

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.W DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN : APPENDISITIS POST APPENDIKTOMI
DI RUANG MAWAR 2 RSUD dr. SOESELO
KABUPATEN TEGAL**

Karya Tulis Ilmiah



Oleh :

ITA MARA ANING PURWANTI

NIM : 19.025

YAYASAN PENDIDIKAN PONDOK PESANTREN AL HIKMAH 2

AKADEMI KEPERAWATAN AL HIKMAH 2

BENDA SIRAMPOG BREBES

2022

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.W DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN : APPENDISITIS POST APPENDIKTOMI
DI RUANG MAWAR 2 RSUD dr. SOESELO
KABUPATEN TEGAL**

Karya Tulis Ilmiah

Untuk memenuhi salah satu persyaratan

Dalam menyelesaikan program Diploma III Keperawatan



Oleh :

ITA MARA ANING PURWANTI

NIM : 19.025

**YAYASAN PENDIDIKAN PONDOK PESANTREN AL HIKMAH 2
AKADEMI KEPERAWATAN AL HIKMAH 2
BENDA SIRAMPOG BREBES**

2022

HALAMAN PERSETUJUAN

Diterima Dan Disetujui Untuk Dipertahankan

Pada tanggal 28 Juni 2022

Pembimbing Utama



Ahmad Zakiudin, SKM., S.Kep.,Ns., M.Kes., M.Kep.

Pembimbing Pendamping



Yusriani Saleh Baso S.Kep.,Ns., M.Kep.

Ujian Karya Tulis Ilmiah



Ketua Panitia,

Ahmad Zakiudin, SKM., S.Kep.,Ns., M.Kes., M.Kep.

HALAMAN PENGESAHAN
Karya Tulis Ilmiah

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.W DENGAN GANGGUAN SISTEM

PENCERNAAN : APPENDISITIS POST APPENDIKTOMI

DI RUANG MAWAR 2 RSUD dr. SOESELO

KABUPATEN TEGAL

Oleh :

Ita Mara Aning Purwanti

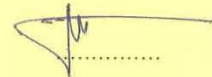
NIM 19.025

Telah dipertahankan di depan penguji pada tanggal 3 Juli 2022

Penguji

Tanda tangan

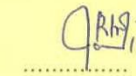
Penguji I : Sukirno, S.Kep.,Ns.,M.Kep.



Penguji II : Ahmad Zakiudin, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep.



Penguji III : Yusriani Saleh Baso, S.Kep.,Ns.,M.Kep.



Brebes, 3 Juli 2022

Akademik Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes

Direktur,



Ahmad Zakiudin, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Ita Mara Aning Purwanti
Tempat,Tanggal Lahir : Brebes, 22 Maret 2001
Agama : Islam
Alamat : Dk. Banjarsari RT 02/RW 01, Desa Manggis,
Kecamatan Sirampog, Kabupaten Brebes.
Nama Ayah : Asikin
Nama Ibu : Waisah
Pendidikan :

1. Madrasah Ibtidaiyah Tamrinul Athfal, Lulus tahun 2013.
2. Madrasah Tsanawiyah Darul Aziz, Lulus tahun 2016.
3. Sekolah Menengah Atas Islam Taalumul Huda Bumiayu, Lulus tahun 2019.
4. Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes, Lulus pada tahun 2022.

MOTO DAN PERSEMBAHAN

“Saya belajar bahwa keberanian tidak akan pernah absen dari ketakutan, tetapi mereka berhasil menang atas itu. Orang berani bukan mereka yang pernah merasa takut, tapi mereka yang bisa menaklukkan rasa takut “

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT, berkat rahmat-Nya saya bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Kupersembahkan karya tulis yang sederhana ini kepada:

1. Kedua orang tua saya tercinta, Abah Asikin dan Ibu Waisah teimakasih sudah menjadi support system, support materi, you are my everything and my love.
2. Kakak-kakakku tercinta, Edi Priyanto, Dewi Nurkhayati, Indri Lestari dan Eti Noviyani yang sudah selalu membimbing adik bungsumu ini.
3. Teman-teman AKPER AL HIKMAH 2 angkatan 17 dan BESTIEKU Silfi Nur Khafifah yang sudah berjuang baik suka maupun duka.
4. Mas Yubi yang sudah menjadi support system dan mau menemani begadang untuk pengetikkan karya tulis ilmiah ini
5. Terakhir untuk diriku sendiri, terimakasih kamu sudah berjuang dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, semoga kedepannya kamu selalu kuat dalam keadaan apapun.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang maha pengasih lagi maha penyayang yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya serta inayah kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.W Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendektomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal “

Penyusun karya tulis ilmiah ini tidak akan terselesaikan tanpa adanya bimbingan, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, mohon izin penulis dengan sepuh hati untuk menyampaikan banyak terimakasih atas segala jasa-jasa dan peran penting kepada:

1. K.H. Solahudin Masruri, S.Pd.,I. selaku pengasuh yayasan pendidikan pondok pesantren Al Hikmah 2 Benda.
2. dr. Guntur Muhammad Taqwin.,Sp.,An.,M.,Sc. selaku direktur RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal.
3. Sukirno, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku penguji I yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk menguji sidang karya tulis ilmiah ini.
4. Ahmad Zakiudin, SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep. selaku Direktur Akper Al Hikmah 2 Brebes serta pembimbing utama dan penguji II yang telah memberikan arahan bagi penulis untuk menyusun karya tulis ilmiah ini.
5. Yusriani Saleh Baso, S.Kep.,Ns.,M.Kep. selaku pembimbing pendamping dan penguji III yang sudah memberikan arahan bagi penulis untuk menyusun karya tulis ilmiah ini.

