeri tekan pada area luka berkurang	Perawatan luka (1.14564) Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda - tanda infeksi (robor, dolor, calor, tumor) Terapeutik 1. Lakukan perawatan luka dengan prinsip steril Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi pada luka 2. Ajarkan merawat luka secara mandiri di rumah	1. Untuk mengetahui kondisi luka 2. Untuk mengetahui tanda - tanda infeksi pada luka 1. Menjaga luka untuk tetap bersih, mencegah terjadinya infeksi pada luka, dan mempercepat proses penyembuhan luka 1. Agar pasien dan keluarga dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi pada luka 2. Agar pasien dan keluarga dapat melakukan

	9. Tidak teraba hangat pada area kulit sekitar luka, dan terdapat nyeri tekan pada area luka			perawatan luka secara mandiri dirumah				
			Kolaborasi 1. Berikan antibiotik ceftriaxone sesuai intruksi dokter	1. Untuk mencegah pertumbuhan bakteri dan membunuh bakteri				
3	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan pergerakan akibat adanya luka operasi ditandai dengan DS: 1. Pasien mengatakan takut untuk melakukan pergerakan DO: 1. Pasien tampak tegang saat melakukan pergerakan 2. Pasien tampak takut bergerak Kekuatan otot: <table><tr><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>5</td><td>5</td></tr></table>	5	5	5	5	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Takut untuk melakukan pergerakan berkurang 2. Ketegangan saat melakukan pergerakan berkurang	Dukungan Mobilisasi (1.05173) Observasi 1. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan berpegangan ke pagar tempat tidur saat mobilisasi dilakukan 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Mengajarkan mobilisasi dini (miring kanan dan miring kiri) 2. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, berdiri, pindah dari tempat tidur ke kursi, berjalan).	1. Untuk meengetahui keadaan umum pasien saat melakukan mobilisasi 1. Untuk membantu pasien pada saat melakukan mobilisasi 2. Untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 1. Untuk mempercepat proses pemulihan 2. Agar pasien dapat melakukan pergerakan secara bertahap
5	5							
5	5							

4 Gangguan pola tidur berhubungan dengan teraktivasi RAS (<i>Reticulo Activating System</i>) sebagai pusat jaga di formatio retikularis akibat stimulasi nyeri DS: 1. Pasien mengeluh tidur kurang nyenyak 2. Pasien mengeluh susah tidur bila nyeri pada luka operasinya muncul, serta jika ruangan perawatan banyak pengunjung dan ribut 3. Pasien mengatakan tidur pada siang hari $\pm$ 1 jam/hari dan pada malam 2 – 3 jam/hari DO: 1. Mata pasien tampak sayu 2. Tampak kehitaman pada area kelopak mata	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 4 x 24 jam diharapkan pola tidur (L.05045) membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan tidur kurang nyenyak berkurang 2. Keluhan susah untuk tidur berkurang 3. Pasien dapat tidur sesuai dengan kebutuhan dalam rentang normal 7 – 8 jam/hari 4. Mata tampak sayu berkurang 5. Kehitaman pada area kelopak mata berkurang	Dukungan tidur (1.05174) Observasi 1. Monitor faktor pengganggu tidur Terapeutik 1. Memodifikasi lingkungan 2. Melakukan pemijatan untuk meningkatkan kenyamanan Edukasi 1. Mengajarkan tehnik non farmakologis 1. Untuk mengetahui faktor apa yang mengganggu tidur pasien 1. Agar lingkungan dapat kondusif dan nyaman bagi pasien 2. Untuk meredakan ketegangan otot dan pikiran, serta meningkatkan relaksasi agar tubuh lebih mudah tidur dan dapat tidur dengan nyenyak 1. Agar keluarga pasien dapat melakukan pemijatan akupresur secara mandiri
---	---	--

4. Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6: Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan

No. Dx	Tanggal / Waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
1	POD I Kamis, 24 April 2025 14.00 WIB	1. Monitor nyeri Hasil : Pasien mengeluh nyeri luka operasi 2. Monitor skala nyeri Hasil: Skala nyeri 7 dari (0 – 10) 3. Monitor tanda – tanda vital pasien Hasil: TD: 120/80 mmHg Nadi: 123x/menit S: 36,5 C 4. Monitor respons nyeri nonverbal Hasil: Pasien tampak meringis 5. Monitor faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Hasil: Faktor yang memperberat ketika nyeri ketika bergerak dan berkurang bila posisi tidur di ganjal pakai bantal dalam posisi (semi fowler) dan diusap – usap pada area perut 6. Memberikan tehnik non farmakologis Hasil: Memberikan terapi pijat lumbal 3 – 4 untuk mengurangi nyeri 7. Mengajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil:	24/4/2025 22.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan masih nyeri area luka operasi 2. Pasien dan keluarga mengatakan sudah mengerti cara melakukan tehnik pemijatan lumbal 3 – 4 , tehnik relaksasi napas dalam, dan tehnik distraksi visual: menonton film untuk mengurangi rasa nyeri O: 1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri 6 dari (0-10) 3. TD: 110/80 mmhg 4. N: 100x/menit 5. S: 36,6 C A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor skala nyeri 2. Monitor tanda – tanda vital 3. Monitor respons nyeri non verbal 4. Memberikan tehnik non farmakologis 5. Memberikan obat analgetik ketorolac 3x1 ampul sesuai program terapi	Vinni Vinni Vinni

		Mengajarkan tehnik pemijatan lumbal 3 – 4 , tehnik relaksasi napas dalam, dan tehnik distraksi visual: menonton film 8. Memberikan obat analgetik sesuai program terapi Hasil: Obat ketorolac 3x1 ampul masuk diberikan secara intravena		Vinni
2	POD I Kamis, 24 April 2025 14.10 WIB	1. Monitor karakteristik luka Hasil: Luka operasi tampak belum kering, luka tidak tercium bau, warna dasar luka merah muda, tidak terdapat pus, tidak terdapat granulasi jaringan. 2. Monitor tanda – tanda dan gejala infeksi Hasil: Luka tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak, tidak teraba hangat pada area kulit sekitar luka, dan terdapat nyeri tekan pada area luka. 3. Memberikan obat antibiotik sesuai program terapi Hasil: Obat antibiotik ceftriaxone 1x2gr masuk diberikan secara intravena	24/4/2025 22.10 WIB S: 1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada area perut di bawah pusar 2. Pasien mengatakan masih nyeri pada area perut di bawah pusar, pada area luka operasi O: 1. Luka tampak belum kering 2. Tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak, tidak teraba hangat pada area sekitar luka, terdapat nyeri tekan pada area luka. 3. Luka terdapat di abdomen bawah pusar dengan panjang 7 cm A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda – tanda infeksi 3. Memberikan obat antibiotik ceftriaxone sesuai program terapi	Vinni Vinni Vinni

3	POD I Kamis, 24 April 2025 14.20 WIB	1. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	24/4/2025 22.20 WIB	
		Hasil: Pasien tampak tegang	S:	Vinni
		2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa miring kanan dan kiri walau sebentar	Vinni
		Hasil: Pasien tampak berpegangan ke pagar tempat tidur, saat mobilisasi dilakukan	O: 1. Pasien masih tampak meringis dan tegang	Vinni
		3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	2. Pasien tampak dibantu keluarga saat melakukan mobilisasi	Vinni
		Hasil: Pasien tampak dibantu keluarga saat mobilisasi	A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	
		4. Mengajukan mobilisasi dini (miring kanan dan miring kiri)	1. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	
		Hasil: Pasien tampak miring kanan dan miring kiri	2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	
4	POD I Kamis, 24 April 2025 14.30 WIB	1. Monitor faktor peganggu tidur	24/4/2025 22.30 WIB	
		Hasil: Pasien mengatakan merasa tergnaggu bila nyeri pada luka operasinya muncul, serta jika ruangan perawatan banyak pengunjung dan ribut.	S: 1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur siang lebih dari 1 jam	Vinni
		2. Memodifikasi lingkungan	O: 1. Mata pasien tampak sayu	Vinni
		Hasil: Memberikan suasana lingkungan yang tenang dan nyaman sehingga pasien dapat tidur, dengan cara membatasi	2. Tampak kehitaman pada area kelopak mata A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	

		pengunjung untuk mengurangi kebisingan 3. Melakukan pemijatan untuk meningkatkan kenyamanan Hasil: Melakukan pemijatan akupresur untuk meningkatkan kenyamanan 4. Mengajarkan cara non farmakologis Hasil: Mengajarkan pemijatan akupresur kepada keluarga pasien	1. Memodifikasi lingkungan 2. Melakukan pemijatan untuk meningkatkan kenyamanan	Vinni
1	POD II Jumat, 25 April 2025 08.00 WIB	1. Monitor skala nyeri Hasil: Skala nyeri 6 dari (0 – 10) 2. Monitor tanda – tanda vital pasien Hasil: TD: 112/80 mmhg N: 100x/menit S: 36,6 C 3. Monitor respons nyeri non verbal Hasil: Pasien tampak meringis 4. Memberikan tehnik non farmakologis Hasil: Memberikan terapi pijat lumbal 3 – 4 untuk mengurangi nyeri 5. Memberikan obat analgetik sesuai program terapi Hasil: Obat ketorolac 3x1 ampul masuk diberikan secara intravena	25/4/2025 14.00 WIB S: 1. Pasien mengatakan masih nyeri area luka operasi O: 1. Pasien tampak meringis 2. Skala nyeri 5 dari (0-10) 3. TD: 110/90 mmhg 4. N: 100x/menit 5. S: 36,7 C A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor skala nyeri 2. Monitor tanda – tanda vital 3. Monitor respons nyeri non verbal 4. Memberikan tehnik non farmakologis 5. Memberikan obat analgetik ketorolac 3x1 ampul sesuai program terapi	Vinni Vinni Vinni

2	POD II Jumat, 25 April 2025 09.00 WIB	1. Monitor karakteristik luka Hasil: Luka operasi tampak belum kering, luka tidak tercium bau, warna dasar luka merah muda, tidak terdapat pus, tidak terdapat granulasi jaringan. 2. Monitor tanda – tanda dan gejala infeksi Hasil: Luka tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak, tidak teraba hangat pada area kulit sekitar luka, dan terdapat nyeri tekan pada area luka. 3. Memberikan obat antibiotik sesuai program terapi Hasil: Obat antibiotik ceftriaxone 1x2gr masuk diberikan secara intravena	25/04/2025 10.00 WIB	S: 1. Pasien mengatakan terdapat luka operasi pada area perut di bawah pusar 2. Pasien mengatakan masih nyeri pada area perut di bawah pusar, pada area luka operasi O: 1. Luka tampak belum kering 2. Tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak, tidak teraba hangat pada area sekitar luka, terdapat nyeri tekan pada area luka. 3. Luka terdapat di abdomen bawah pusar dengan panjang 7 cm A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda – tanda infeksi 3. Memberikan obat antibiotik ceftriaxone sesuai program terapi 4. Lakukan perawatan luka dengan prinsip steril	Vinni Vinni Vinni
3	POD II Jumat, 25 April 2025 09.15 WIB	1. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil: Pasien masih tampak tegang dan meringis 2. Mengajukan mobilisasi sederhana: duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur	25/4/2025 14.15 WIB	S: 1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa miring kanan dan miring kiri dalam waktu lama 2. Pasien mengatakan sudah bisa duduk tempat tidur dengan di bantu keluarga	Vinni

		Hasil: Pasien tampak melakukan mobilisasi yang dianjurkan 3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Hasil: Pasien tampak berpegangan pada pagar tempat tidur saat mobilisasi dilakukan 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan Hasil: Pasien tampak dibantu keluarga saat mobilisasi dilakukan	3. Pasien mengatakan sudah bisa duduk tempat tidur dalam waktu sebentar O: 1. Pasien masih tampak meringis dan masih tampak sedikit tegang 2. Pasien tampak dibantu keluarga saat melakukan mobilisasi A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Mengajarkan mobilisasi sederhana	Vinni Vinni
4	POD II Jumat, 25 April 2025 09.20 WIB	1. Memodifikasi lingkungan Hasil: Memberikan suasana lingkungan yang tenang dan nyaman sehingga pasien dapat tidur, dengan cara membatasi pengunjung untuk mengurangi kebisingan 2. Melakukan pemijatan untuk meningkatkan kenyamanan Hasil: Melakukan pemijatan akupresur untuk meningkatkan kenyamanan	25/4/2025 14.20 WIB S: 1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur siang lebih dari $\pm$ 2 jam/hari 2. Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur malam 5 jam/hari O: 1. Mata pasien tidak tampak sayu 2. Kehitaman pada area kelopak mata sedikit berkurang A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi	Vinni Vinni