6. Bapak dan Ibu Dosen serta staf Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes
7. Kedua orang tua saya tercinta, Abah Asikin dan Ibu Waisah yang sudah mendo'akan, mendukung, membiayai dan memberikan seluruh kasih sayangnya.
8. Rekan-rekan ang katan seperjuangan XVII Akademi Keperawatan Al-Hikmah 2 Brebes, teimakasih atas suka dan dukanya selama 3 tahun berjuang bersama.
9. Semua pihak yang ikut serta membantu dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Ny. W dan keluarga terimakasih banyak sudah mau diajak kerja sama dan kooperatif dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penulisan karya tulis ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran untuk membangun penyusunan karya tulis ilmiah yang lebih baik untuk masa yang akan mendatang. Semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Benda, 28 Juni 2022

Penulis,

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Cover Dalam	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Motto dan Persembahan.....	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Singkatan.....	xiii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	6
C. Metode Penulisan.....	7
D. Sistematika Penulisan	8
E. Manfaat Penulisan.....	9
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	
A. Pengertian	11
B. Etiologi.....	12
C. Klasifikasi	13
D. Manifestasi.....	14

E. Patofisiologi.....	15
F. Pathway	16
G. Komplikasi.....	17
H. Penatalaksanaan	18
I. Pengkajian	21
J. Diagnosis Teori	24
K. Fokus Intervensi.....	29
 BAB III : TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian.....	38
B. Diagnosis Keperawatan	52
C. Intervensi Keperawatan	52
D. Implementasi Keperawatan.....	55
E. Evaluasi Keperawatan.....	62
 BAB IV : PEMBAHASAN	
A. Pengkajian.....	64
B. Diagnosis Keperawatan	65
C. Intervensi Keperawatan	71
D. Implementasi Keperawatan.....	73
E. Evaluasi Keperawatan.....	75
 BAB V : PENUTUP	
A. Simpulan	80
B. Saran	81

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Daftar Gambar	Halaman
Gambar 2.1 : Pathway Appendisitis.....	16
Gambar 3.1 : Genogram.....	40

DAFTAR TABEL

Daftar Tabel	Halaman
Tabel 3.1 : Kekuatan Otot	44
Tabel 3.2 : Aktivitas dan Latihan	46
Tabel 3.3 : Terapi Obat	47
Tabel 3.4 : Pemeriksaan Penunjang	48
Tabel 3.6 : Analisa Data	50
Tabel 3.7 : Diagnosis Keperawatan	52
Tabel 3.8 : Intervensi Keperawatan	52
Tabel 3.9 : Implementasi Keperawatan	55
Tabel 3.10 : Evaluasi Keperawatan	62

DAFTAR SINGKATAN

Ny	: Nyonya
DKI	: Daerah Khusus Ibu Kota
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda Tanda Vital
O2	: Oksigen
PPNI	: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah.
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
C	: <i>Celcius</i>
CM	: <i>Centimeter</i>
CRT	: <i>Cappillary Refill Time</i>
WHO	: <i>World Health Organization.</i>
DOA	: <i>Death On Arrival</i>
DS	: Diagnosis Medis
DEPKES	: Departemen Kesehatan
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
PERMENKES	: Peraturan Menteri Kesehatan
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
S	: <i>Signature</i>
CT	: Cycle Threshold
CNS	: <i>Central Nervous System</i>

BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
PND	: <i>Paroxysmal Natural Dyspnea</i>
P	: Paliatif / Penyebab
DM	: Diabetes Mellitus
DC	: <i>Dower Cateter</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
RR	: <i>Respiratory Rate</i>
R	: Region / Radiasi
SKRT	: Survey Kesehatan Rumah Tangga
S	: Skala
SD	: Sekolah Dasar
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
T	: Timing / Waktu
IV	: Intra Vena
DS	: Data Subjektif
DO	: Data Objektif
MIS	: Misal
PH	: <i>Power Of Hydrogen</i>
HT	: Hematokrit
BUN	: <i>Blood Urea Nitrogen</i>
A	: Analisis

P	: Perencanaan
TTL	: Tempat, Tanggal, Lahir
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
ICS	: <i>Ictus Cordis</i>
N	: Nadi
OP	: Operasi
MCV	: <i>Mean Corpuscular Volume</i>
MCH	: <i>Mean Corpuscular Hemoglobin</i>
MCHC	: <i>Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration</i>
MPV	: <i>Multi Purpose Vehicle</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Era teknologi informasi dan globalisasi saat ini membawa banyak perubahan dalam kehidupan masyarakat, antara lain adalah perubahan gaya hidup terutama pada pola makan. Pergeseran pola konsumsi pada masyarakat dipengaruhi oleh perkembangan jumlah dan jenis makanan. Hal tersebut menyebabkan masyarakat banyak yang beralih mengonsumsi makanan cepat saji. (Goleman, And Others, 2019). *Junk food* yang dikonsumsi secara berlebihan dapat menimbulkan berbagai gangguan kesehatan, seperti obesitas (kegemukan), diabetes (kencing manis), hipertensi (tekanan darah tinggi), aterosklerosis (pengerasan pembuluh darah), penyakit jantung koroner, usus buntu (appendisitis) stroke, kanker dan lain-lain (Ariska & Ali, 2019).

Appendisitis merupakan penyakit yang menjadi perhatian karena angka kejadian appendisitis tinggi di setiap negara. Risiko perkembangan appendisitis bisa seumur hidup sehingga memerlukan tindakan pembedahan. Appendicitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun jarang dilaporkan. Insiden tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun, setelah itu menurun. Insiden pada laki-laki dan perempuan umumnya sebanding, kecuali pada umur 20-30 tahun insiden laki-laki lebih tinggi (De Jong, 2017).