		4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan Hasil: Pasien tampak dibantu keluarga saat mobilisasi dilakukan	A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Mengajukan mobilisasi sederhana	Vinni
4	POD III Sabtu, 26 April 2025 08.30 WIB	1. Memodifikasi lingkungan Hasil: Memberikan suasana lingkungan yang tenang dan nyaman sehingga pasien dapat tidur, dengan cara membatasi pengunjung untuk mengurangi kebisingan 2. Melakukan pemijatan untuk meningkatkan kenyamanan Hasil: Melakukan pemijatan akupresur untuk meningkatkan kenyamanan	26/4/2025 14.30 WIB S: 1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur siang 2 jam/hari 2. Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur malam 7 jam/hari 3. Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak 4. Pasien mengatakan kesusahan untuk memulai tidur sudah tidak ada O: 1. Mata pasien tidak tampak sayu 2. Kehitaman pada area kelopak mata berkurang A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Memodifikasi lingkungan 2. Melakukan pemijatan untuk meningkatkan kenyamanan	Vinni Vinni

3	POD V Senin, 28 April 2025 11.00 WIB	S: 1. Pasien mengatakan sudah bisa berdiri, berpindah, dari tempat tidur ke kursi secara mandiri 2. Pasien mengatakan sudah bisa berjalan secara perlahan O: 1. Pasien sudah tidak tampak meringis 2. Pasien sudah tidak tampak tegang 3. Pasien tampak berjalan perlahan secara mandiri A: Masalah Gangguan Mobilitas Fisik teratasi P: Intervensi dihentikan	Vinni
4	POD V Senin, 28 April 2025 09.00 WIB	S: 1. Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur siang 2 jam/hari 2. Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur malam 8 jam/hari 3. Pasien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak 4. Pasien mengatakan kesuasan untuk memulai tidur sudah tidak ada O: 1. Mata pasien tidak tampak sayu 2. Kehitaman pada area kelopak mata berkurang A: Masalah Gangguan Pola Tidur teratasi P: Lanjutkan intervensi	Vinni

B. Pembahasan

Dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. S Dengan Kasus Gangguan Sistem Pencernaan : Post Laparatomi Appendiktomi Appendisit Akut di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut selama 4 (empat) hari, yaitu dari tanggal 24 April 2025 s/d 28 April 2025 penulis berusaha menerapkan langkah – langkah mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi dengan tujuan teoritis serta memperhatikan kebutuhan pasien. Pada bagian ini penulis akan membandingkan antara kajian teoritis dengan tinjauan kasus.

Dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan antara kajian teoritis dengan fakta lapangan, dimana hasil yang diperoleh adalah :

1. Pengkajian

Tahap ini merupakan langkah awal dimulainya proses asuhan keperawatan dimana penulis melakukan suatu pendekatan terlebih dahulu kepada keluarga dan pasien dengan maksud dan tujuan dilakukannya asuhan keperawatan. Pada tahap pengkajian, penulis menggunakan metode wawancara secara langsung kepada pasien dan keluarga untuk memperoleh data subjektif dan pemeriksaan fisik untuk mendapat data objektif dari pasien. Penulis melakukan anamnesa mengenai identitas pasien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik pada saat pengkajian, serta pola aktivitas sehari – hari. Dalam melakukan pengkajian ini, penulis dapat mengumpulkan data berkat adanya kerja sama yang baik, serta ketersediaan keluarga dan pasien sendiri.

Berdasarkan hasil pengkajian Ny. S dengan usia 21 tahun mengeluh nyeri setelah dilakukannya prosedur laparatomi appendiktomi, nyeri pada area perut luka post operasi, nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak dan berkurang bila posisi tidur di ganjal pakai bantal dalam posisi (semi fowler) dan diusap – usap pada area perut, nyeri terasa perih dan berdenyut – denyut, nyeri terasa pada area perut luka post operasi, pasien tampak meringis skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan hilang

timbul kadang muncul saat pagi, siang, sore, dan malam hari. Selain itu pasien mengeluh takut untuk melakukan pergerakan, pasien tampak tegang saat melakukan pergerakan dan pasien tampak takut bergerak, dan pasien mengeluh tidur kurang nyenyak, pasien mengeluh susah tidur bila nyeri pada luka operasinya muncul, serta bila ruangan perawatan banyak pengunjung dan ribut, pasien mengatakan tidur pada siang + 1 jam/hari dan pada malam 2 – 3 jam/hari, mata pasien tampak sayu, dan tampak kehitaman pada area kelopak mata. Pada pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 123x/menit (takikardi), Respirasi 20x/menit, suhu 36,5 C, saturasi oksigen 99%. Pada pemeriksaan fisik didapatkan luka post op laparotomi appendiktomi pada abdomen dibawah pusar dengan panjang luka sayatan 7 cm, luka tampak belum kering, luka tidak tercium bau, warna dasar luka merah muda, tidak terdapat pus, tidak terdapat granulasi jaringan, kulit sekitar luka tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak pada area luka. Terdapat nyeri tekan pada area luka, dan kulit area luka tidak terasa hangat.

Menurut Soumokil (2023) keluhan yang sering dirasakan pasien pasca operasi adalah nyeri. Nyeri yang dirasakan pada Ny. S karena adanya luka operasi laparotomi appendiktomi merupakan respon inflamasi akibat adanya cedera pada jaringan kulit yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. Mengakibatkan, mediator nyeri dilepaskan seperti leukotrien, prostaglandin, serta histamin yang akan

merangsang nonsiseptor sehingga rangsangan berbahaya dan tidak berbahaya dapat menyebabkan nyeri hiperalgesia atau allodynia (Bahrudin, 2017).

Pada Ny. S didapatkan data hasil laboratorium leukosit 9.100 ribu/ul serta telah dilakukan tindakan pembedahan laparatomi appendiktomi appendisitis akut. Menurut Lestari (2023) risiko infeksi merupakan keadaan rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogen yang dapat mengganggu kesehatan. Gangguan mobilitas fisik akibat adanya luka operasi menyebabkan Ny. S mengalami ketakutan dalam melakukan pergerakan sehingga menyebabkan adanya keterbatasan dalam pergerakan (PPNI, 2016). Pada pasien post laparatomi appendiktomi biasanya mengeluhkan nyeri dibekas luka operasi, dan akan bertambah sakit pada saat digerakan dan ditekan (Hendrawati, 2022). Pada pasien post operasi sering mengalami gangguan tidur yang signifikan akibat adanya nyeri, terutama pada pasien post operasi mayor (Putri, 2023).

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis menemukan adanya kesesuaian antara teori dengan data yang ditemukan pada pasien saat pengkajian, yaitu keluhan nyeri, ketakutan pada saat melakukan pergerakan, adanya keluhan susah untuk tidur bila nyeri pada luka operasinya muncul, serta ditandai dengan tampak adanya luka post operasi laparatomi appendiktomi dengan panjang 7 cm.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian menurut Hendrawati (2022) dan Putri (2023) pada pasien post laparatomi appendiktomi biasanya mengeluhkan nyeri dibekas luka operasi, dan akan bertambah sakit pada saat digerakan dan ditekan, serta pasien yang mengalami post operasi akan mengalami gangguan tidur yang signifikan akibat adanya nyeri, terutama pada pasien post operasi bedah mayor.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan dan proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung actual atau potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien individu, keluarga serta komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016)

Menurut Roza (2023) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien appendisitis adalah:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan pergerakan akibat adanya luka operasi
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan teraktivasinya RAS (*Reticulo Activating System*) sebagai pusat jaga di formatio retikularis akibat stimulasi nyeri

- e. Risiko hipovolemia berhubungan kehilangan cairan aktif akibat adanya tindakan operasi
- f. Hipertermia berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh di dalam batas normal akibat inflamasi
- g. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi akibat adanya tindakan operasi

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. S berdasarkan hasil pengkajian serta analisa data adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasinya pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan ditandai dengan ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 7 dari (0 – 10).
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi ditandai dengan pasien mengatakan terdapat luka post operasi pada perut dibawah pusar.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan pergerakan akibat adanya luka operasi ditandai dengan pasien mengatakan takut untuk melakukan pergekan dan pasien tampak tegang saat melakukan pergerakan.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan teraktivasinya RAS (*Reticulo Activating System*) sebagai pusat jaga di formatio retikularis

akibat stimulasi nyeri ditandai dengan pasien mengeluh susah untuk tidur bila nyeri pada luka operasinya muncul.

Menurut Roza (2023) ada tujuh masalah keperawatan yang mungkin muncul pada pasien appendisitis. Disini penulis menemukan empat masalah keperawatan yang muncul sesuai dengan teori dan tiga masalah keperawatan yang tidak penulis temukan pada Ny. S yaitu hipertermia, risiko hipovolemia dan ansietas.

Masalah keperawatan tersebut muncul berkaitan dengan adanya keluhan nyeri, tampak adanya luka operasi pada area perut dibawah pusar, pasien mengeluh takut untuk melakukan pergerakan, dan pasien mengeluh susah untuk tidur bila nyeri pada luka operasinya muncul. Secara garis besar diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.S sesuai dengan teori serta ketentuan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yaitu terpenuhi 80 – 100% data mayor pada setiap diagnosa.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi merupakan segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang berdasarkan pada pengetahuan serta penilaian klinis untuk mencapai luar (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Pada perencanaan keperawatan ini penulis susun melalui beberapa langkah yaitu menentukan masalah keperawatan, tujuan keperawatan dan rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah

keperawatan, tujuan keperawatan, serta rencana tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien.

Upaya yang penulis lakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut yaitu dengan monitor skala nyeri pada pasien, monitor tanda – tanda vital pasien, melakukan tindakan non farmakologis dengan pemijatan pada lumbal 3-4 untuk mengurangi nyeri, mengajarkan teknik distraksi napas dalam dan tehnik distraksi visual dengan menonton film, dan tindakan farmakologis dengan memberikan analgetik ketorolac 3x30 mg IV sesuai program terapi.

Upaya yang penulis lakukan untuk mengatasi masalah risiko infeksi yaitu dengan monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau), monitor adanya tanda tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor), tindakan non farmakologis yang dilakukan melakukan perawatan luka dengan prinsip steril, menjelaskan tanda-tanda infeksi pada luka, mengajarkan cara merawat luka di rumah, tindakan farmakologis yang dilakukan dengan memberikan antibiotik ceftiaxone 1x2 gram IV sesuai program terapi.

Upaya yang penulis lakukan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik yaitu dengan monitor adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (berpegangan pada pagar tempat tidur), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan mobilisasi dini (miring

kanan dan miring kiri), menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disii tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, berdiri, berjalan perlahan).

Upaya yang penulis lakukan untuk mengatasi masalah gangguan pola tidur yaitu dengan monitor faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, tindakan non farmakologis yang dilakukan dengan pemijatan terapi akupresur untuk meningkatkan kenyamanan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan aktivitas atau perilaku spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan di laksanakan pada tanggal 24 – 26 April 2025. Pada tahap ini, penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Ny. S berdasarkan perencanaan yang telah di susun yang mengacu pada pedoman buku SLKI dan SIKI, walaupun terdapat beberapa intervensi yang tidak dilaksanakan. Hal ini dikarenakan intervensi yang di susun di sesuaikan kembali berdasarkan kebutuhan, dan kondisi pasien.

Tindakan keperawatan yang dilakukan unruk mengatasi nyeri akut meliputi; melakukan monitoring skala nyeri pada pasien, monitoring tanda – tanda vital pasien, melakukan tindakan non farmakologis dengan pemijatan pada lumbal 3-4 untuk mengurangi nyeri, pemijatan ini efektif dalam memberikan relaksasi fisik dan mental, untuk

mengurangi nyeri, dan meningkatkan keefektifan pengobatan nyeri (Amir, 2018). Mengajarkan teknik distraksi napas dalam dan tehnik distraksi visual dengan menonton film, dan tindakan farmakologis dengan memberikan analgetik ketorolac 3x30 mg IV sesuai program terapi.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi risiko infeksi meliputi; melakukan monitoring karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau), monitoring adanya tanda-tanda infeksi (rubor, dolor, calor, tumor), tindakan non farmakologis yang dilakukan melakukan perawatan luka dengan prinsip steril, menjelaskan tanda-tanda infeksi pada luka, mengajarkan cara merawat luka di rumah, tindakan farmakologis yang dilakukan dengan memberikan antibiotik ceftioxone 1x2 gram IV sesuai program terapi.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan mobilitas fisik meliputi; monitoring adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitoring kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (berpegangan pada pagar tempat tidur), melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan mobilisasi dini (miring kanan dan miring kiri), menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi, berdiri, berjalan perlahan).