Keluhan appendisitis biasanya bermula dari nyeri di daerah umbilikus atau periumbilikus yang disertai dengan muntah. Dalam 2-12 jam nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan (Febrina, 2021). Terdapat juga keluhan anoreksia, malaise, dan demam yang tidak terlalu tinggi. Biasanya juga terdapat konstipasi, tetapi kadang-kadang terjadi diare, mual, dan muntah. Pada permulaan timbulnya penyakit belum ada keluhan abdomen yang menetap. Namun dalam beberapa jam nyeri abdomen bawah akan semakin progresif, dan dengan pemeriksaan seksama akan dapat ditunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Perkusi ringan pada kuadran kanan bawah dapat membantu menentukan lokasi nyeri. Nyeri lepas dan spasme biasanya juga muncul (Mansjoer, 2016).

Appendisitis yang tidak segera ditangani akan menimbulkan komplikasi. Salah satu komplikasi yang paling membahayakan adalah perforasi. Perforasi terjadi 24 jam setelah timbul nyeri. Gejalanya mencakup demam dengan suhu $37,7^{\circ}\text{C}$ atau lebih tinggi, dan nyeri abdomen atau nyeri tekan abdomen yang kontinyu (Radwan, 2013).

World Health Organization (WHO) menyatakan pasien yang menderita appendisitis di dunia sebanyak 1,1 juta kasus setiap 1.000 orang pertahun, angka mortalitas akibat appendisitis adalah 21.000 jiwa, di mana populasi laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Angka mortalitas appendisitis sekitar 12.000 jiwa pada laki-laki dan sekitar 10.000 jiwa pada perempuan (WHO, 2017).

Insidensi appendisitis di asia pada tahun 2019 adalah 4,8% penduduk dari total populasi. Sedangkan dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia pada tahun 2017 jumlah penderita appendisitis di Indonesia mencapai 591.819 orang dan meningkat pada tahun 2018 sebesar 596.132 orang (Soewito, 2017).

Berdasarkan data menurut DEPKES RI jumlah pasien yang menderita penyakit appendisitis berjumlah sekitar 26% dari jumlah penduduk di Jawa Tengah dan Insidensi apendiktomi di Indonesia menempati urutan ke-2 dari 193 negara diantara kasus kegawatan abdomen lainnya dan apendiksitis akut menempati urutan ke-4 penyakit terbanyak di Indonesia setelah dispepsia, gastritis, duodenitis dan penyakit sistim cerna lain dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 28.040 (Depkes RI, 2018).

Dampak dari appendisitis terhadap kebutuhan dasar manusia diantaranya kebutuhan dasar cairan, karena penderita mengalami demam tinggi sehingga pemenuhan cairan berkurang. Kebutuhan dasar nutrisi berkurang karena klien appendisitis mengalami mual, muntah dan tidak nafsu makan. Kebutuhan rasa nyaman penderita mengalami nyeri pada abdomen karena peradangan yang dialami dan personal hygiene terganggu karena penderita mengalami kelemahan. Kebutuhan rasa aman, penderita mengalami kecemasan karena penyakit yang dideritanya dan bila tidak terawat, angka kematian cukup tinggi dikarenakan oleh peritonitis dan syok ketika umbai cacing yang terinfeksi hancur (Corwin, 2016).

Penatalaksanaan klien dengan appendisitis meliputi terapi farmakologi dan terapi bedah. Terapi farmakologi yang diberikan adalah antibiotik, cairan intravena dan analgetik. Antibiotik dan cairan intravena diberikan sampai pembedahan dilakukan, analgetik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan (Sofiah, 2017).

Sebelum dilakukan pembedahan perawat perlu memprioritaskan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu dengan mengurangi nyeri, mencegah terjadinya komplikasi pre operatif, dan memberikan informasi tentang kondisi atau prognosis dan kebutuhan pengobatannya, terutama yang akan menjalani tindakan operasi agar tidak menimbulkan kecemasan bagi klien (Soewito, 2017).

Mengurangi nyeri dapat dilakukan dengan teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi berhubungan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Rasubala, 2017) yang berjudul pengaruh teknik relaksasi benson terhadap skala nyeri pada klien post operasi appendisitis di RSUP. Prof. dr. R.D Kandou dan RS Tk. III R.W. Monginsidi Teling Manado menyatakan bahwa setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam sebanyak 3 kali selama 15 – 30 menit skala nyeri pada klien pre dan post operasi appendisitis menunjukkan terjadinya penurunan dari nyeri sedang (skala 4 - 6) berubah menjadi nyeri ringan (skala 1 - 3) (Rasubala, 2017).

Selama praktik klinik peneliti memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan melaksanakan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care provider*), peneliti dan pembaharu. Peran perawat dalam

pemberi asuhan keperawatan adalah dengan melakukan intervensi keperawatan mandiri dan kolaborasi. Pelaksanaan peran perawat sebagai peneliti diantaranya adalah penulis menerapkan intervensi keperawatan yang didasarkan pada hasil penelitian atau berdasarkan pembuktian (*evidence based*) dan melaksanakan peran pembaharu dalam upaya meningkatkan asuhan keperawatan pada klien dengan kegawat daruratan sistem Gastrointestinal.

Peran perawat sangat penting yaitu memberikan informasi tentang post op seperti manajemen nyeri, mobilisasi dini serta pentingnya perawatan luka post op dan memberikan pengobatan untuk pemulihan agar tidak terjadi komplikasi, sehingga masalah dapat terselesaikan dengan baik (PPNI, 2018) dalam perawatan pasien pre dan post op trauma dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien (Susanti, 2018).

Berdasarkan Data yang didapatkan dari RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada kasus Post op Appendisitis tahun 2021 sebanyak 74 kasus dan pada tahun 2022 kasus ini mengalami penurunan tepatnya bulan januari sampai dengan maret terdapat sebanyak 21 kasus. (Rekamedik, 2022).