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi gangguan pola tidur meliputi; melakukan monitoring faktor pengganggu tidur, memodifikasi lingkungan, tindakan non farmakologis yang dilakukan dengan pemijatan terapi akupresur untuk meningkatkan kenyamanan, akupresur dapat berpengaruh terhadap kualitas tidur hal ini dibuktikan bahwa setelah dilakukan akupresur terjadi penurunan frekuensi responden yang mengalami gangguan tidur dan terjadi peningkatan (Juariah siti, 2024).

5. Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif dilakukan pada setiap selesai memberikan tindakan keperawatan. Hasil dari evaluasi formatif menunjukkan bahwa tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien dapat mengatasi dan mengurangi masalah pasien. Sedangkan pada evaluasi sumatif, penulis melakukan pada hari ke empat setelah tiga hari memberikan asuhan keperawatan pada Ny. S.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan terhadap empat masalah keperawatan yang muncul pada Ny. S didapatkan hasil:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan teraktivasi pusat nyeri di thalamus akibat terputusnya kontinuitas jaringan dapat teratasi pada hari ke empat, karena keluhan nyeri pada Ny. S berkurang, skala nyeri berkurang dari 7 menjadi 2 dengan rentang (0 – 10), meringis berkurang, selain itu keluarga serta Ny. S kooperatif selama proses

- asuhan keperawatan sehingga penulis dapat dengan mudah melakukan intervensi keperawatan sehingga nyeri akut dapat teratasi.
- b. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi teratasi sebagian. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 hari keadaan luka pasien semakin membaik dibuktikan dengan luka sudah tampak mulai kering, tidak terdapat perdarahan pada area balutan luka, luka tidak tercium bau, warna dasar luka merah kusam, tidak terdapat pus, tidak terdapat granulasi jaringan, tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak, tidak teraba hangat pada area sekitar luka, nyeri tekan pada area luka berkurang. Pada proses penyembuhan luka membutuhkan waktu yang relatif lebih lama, selain itu adanya keterbatasan waktu dalam penerapan asuhan keperawatan sehingga masalah risiko infeksi teratasi sebagian.
 - c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan pergerakan akibat adanya luka operasi dapat teratasi pada hari ke empat, dilihat dari ketakutan untuk melakukan pergerakan sudah tidak, ketegangan saat melakukan pergerakan sudah tidak ada dibuktikan dengan pasien tampak sudah bisa melakukan mobilisasi duduk disisi tempat tidur, berdiri, berpindah dari tempat tidur ke kursi, serta berjalan mandiri secara perlahan. Hal ini di dukung oleh pihak keluarga dan pasien sendiri yang telah kooperatif mengikuti setiap anjuran yang diberikan serta pasien aktif dalam melakukan mobilisasi sehingga masalah dapat teratasi.

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan teraktivasi RAS (*Reticulo Activating System*) sebagai pusat jaga di formatio retikularis akibat stimulasi nyeri dapat teratasi pada hari ke tiga karena keluhan susah memulai tidur berkurang, keluhan tidur kurang nyenyak berkurang, dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur siang 2 jam/hari dan malam 8 jam/hari, serta mata pasien tidak tampak sayu, kehitaman pada area kelopak mata berkurang.

BAB IV

SIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Simpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Kasus Gangguan Sitem Pencernaan : Post Laparatomy Appendiktomi POD I a/i Appendisitis Akut di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian penulis mampu melaksanakan pengakajian secara komprehensif pada Ny. S dengan post appendiktomi a/i appendisitis akut. Penulis menemukan data: pasien mengeluh nyeri pada area perut luka post operasi, nyeri dirasakan bertambah ketika bergerak dan berkurang bila posisi tidur di ganjal pakai bantal dalam posisi (semi fowler) dan diusap – usap pada area perut, nyeri terasa perih dan berdenyut – denyut, nyeri terasa pada area perut luka post operasi, pasien tampak meringis skala nyeri 7 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul kadang muncul saat pagi, siang, sore, dan malam hari. Selain itu pasien mengeluh takut untuk melakukan pergerakan, pasien tampak tegang saat melakukan pergerakan dan pasien tampak takut bergerak, pasien mengeluh tidur kurang nyenyak, pasien mengeluh susah tidur bila nyeri pada luka operasinya muncul, serta bila ruangan perawatan banyak pengunjung dan ribut, pasien mengatakan tidur pada siang $\pm$ 1 jam/hari

dan pada malam 3 – 4 jam/hari , mata pasien tampak sayu, dan tampak kehitaman pada area kelopak mata. Pada pemeriksaan tanda – tanda vital didapatkan tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 123x/menit (takikardi). Pada pemeriksaan fisik didapatkan terdapat luka post laparatomi appenditomi dengan panjang 7 cm, luka tampak belum keirng, luka tidak tercium bau, warna dasar luka merah muda, tidak terdapat pus, tidak terdapat granulasi jaringan, kulit sekitar luka tidak tampak kemerahan, tidak tampak bengkak pada area luka. Terdapat nyeri tekan pada area perut dekat luka operasi, kulit area luka tidak teraba hangat.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon pasien terhadap adanya pemenuhan kebutuhan dasar manusia pada Ny. S dengan Post Laparatomi Appendiktomi POD I a/i Appendisitis Akut, yaitu nyeri akut, risiko infeksi, gangguan mobilitas fisik, serta gangguan pola tidur.

3. Perencanaan Keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditegakkan pada Ny. S sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada pasien. Penulis menyusun intervensi keperawatan pada pasien yang mengacu pada teori yang bersumber dari Standar Intervensi

Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu manajemen nyeri, perawatan luka, dukungan mobilisasi, serta dukungan tidur.

4. Implementasi Keperawatan

Penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan untuk mencapai kriteria hasil yang diharapkan pada Ny. S berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yaitu manajemen nyeri untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut, perawatan luka untuk mengatasi masalah keperawatan risiko infeksi, dukungan mobilisasi untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, dan dukungan tidur untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan pola tidur.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan selama empat hari kepada Ny. S hasil evaluasi keperawatan menunjukkan bahwa dari empat masalah keperawatan terdapat tiga masalah keperawatan yang teratasi dan satu masalah keperawatan teratasi sebagian. Masalah keperawatan nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, dan gangguan pola tidur dapat teratasi. Sementara itu, masalah keperawatan risiko infeksi teratasi sebagian.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Ny. S dengan post appendiktomi POD I a/i appendisitis akut maka penulis dapat memberikan rekomendasi diantaranya:

1. Untuk Perawat dan Institusi Rumah Sakit

Dapat memberikan pelayanan pada pasien dengan optimal dan meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dengan baik. Dapat melaksanakan asuhan keperawatan, dengan berinteraksi secara terapeutik dan bukan hanya memusatkan pada aspek fisik dan keterampilan saja agar pelayanan yang diberikan optimal. Dalam melaksanakan implementasi keperawatan, hendaknya dapat meningkatkan aspek prosedural sesuai standar prosedur operasional baik dalam bentuk tindakan maupun peralatan, mengingat komplikasi appendisitis yang dapat berakibat fatal jika tidak segera di tangani.

2. Untuk Institusi Pendidikan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis cukup kesulitan dalam mencari sumber pustaka baik berupa jurnal maupun buku sumber terbaru, maka untuk kepentingan bersama dan untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan, penulis berharap perpustakaan dapat melengkapi sumber pustaka sebagaibahan ajar dan perbandingan antara fakta di lapangan dengan teori secara literatur.

3. Untuk Pasien dan Keluarga

Diharapkan pasien dan keluarga dapat lebih memperhatikan dan mencegah terjadinya kembali appendisitis dan mempelajari kembali cara perawatan luka pada post appendiktomi untuk mempercepat proses penyembuhan dan mencegah infeksi serta komplikasi yang lebih buruk.

DAFTAR PUSTAKA

- Amir, D. M. (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*, 3(1), 107-118.
- Arsa, K. (2023). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan dan Endokrin*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Auberta, R. D. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Appendektomi Dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman. (*Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta*).
- Bahrudin, M. (2017). *Patofisiologi nyeri (pain)*. Saintika Medika, 13(1), 7-13.
- Brunicardi, F. C. (2018). *Schwartz's principles of surgery*. McGraw-Hill Education.
- Farida, K. (2023). *Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Nuansa Fajar Cemerlang.
- Guyton, A. C. (2016). *Textbook of medical physiology*. Elsevier.
- Hardinata. (2022). *Metodologi Keperawatan*. Bandung: Widina Bhakti Persada.
- Hartoyo, M. M. (2022). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah S1 Keperawatan Jilid II*. Mahakarya Citra Utama Group.
- Hendrawati, H. &. (2022). Asuhan keperawatan pada anak dengan post op laparotomi apendisitis akut. . *Jurnal Pustaka Keperawatan (Pusat Akses Kajian Keperawatan)*, 1(2), 73-80.
- Ignatavicius, D. D. (2018). *Medical-surgical nursing: Concepts for interprofessional collaborative care*. Elsevier.
- Juariah siti, D. I. (2024). Pengaruh titik akupresur Ht7 terhadap insomnia di puskesmas lurah kabupaten cirebon. *Indonesia Berdaya*, 5(4), 1195 - 1204.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Laporan Angka Kejadian Apendisitis. (2020). Retrieved from <https://www.kemkes.go.id/laporan-apendisitis-2020>
- Lestari, A. D. (2023). Studi Kasus: Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Post Operasi Apendisitis (Case Study: Nursing Care In Patient with Post Operation Appendicitis). . *Jurnal Keperawatan Sehat Mandiri*, 1(1), 34-39.
- Louw, J. M. (2023). Factors Contributing to Delays to Accessing Appendectomy in Low- and Middle-Income . *World Journal of Surgery*, 47(12), 3060–3069.
- Nuraif, K. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Nanda Nic-Noc*. Jogyakarta: Mediaction.

- 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.
- Purnamasari, R. I. (2023). Karakteristik Klinis Penderita Apendisitis. *UMI Medical Journal*, 8(2), 117–126. .
- Putri, M. A. (2023). Penerapan aromaterapi lavender pada pasien post operasi appendiktomy dengan gangguan pola tidur. (*Doctoral dissertation, Universitas Kusuma Husada Surakarta*).
- Riskesdas. (2018). *Pengembangan, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Laporan Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Roza, H. (2023). *Askep Gangguan Sistem Pencernaan & Perkemihan*. Tahta Media Group.
- Sabiston, D. C. (2017). *Sabiston textbook of surgery: The biological basis of modern surgical practice*. Elsevier.
- Simamora, F. A. (2021). Gambaran Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendisitis. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*, 6(1), 27-34.
- Sjamsuhidajat, R. &. (2017). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. EGC.
- Soumokil, Y. P. (2023). Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Pada Pasien Operasi Appendiktomi Diruang UGD Puskesmas Latu. *Jurnal Anestesi*, 1(3), 156-166.
- Susanti, E. S. (2024). Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam . *Jurnal Keperawatan Merdeka (JKM)*, 4(1), 56–61.
- Sutrisna, H. (2016). Pengaruh Terapi Lemon Terhadap Tingkat Nyeri Pasien Post Operasi Appendiktomi. *Jurnal Kesehatan Saintika Mediatory*.
- Waisani, S. &. (2020). Penurunan Intensitas Skala Nyeri Pasien Appendiks Post Appendiktomi Menggunakan Teknik Relaksasi Benson. *Ners Muda*, 1(1), 68-77. .
- WHO. (2023). *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/appendicitis>

Lampiran I SAP Perawatan Luka Pasca Operasi

SATUAN ACARA PENYULUHAN
PERAWATAN LUKA PASCA OPERASI

Pokok Bahasan	: Perawatan Luka Pasca Operasi
Sub Pokok Bahasan	: Pentingnya Perawatan Luka pasca operasi
Sasaran	: Pasien dan keluarga pasien Ny. S
Hari/Tanggal	: Senin, 28 April 2025
Waktu	: 15 menit
Tempat	: Di Ruang Mawar Rumah Sakit Guntur Garut
Penyuluh	: Vinni Aulia Nuraisyah

A. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan penyuluhan selama 15 menit, diharapkan pasien dan keluarga selama 15 menit dapat memahami tentang “Perawatan Luka Pasca Operasi”.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan pengetahuan tentang perawatan luka pasca operasi.
- b. Meningkatkan kesadaran akan pentingnya perawatan luka pasca operasi.
- c. Memberikan informasi mengenai perawatan luka pasca operasi secara mandiri dirumah.