Berdasarkan uraian tersebut maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus Appendisitis sebagai Karya Tulis Ilmiah dengan judul: **“Asuhan Keperawatan Pada Ny.W Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal”**

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat membuat dan memberikan Asuhan Keperawatan pada Ny.W dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr.Soeselo Kabupaten Tegal.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny.W dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr.Soeselo Kabupaten Tegal, penulis diharapkan :

- a. Mampu melakukan pengkajian terhadap Ny.W dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr.Soeselo Kabupaten Tegal Tahun 2022.
- b. Mampu menegakkan diagnosis keperawatan pada Ny.W dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr.Soeselo Kabupaten Tegal Tahun 2022.
- c. Mampu menyusun perencanaan tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan pada Ny.W dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr.Soeselo Kabupaten Tegal Tahun 2022.
- d. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada Ny.W dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Appendisitis Post

Appendiktomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr.Soeselo Kabupaten Tegal Tahun 2022.

- e. Dapat membuat evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny.W dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr.Soeselo Kabupaten Tegal Tahun 2022.

C. Metode penulisan

Metode ini menggunakan metode *deskriptif*, metode *deskriptif* adalah suatu metode yang mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang meliputi metode penulisan, teknik pengumpulan data, sumber data, studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas dan dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi (Hemawan, 2019). Adapun teknik data yang digunakan dalam pengumpulan data dari karya tulis ini:

1. Wawancara

Wawancara merupakan pembicaraan terarah yang dilakukan secara langsung baik dengan pasien atau keluarga dengan tujuan untuk memperoleh data subyektif yang aktual dan dapat dipercaya (Hermawan, 2019).

2. Observasi

Penulis secara langsung melakukan pengamatan untuk dapat melihat secara langsung bagaimana pelaksanaan perawatan dan keadaan selama perawatan (Saswati, 2018).

3. Studi dokumentasi

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan melihat catatan medis dan status pasien yang telah lalu dengan tujuan untuk memperoleh data obyektif yang lengkap (Hanum, 2020).

4. Studi kepustakaan dan *literature*

- a. Metode penunjang dalam menyusun karya tulis ilmiah ini berasal dari buku-buku bacaan yang berhubungan dengan kasus yang dibahas, diambil secara baik dan terbaru (Condrosas, 2020). Serta membaca *literature* sangat membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat (Butar, 2020)
- b. Rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (PERMENKES No:269/MENKES/III/2008).

D. Sistematika penulisan

BAB I: PENDAHULUAN

Bab ini memaparkan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, sistematika penulisan dan manfaat penulisan.

BAB II: KONSEP DASAR

Bab ini memaparkan tentang pengertian, klasifikasi, etiologi, tanda dan gejala, patofisiologi, pathway, penatalaksanaan, pemeriksaan penunjang, pengkajian dan fokus intervensi yang terdiri dari diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

BAB III: TINJAUAN KASUS

Bab ini memaparkan pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan.

BAB IV: PEMBAHASAN

Bab ini memaparkan tentang pembahasan dari Pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi Keperawatan.

BAB V: PENUTUP

Bab ini terdiri dari Simpulan dan Saran

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

E. Manfaat Penulisan

1. Bagi Peneliti

Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi bagi peneliti tentang asuhan keperawatan dengan masalah appendisitis post appendiktomi, selain itu tugas akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu cara peneliti dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di dalam perkuliahan.

2. Bagi Rumah Sakit

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada bidang pelayanan kesehatan mengenai Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Appendisitis Post Appendiktomi sehingga dapat menjadi perantara untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan Pasien dengan Appendisitis post appendiktomi secara langsung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian Appendisitis

Appendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing. Salah satu Tindakan pasien appendiks akut adalah dengan cara pembedahan atau yang disebut dengan appendektomi yang merupakan Tindakan invasive dengan membuka bagian tubuh yang akan ditangani, serta keluhan yang sering dirasakan setelah pembedahan (pasca operasi) pasien merasakan nyeri yang sangat hebat (Utami, 2021).

Appendisitis atau radang usus buntu adalah suatu inflamasi akut pada appendiks vermiformis (umbai cacing) yang sering dihubungkan dengan obstruksi dan dapat terjadi komplikasi yang diakibatkan oleh bakteri dan masalah Kesehatan yang sering terjadi di Indonesia. Appendiks memerlukan Tindakan bedah yang biasa disebut dengan appendiktomi, karena termasuk peradangan akut, insiden apendisitis di Indonesia menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatan abdomen lainnya (Andika, 2021).

Appendiktomi merupakan intervensi pembedahan untuk mengangkat appendiks (Ananda, 2021). Appendiktomi merupakan suatu tindakan invasive dengan membuka bagian tubuh yang akan ditangani, umumnya dilakukan dengan membuat sayatan pada *McBurney*, Appendiktomi

dilakukan ketika appendiks sudah terdiagnosis. Tindakan ini dilaksanakan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Sulung & Rani, 2017).

Dapat ditarik kesimpulan bahwa appendisitis adalah kasus gawat bedah abdomen yang paling sering terjadi, appendisitis adalah peradangan yang terjadi pada appendiks vermiformis yang selama ini dikenal dengan istilah usus buntu padahal istilah ini kurang tepat karena yang merupakan usus buntu yang bisa dilakukan Tindakan pembedahan.

2. Etiologi Appendisitis

Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya appendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional appendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semuanya ini akan mempermudah timbulnya appendicitis akut. Menurut (Mariz, 2016) Ada beberapa etiologi appendiks yaitu:

- 1) Ulserasi pada mukosa
- 2) Obstruksi pada colon oleh fecalit (feses yang keras)
- 3) Pemberian barium
- 4) Berbagai macam penyakit cacing
- 5) Tumor
- 6) Struktur karena fibrosis pada dinding usus

3. Klasifikasi

Klasifikasi appendisitis terbagi menjadi dua yaitu, appendisitis akut dan appendisitis kronik (Sjamsuhidajat & de jong, 2018):

a. Appendisitis akut

Appendisitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal. Gejala appendisitis akut ialah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral di daerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang muntah. Umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ketitik *McBurney*. Disini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

b. Appendisitis kronik.

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

4. Manifestasi klinis

Tanda awal: nyeri mulai dari epigastrium / region umbilicus
desertasi mulai dan anoreksia:

- 1) Nyeri pindah ke kanan bawah / yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk dan menunjukkan tanda rangsangan peritoneum lokal dititik *mc. Burney*: nyeri tekan, nyeri lepas, defans muscular.
- 2) Nyeri rangsangan peritoneum tidak langsung
- 3) Nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah ditekan / *rovsing sign*
- 4) Nyeri kanan bawah bila tekanan disebelah kiri dilepas / *Blumberg*
- 5) Nyeri kanan bawah bila peritoneum bergerak seperti napas dalam, berjalan, batuk, serta mencedan
- 6) Nafsu makan menurun
- 7) Demam yang tidak terlalu tinggi
- 8) Biasanya terdapat konstipasi, tapi kadang kadang terjadi diare

Gejala gejala permulaan appendiksitis yaitu nyeri atau perasaan tidak enak sekitar umbilicus diikuti oleh anoreksia, nausea dan muntah, gejala ini umumnya berlangsung lebih dari 1 atau 2 hari, dalam beberapa jam nyeri bergeser ke kuadran kanan bawah dan mungkin terdapat nyeri tekan sekitar titik *mc. Burgey*, kemudian dapat timbul spasme otot dan nyeri lepas. Biasanya ditemukan demam ringan dan leukosit meningkat bila rupture appendiks terjadi nyeri sering kali hilang secara dramatis untuk sementara.

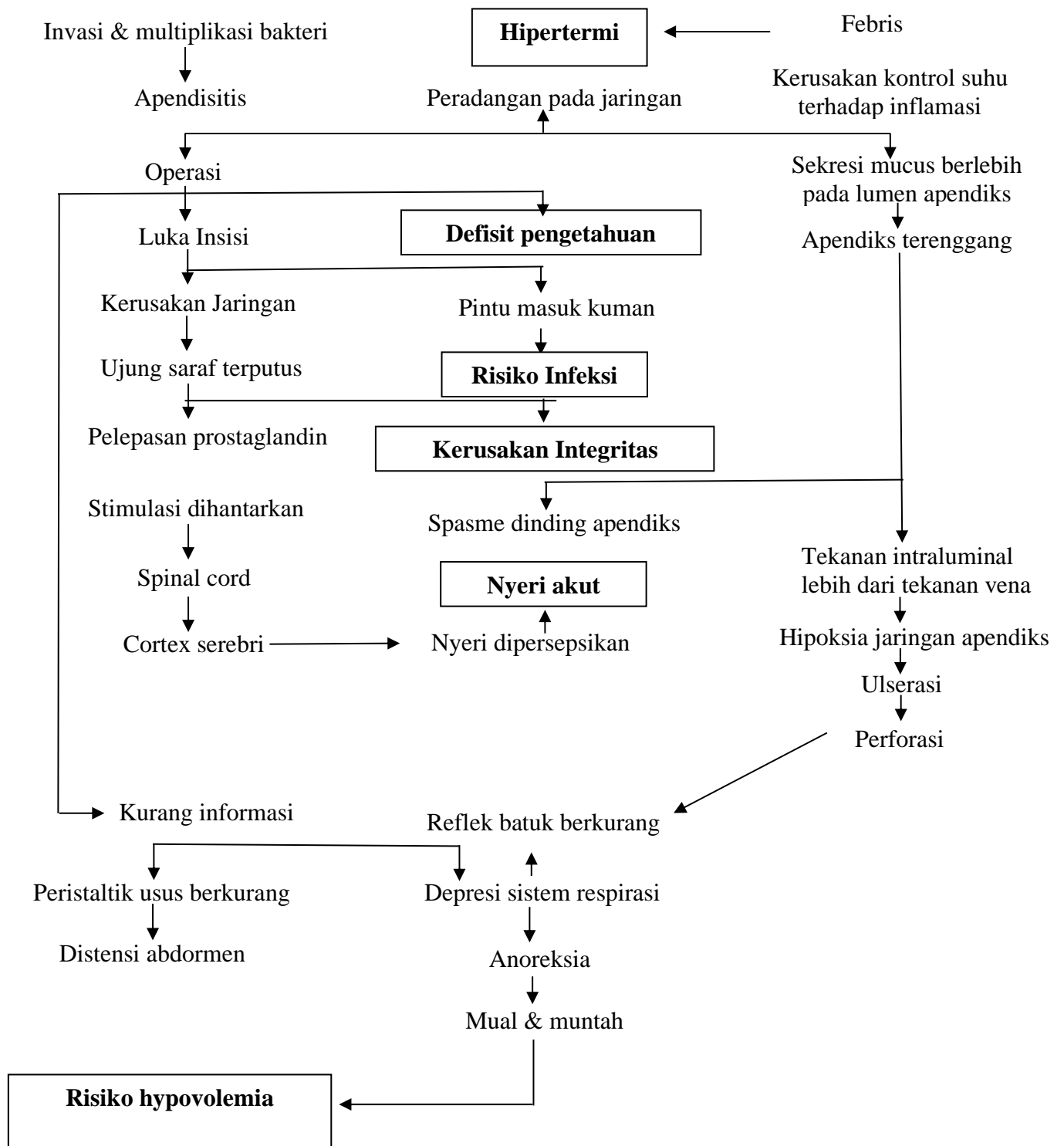
5. Patofisiologi Appendisitis

Appendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen appendiks oleh hyperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fikosis akibat peradangan sebelumnya atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mucus tersebut makin banyak, namun elastisitas appendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen, tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema. Diaphoresis bakteri dan ulserasi mukosa pada saat inilah terjadi appendiksitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium, (Saferi, 2017).