B. Materi

Terlampir

C. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

D. Media

1. Leaflet

E. Setting tempat



Keterangan :  : Keluarga / pasien
 : Penyuluh

F. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap	Penyuluhan	Respon Peserta
1.	Pembukaan (3 menit)	a. Memberi salam b. Memperkenalkan diri c. Menjelaskan tujuan penyuluhan	a. Menjawab salam b. Mendengarkan dan memperhatikan
2.	Penyajian (8 menit)	a. Menjelaskan materi penyuluhan secara sistematis 1. Pengertian perawatan luka operasi 2. Tujuan perawatan luka operasi 3. Langkah-langkah perawatan luka 4. Faktor pendukung penyembuhan luka 5. Tanda dan gejala infeksi pada luka yang harus diwaspadai b. Memberikan kesempatan untuk bertanya/diskusi tentang materi penyuluhan	a. Menyimak, mendengarkan dengan baik b. Memberi tanggapan dan pertanyaan mengenai hal yang kurang dimengerti
3.	Penutup (4 menit)	a. Menggali pengetahuan peserta setelah dilakukan penyuluhan b. Menyimpulkan materi yang sudah disampaikan c. Menutup pertemuan dan mengucapkan salam	a. Menjawab pertanyaan b. Mendengarkan dan menjawab salam

G. Evaluasi

1. Evaluasi struktural

Sasaran bersedia untuk dilaksanakan penyuluhan sesuai waktu yang telah direncanakan

2. Evaluasi proses

- a. Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
- b. Peserta mengikuti jalannya penyuluhan
- c. Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan dengan benar

3. Evaluasi hasil

- a. Peserta dapat menjelaskan tentang pengertian luka dan perawatan luka
- b. Peserta dapat menjelaskan tentang tujuan perawatan luka operasi
- c. Peserta dapat menyebutkan langkah-langkah perawatan luka operasi
- d. Peserta dapat menyebutkan faktor pendukung penyembuhan luka
- e. Peserta dapat menyebutkan tanda dan gejala infeksi pada luka yang harus diwaspadai

LAMPIRAN MATERI

A. Pengertian Luka dan Perawatan Luka

Luka operasi adalah luka yang terjadi akibat tindakan pembedahan yang memerlukan perawatan khusus agar tidak terjadi infeksi dan proses penyembuhan berjalan optimal. Sedangkan perawatan luka operasi adalah tindakan yang dilakukan untuk membersihkan, melindungi, dan mempercepat penyembuhan luka.

B. Tujuan Perawatan Luka Operasi

1. Melindungi luka dari infeksi
2. Mempercepat proses penyembuhan luka
3. Menghilangkan jaringan mati dan sekresi yang dapat menghambat penyembuhan
4. Menjaga kelembaban luka agar jaringan baru dapat tumbuh dengan baik
5. Mengurangi rasa nyeri dan komplikasi pasca operasi

C. Langkah-Langkah Perawatan Luka Operasi

Perawatan luka harus dilakukan dengan aseptik untuk mencegah infeksi. Berikut adalah langkah-langkah perawatan luka operasi:

1. Cuci tangan dengan sabun atau antiseptik sebelum dan sesudah perawatan luka
2. Buka balutan secara perlahan, perhatikan warna, bau, dan adanya pendarahan pada area luka

3. Bersihkan luka dari bagian dalam ke luar menggunakan NaCl steril. Hindari penggunaan antiseptil keras seperti betadine langsung ke luka terbuka, karena dapat merusak jaringan baru
4. Keringkan luka dengan kassa steril yang lembut
5. Oleskan obat luka sesuai anjuran dokter
6. Tutup kembali luka dengan kasa steril dan perban bersih
7. Ganti balutan secara rutin, minimal 1x sehari atau jika balutan basah/kotor

D. Faktor Pendukung Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka tidak hanya bergantung pada tindakan luka, tapi juga dipengaruhi oleh faktor internal klien:

1. Nutrisi yang baik; konsumsi makanan tinggi protein (ikan, telur, ayam), vitamin C (jeruk, tomat), dan zat besi (hati, sayuran hijau) untuk mendukung pembentukan kolagen dan jaringan baru.
2. Kebersihan diri dan lingkungan; mandi teratur, hindari menyentuh luka dengan tangan kotor, dan bersihkan area sekitar luka setiap hari.
3. Aktivitas fisik ringan; bergerak sesuai anjuran dokter (mobilisasi dini) mencegah sirkulasi darah terhambat dan mempercepat penyembuhan.
4. Kepatuhan terhadap pengobatan; mengikuti jadwal kontrol, minum antibiotik dan pereda nyeri sesuai resep untuk mencegah infeksi sistemik.

E. Tanda dan Gejala Infeksi Pada Luka Yang Harus Diwaspadai

Pasien atau keluarga harus segera menghubungi tenaga kesehatan jika mendapati gejala komplikasi berikut:

1. Kemerahan yang meluas di sekitar luka.

2. Bengkak dan nyeri berlebihan.
3. Keluar nanah atau cairan berbau tidak sedap.
4. Demam tinggi atau menggigil.
5. Luka yang tidak kunjung sembuh atau memburuk.

DAFTAR PUSTAKA

- Mulidan, D., & Nurjannah. (2023). Faktor Nutrisi dan Penyembuhan Luka Post Operasi. Jurnal Penelitian Perawat
- Nursanty, O, E, & Arofiati, F. (2023). Penerapan Standar Operasional Prosedur Luka Bersih. Jurnal Ilmiah Kesehatan
- Sari, D. P., & Soebyakto, B. B. (2023). Perawatan Luka Post Operasi dengan Metode Modern Dressing. Jurnal Kesehatan Akper Kesdam II Sriwijaya Palembang.

Lampiran II Leaflet Perawatan Luka Pasca Operasi

FAKTOR PENDUKUNG PENYEMBUHAN LUKA

- **Nutrisi:** Konsumsi makanan tinggi protein, vitamin C, dan zat besi sangat penting untuk mempercepat pembentukan jaringan baru dan memperkuat sistem imun.
- **Kebersihan:** Menjaga kebersihan luka dan area sekitarnya untuk mencegah infeksi. Personal hygiene juga berperan penting dalam penyembuhan.
- **Mobilisasi:** Aktivitas fisik ringan sesuai anjuran dokter membantu memperlancar sirkulasi darah dan mempercepat penyembuhan luka.

TANDA DAN GEJALA INFEKSI PADA LUKA YANG HARUS DIWASPADAI



Kemerahan, bengkak dan nyeri di sekitar luka



Keluar nanah, berbau tidak sedap, serta luka yang tidak kunjung sembuh



Demam tinggi

.....

.....

.....

.....



PERAWATAN LUKA PASCA OPERASI

Vinni Aulia Nuraisyah
KHGA22147

APA ITU PERAWATAN LUKA OPERASI?



Luka operasi adalah luka yang terjadi akibat tindakan pembedahan yang memerlukan perawatan khusus agar tidak terjadi infeksi dan proses penyembuhan berjalan optimal.

Perawatan luka operasi adalah tindakan yang dilakukan untuk membersihkan, melindungi, dan mempercepat penyembuhan luka tersebut.

TUJUAN PERAWATAN LUKA

A Melindungi luka dari infeksi mikroorganisme

B Mempercepat proses penyembuhan luka

C Menghilangkan jaringan mati dan sekresi yang dapat menghambat penyembuhan

D Menjaga kelembaban luka agar jaringan baru dapat tumbuh dengan baik

E Mengurangi rasa nyeri dan komplikasi pasca operasi



LANGKAH-LANGKAH PERAWATAN LUKA OPERASI

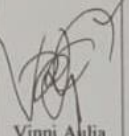
- Cuci tangan dengan sabun atau antiseptik sebelum dan sesudah merawat luka (teknik aseptik)
- Buka balutan lama dengan hati-hati, perhatikan kondisi luka dan balutan.
- Bersihkan luka dengan larutan NaCl 0,9% steril atau air steril, jangan langsung menggunakan antiseptik kuat seperti betadine pada luka terbuka karena dapat mengiritasi jaringan.
- Keringkan luka dengan kasa steril secara lembut.
- Oleskan salep atau gel khusus (misal intrasite gel) sesuai resep dokter untuk mempercepat penyembuhan.
- Tutup luka dengan kasa steril dan balut dengan perban yang bersih dan sesuai ukuran luka
- Ganti balutan secara rutin, biasanya setiap hari atau jika balutan basah/terkontaminasi

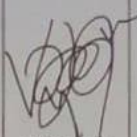
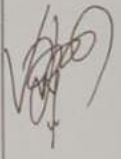


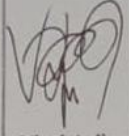
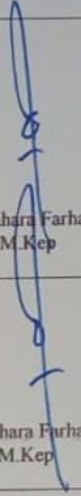
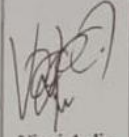
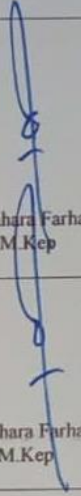
Lampiran III Lembar Bimbingan

LEMBAR BIMBINGAN

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Gangguan Sistem Pencernaan :
Post Laparatomi Appendiktomi POD I a/i Appendisititis Akut di Ruang
Mawar Rumah Sakit Guntur Kabupaten Garut
Nama : Vinni Aulia Nuraisyah
NIM : KHGA22147

No	Hari / Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Selasa, 10 Juni 2025	BAB III	1. Perbaiki tehnik penulisan BAB III 2. Perbaiki tehnik penulisan dalam tabel huruf 10 spasi 1,0 tanpa garis vertikal 3. Lengkapi data hasil pengkajian sesuai dengan kasus 4. Perbaiki patway dan analisa data 5. Perbaiki kaidah diagnosa keperawatan 6. Perbaiki redaksi kalimat intervensi harus lebih operasional 7. Perjelas penentuan tujuan harus menyatu kepada pedoman SMART 8. Perbaiki tehnik penyusunan pembahasan harus mengarah pada komponen FTO (fakta, teori, opini)	 Vinni Aulia	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
2.	Selasa, 16 Juni 2025	BAB III	1. Perbaiki tehnik penulisan BAB III 2. Lengkapi kembali data hasil pengkajian 3. Perbaiki rumusan diagnosa keperawatan 4. Perbaiki analisa data dan kriteria hasil 5. Perjelas kembali pembahasan 6. Mulai susun BAB II	 Vinni Aulia	 H. Zahara Farhan, M.Kep.

3.	Senin, 23 Juni 2025	BAB III	1. BAB III ACC 2. Mulai susun BAB I dan BAB II	 Vinni Aulia	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
4.	Senin, 30 Juli 2025	BAB I dan BAB II	1. Perbaiki tehnik penulisan BAB I dan BAB II 2. Tambahkan penjelasan dampak appendisitis terhadap sistem tubuh 3. Tambahkan peran perawat dalam mengatasi masalah yang terjadi pada pasien 4. Cek kembali data prevalensi appendisitis dari sumber utama 5. Tambahkan konsep dasar appendiktomi	 Vinni Aulia	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
5.	Selasa, 01 Juli 2025	BAB I dan BAB II	1. Tambahkan penjelasan dampak appendisitis dan appendiktomi terhadap pemuahan kebutuhan dasar manusia dalam BAB I 2. Kutipan teori sebaiknya langsung dari sumber utama (Buku) 3. Tambahkan dan perjelas dampak appendisitis 4. Susun BAB IV	 Vinni Aulia	 H. Zahara Farhan, M.Kep.
6.	Rabu, 02 Juli 2025	BAB I BAB II dan BAB IV	1. BAB I ACC 2. BAB II ACC 3. BAB IV rekomendasi dibuat naratif saja 4. Buat ABSTRAK 5. Susun draf KTI lengkap	 Vinni Aulia	 H. Zahara Farhan, M.Kep.

7.	Jum'at 04 Juli 2025	BAB IV	1. BAB IV ACC 2. Susun Draf KTI lengkap	 Vinni Aulia	 H. Zahara Farhan, M.Kep
8.	Senin, 07 Juli 2025	Draf KTI Lengkap	1. ACC ujian sidang KTI	 Vinni Aulia	 H. Zahara Farhan, M.Kep

Lampiran IV Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Nama | : Vinni Aulia Nuraisyah |
| 2. NIM | : KHGA22147 |
| 3. Jenis Kelamin | : Perempuan |
| 4. Tempat, Tanggal Lahir | : Garut, 10 mei 2004 |
| 5. Agama | : Islam |
| 6. Pekerjaan | : Mahasiswa |
| 7. Alamat | : Kp. Bojong Sari RT 01 / RW 01, Desa
Karangsari, Kecamatan Karangpawitan |
| 8. Email | : vinniaulian@gmail.com |

B. Riwayat Pendidikan

1. SDN Situsari Tahun 2010-2016
2. SMPN 2 Karangpawitan Tahun 2016-2019
3. SMAN 8 Garut Tahun 2019-2022
4. Mahasiswa D-III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut Tahun 2022
sampai sekarang