Sekresi mucus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah dan bakteri akan menembus dinding appendiks. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di abdomen kanan bawah, proses diatas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah appendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrate apendikularis, peradangan appendiks tersebut akan menjadi abses atau menghilang, (Saferi, 2017).

Akan segera dilakukan Tindakan pembedahan atau appendiktomi yang merupakan Tindakan invasif dengan membuka bagian tubuh biasanya dengan membuat sayatan pada *Mc.Burney*, (Sulung dan Rani, 2017).

6. Pathway



Skema 2.1 Sumber : Saferi (2017)

7. **Komplikasi post Appendektomi**

Komplikasi setelah dilakukan appendiktomi antara lain (Siagian, 2019):

a. Perdarahan

Perdarahan ini terjadi apabila ada masalah pada pembuluh darah, jahitan operasi terlepas dan cedera pada organ lain selama operasi.

b. Perlengketan usus

Perlengketan usus ini terjadi akibat adanya luka pada jaringan antar organ sehingga usus saling menempel karena permukaannya lengket.

c. Peritonitis

Peritonitis disebabkan oleh adanya kebocoran atau lubang di usus, seperti dari usus buntu yang pecah sehingga mengakibatkan terjadinya peradangan peritoneum.

d. Infeksi pada daerah operasi

Infeksi pada daerah luka operasi disebabkan oleh bakteri seperti bakteri *Streptococcus*, *Staphylococcus* dan *Pseudomonas*. Luka operasi ini dapat terinfeksi oleh bakteri tersebut melalui berbagai bentuk interaksi seperti interaksi antara kuman yang ada dikulit, kuman yang tersebar di udara, kuman yang ada pada tubuh atau organ yang dioperasi.

8. Penatalaksanaan appendektomi

a. Appendiktomi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah apendiktomi. Apendiktomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang apendiks (Wiwik Sofiah, 2017). Indikasi dilakukannya operasi apendiktomy yaitu bila diagnosis appendisitis telah ditegakkan berdasarkan gejala klinis. Pada keadaan yang meragukan diperlukan pemeriksaan penunjang USG atau CT scan.

Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anastesi umum atau spinal dengan insisi pada abdomen bawah. Anastesi diberikan untuk memblokir sensasi rasa sakit. Efek dari anastesi yang sering terjadi pada klien post operasi adalah termanipulasinya organ abdomen sehingga terjadi distensi abdomen dan menurunnya peristaltik usus. Hal ini mengakibatkan belum munculnya peristaltik usus (Mulya, 2015) .

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Kiik, 2018 dalam 4 jam pasca operasi klien sudah boleh melakukan mobilisasi bertahap, dan dalam 8 jam pertama setelah perlakuan mobilisasi dini pada klien pasca operasi abdomen terdapat peningkatan peristaltik ususbahkan peristaltik usus dapat kembali normal. Kembalinya fungsi peristaltik usus akan memungkinkan pemberian diet, membantu pemenuhan kebutuhan eliminasi serta mempercepat proses penyembuhan.

Operasi apendiktomi dapat dilakukan dengan 2 teknik, yaitu operasi apendiktomi terbuka dan laparaskopi apendiktomi. Apendiktomi

terbuka dilakukan dengan cara membuat sebuah sayatan dengan panjang sekitar 2 – 4 inci pada kuadran kanan bawah abdomen dan apendiks dipotong melalui lapisan lemak dan otot apendiks. Kemudian apendiks diangkat atau dipisahkan dari usus (Dewi, 2015).

Sedangkan pada laparaskopi apendiktomi dilakukan dengan membuat 3 sayatan kecil di perut sebagai akses, lubang pertama dibuat dibawah pusar, fungsinya untuk memasukkan kamera super mini yang terhubung ke monitor ke dalam tubuh, melalui lubang ini pula sumber cahaya dimasukkan. Sementara dua lubang lain diposisikan sebagai jalan masuk peralatan bedah seperti penjepit atau gunting. Ahli bedah mengamati organ abdominal secara visual dan mengidentifikasi apendiks. Apendiks dipisahkan dari semua jaringan yang melekat, kemudian apendiks diangkat dan dikeluarkan melalui salah satu sayatan (Hidayatullah, 2014).

Jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika. Tindakan pembedahan dapat menimbulkan luka insisi sehingga pada klien post operatif apendiktomi dapat terjadi risiko infeksi luka operasi.

b. Abses

Abses appendiks diobati dengan antibiotika IV, masanya mungkin mengecil atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari. Apendiktomy dilakukan bila abses elektif sesudah 6 sampai 3 bulan.

Pasca Operasi Dilakukan observasi ttv untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan, angkat sonde lambung bila pasien sudah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah, baringkan pasien dalam posisi flowler. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu pasien dipuaskan, bila Tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus Kembali normal. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk diluar kamar. Hari ke tujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperoleh pulang (Mansjoer, 2018).

B. Asuhan Keperawatan Teori

1. Pengkajian Keperawatan

Menurut (Andra, 2016) proses pengkajian pada masalah appendisitis meliputi:

a. Data demografi Identitas klien

Nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor register.

b. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama

Nyeri pada daerah abdomen kanan bawah.

2. Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan nyeri pada daerah abdomen kanan bawah yang menembus kebelakang sampai pada punggung dan mengalami demam tinggi

3. Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami operasi sebelumnya pada colon.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.

c. Pemeriksaan fisik

1. Kedaan umum:

Kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis.

2. Sistem kardiovaskuler:

Ada distensi vena jugularis, pucat, edema, TD >110/70mmHg; hipertermi.

3. Sistem respirasi:

Frekuensi nafas normal (16-20x/menit), dada simetris, ada tidaknya sumbatan jalan nafas, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak terpasang O₂, tidak ada ronchi, whezing, stridor.

4. Sistem hematologi:

Terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi dan pendarahan.

5. Sistem urogenital:

Ada ketegangan kandung kemih dan keluhan sakit pinggang serta tidak bisa mengeluarkan urin secara lancer.

6. Sistem muskuloskeletal:

Ada kesulitan dalam pergerakan karena proses perjalanan penyakit.

7. Sistem Integumen:

Terdapat oedema, turgor kulit menurun, sianosis, pucat

8. Abdomen:

Terdapat nyeri lepas, peristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen.

d. Pola fungsi kesehatan menurut Gordon.

1. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.

Adakah ada kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekwensinya), karena dapat mempengaruhi lamanya penyembuhan luka

2. Pola nutrisi dan metabolisme.

Klien biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat pembatasan intake makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.

3. Pola Eliminasi.

Pada pola eliminasi urine akibat penurunan daya kontraksi kandung kemih, rasa nyeri atau karena tidak biasa BAK ditempat tidur akan mempengaruhi pola eliminasi urine. Pola eliminasi akan mengalami gangguan yang sifatnya sementara karena pengaruh anastesi sehingga terjadi penurunan fungsi.

4. Pola aktifitas.

Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri, aktifitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lamanya setelah pembedahan.

5. Pola sensorik dan kognitif.

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

6. Pola Tidur dan Istirahat.

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien

7. Pola Persepsi dan konsep diri.

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

8. Pola hubungan.

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Berdasarkan dari semua data pengakajian diagnosis keperawatan utama yang dapat muncul pada pasien appendiktomi, antara lain:

a. Nyeri Akut (D.0077)

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab:

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan).
- c) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, procedure operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan Kriteria:

a) Mayor:

- (1) Subjektif : mengeluh nyeri.
- (2) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif, (mis. Waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Minor:

- (1) Subjektif : -
- (2) Objektif : tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

Kondisi Klinis Terkait:

- (1) Kondisi pembedahan
- (2) Cedera traumatis
- (3) Infeksi
- (4) Sindrom koroner akut
- (5) Glukoma

b. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive. (D.0142)

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor risiko:

- a) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus).
- b) Efek prosedur infasif.
- c) Malnutrisi.
- d) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.
- e) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer:
 - (1) Gangguan peristaltic.
 - (2) Kerusakan integritas kulit.
 - (3) Perubahan sekresi pH.
 - (4) Penurunan kerja siliaris.
 - (5) Ketuban pecah lama.
 - (6) Ketuban pecah sebelum waktunya.
 - (7) Merokok.
 - (8) Statis cairan tubuh.
- f) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder:
 - (1) Penurunan hemoglobin.
 - (2) Imunosupresi.
 - (3) Leukopenia.
 - (4) Supresi respon inflamasi.
 - (5) Vaksianasi tidak adekuat.

c. Risiko hypovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif.

(D.0034)

Berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial dan intraseluler.

Faktor risiko:

- a) Kehilangan cairan secara aktif.
- b) Gangguan absorpsi cairan.
- c) Usia lanjut.
- d) Kelebihan berat badan.
- e) Status hipermetabolik.
- f) Kegagalan mekanisme regulasi.
- g) Evaporasi.
- h) Kekurangan intake cairan.
- i) Efek agen farmakologis.

d. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit (D.0130)

Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.

Penyebab:

- a) Dehidrasi.
- b) Terpapar lingkungan panas.
- c) Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker).
- d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan.
- e) Peningkatan laju metabolisme.
- f) Respon trauma.

- g) Aktivitas berlebihan.
- h) Penggunaan inkubator.

Gejala dan tanda

a. Mayor

- (1) Subjektif : -
- (2) Objektif : suhu tubuh diatas nilai normal.

b. Minor

- (1) Subjektif : -
- (2) Objektif : kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat.

e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

(D.0111)

Ketiadaan atau defisit informasi kognitif yang berkaitan dengan topik.

Penyebab :

- a) Kurang terpapar informasi
- b) Minimnya pengetahuan
- c) Pendidikan
- d) Gaya hidup sehari-hari

f. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan trauma jaringan

(D.0129)

Kerusakan jaringan membrane mukosa, kornea, integument, atau subkutan

Penyebab :

- a) Usia

- b) Adanya infeksi
- c) Respon trauma
- d) Proses pembedahan
- e) Respon kulit terhadap benda tajam

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif & Kusuma, 2016). Intervensi keperawatan menurut SIKI, 2017:

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Kriteria hasil menurut SLKI, 2017:

- 1) Keluhan nyeri menurun.
- 2) Meringis menurun.
- 3) Sikap protektif menurun.
- 4) Gelisah menurun.
- 5) Frekuensi nadi membaik.

Intervensi:

- 1) Observasi:
 - a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri.
 - b) Identifikasi skala nyeri.
 - c) Identifikasi respon nyeri non verbal.

- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperpanjang nyeri.
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik.

2) Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/ dingin, terapi bermain).
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur.
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam strategi meredakan nyeri.

3) Edukasi:

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri.
- c) Ajarkan memonitor nyeri secara mandiri.
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat.
- e) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri.

4) Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

b. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasif.

Kriteria hasil menurut SLKI, 2017:

- 1) Kebersihan tangan meningkat.
- 2) Kebersihan badan meningkat.
- 3) Nafsu makan meningkat.
- 4) Demam menurun.
- 5) Kemerahan menurun.
- 6) Bengkak menurun.
- 7) Kadar sel darah putih membaik.

Intervensi:

1) Observasi:

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.

2) Terapeutik:

- a) Batasi jumlah pengunjung.
- b) Berikan perawatan kulit pada area edema.
- c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien.
- d) Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi.

3) Edukasi:

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
- c) Ajarkan etika batuk.

d) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi.

e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

4) Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian imunisasi, *jika perlu*.

c. Risiko hypovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan secara aktif.

Kriteria hasil menurut SLKI, 2017:

- 1) Kekuatan meningkat.
- 2) Turgor kulit meningkat.
- 3) Output urine meningkat.
- 4) Ortopnea menurun.
- 5) Dyspnea menurun.
- 6) Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun.
- 7) Edema anasarka menurun.
- 8) Edema perifer menurun.
- 9) Frekuensi nadi membaik.
- 10) Tekanan darah membaik.
- 11) Tekanan nadi membaik.
- 12) Kadar Hb membaik.
- 13) Kadar Ht membaik.

Intervensi:

1) Observasi:

a) Monitor frekuensi dan kekuatan nadi.

- b) Monitor frekuensi nafas.
 - c) Monitor tekanan darah.
 - d) Monitor berat badan.
 - e) Monitor waktu pengisian kapiler.
 - f) Monitor elastisitas atau turgor kulit.
 - g) Monitor jumlah, warna dan berat jenis urine.
 - h) Monitor kadar albumin dan monitor total.
 - i) Monitor hasil pemeriksaan serum (misal. Osmolaris serum, hematokrit, natrium, kalium, BUN).
 - j) Monitor intake dan output cairan.
 - k) Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (misal. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat).
 - l) Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (misal. Prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pankreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal.
- 2) Terapeutik:
- a) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien.
 - b) Dokumentasikan hasil pemantauan.

3) Edukasi:

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
- b) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.

d. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Kriteria hasil menurut SLKI, 2017:

- 1) Suhu tubuh membaik.
- 2) Suhu kulit membaik.
- 3) Kadar glukosa darah membaik.
- 4) Pengisian kapiler membaik.
- 5) Ventilasi membaik.
- 6) Tekanan darah membaik.

Intervensi:

1) Observasi:

- a) Identifikasi penyebab hipertermia (misal. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator).
- b) Monitor suhu tubuh.
- c) Monitor kadar elektrolit.
- d) Monitor keluaran urin.
- e) Monitor komplikasi akibat hipertermia.

2) Terapeutik:

- a) Sediakan lingkungan yang dingin.
- b) Longgarkan atau lepaskan pakaian.
- c) Basahi dan kipasi permukaan tubuh.

- d) Berikan cairan oral.
- e) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih).
- f) Hindari pemberian anti piretik atau aspirin.
- g) Berikan oksigen, jika perlu.

3) Edukasi:

Anjurkan tirah baring.

4) Kolaborasi:

Kolaborasi pemberian elektrolit jika perlu.

e. Defisit Pengetahuan Berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Kriteria hasil menurut SLKI,2017 :

- 1) Pasien dan keluarga mampu mengetahui tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan
- 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan
- 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan Kembali apa yang sudah dijelaskan oleh perawat.

Intervensi :

- 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien mengenai penyakitnya
- 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan caraa yang tepat
- 3) Gambarkan proses penyakit secara tepat dan tanda gelajanya
- 4) Diskusikan perubahan gaya hidup

5) Diskusikan pilihan terapi atau cara penanganannya.

6) Berikan pemahaman mengenai penyakitnya.

f. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan trauma jaringan

Kriteria hasil menurut SLKI,2017 :

- 1) Perfusi jaringan normal
- 2) Tidak ada tanda-tanda infeksi
- 3) Ketebalan dan tekstur jaringan normal
- 4) Menunjukkan terjadinya proses pembentukan luka

Intervensi :

- 1) Monitor warna dan suhu kulit
- 2) Monitor tekanan darah, nadi da RR
- 3) Berikan anti piretik
- 4) Kolaborasi pemberian cairan intavena
- 5) Tingkatkan sirkulasi udara
- 6) Berikan pengobatan untuk mencegah terjadinya menggigil.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter, P., & Perry, 2014).

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons klien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson.M.J, 2012)

Komponen tahap implementasi:

- 1) Tindakan keperawatan mandiri
- 2) Tindakan keperawatan edukatif
- 3) Tindakan keperawatan kolaboratif
- 4) Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan

5. Evaluasi keperawatan

Dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan

cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

1) Evaluasi Formatif (Proses)

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

- a) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- b) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- c) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- d) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

2) Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini

bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan (Setiadi, 2012), yaitu:

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

BAB III
TINJAUAN KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.W DENGAN GANGGUAN SISTEM
PENCERNAAN: APPENDISITIS POST APPENDIKTOMI
DIRUANG MAWAR 2 RSUD Dr. SOESELO
KABUPATEN TEGAL

A. Pengkajian Data

Tanggal Masuk Rumah Sakit	: 10 Januari 2022 Jam: 21.00 WIB
Tanggal Pengkajian	: 11 Januari 2022 Jam: 19.00 WIB
Ruangan Rumah Sakit	: Mawar 2 RSUD dr. Soeselo
Diagnosa Medis	: Appendisitis Post Appendiktomi

1. Biodata

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. W
Jenis Kelamin	: Perempuan
Usia	: 69 Tahun
T.T.L	: Tegal, 31 Desember 1952
Status	: Janda
Pendidikan	: SD
Suku Bangsa	: Jawa, Indonesia
Agama	: Islam
Alamat	: Margamulya, Kedung Banteng

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. S
 Umur : 47 tahun
 Alamat : Margamulya, Kedung Banteng
 Pekerjaan : Pedagang
 Hubungan dengan Pasien : Anak

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada daerah abdomen kanan bagian bawah

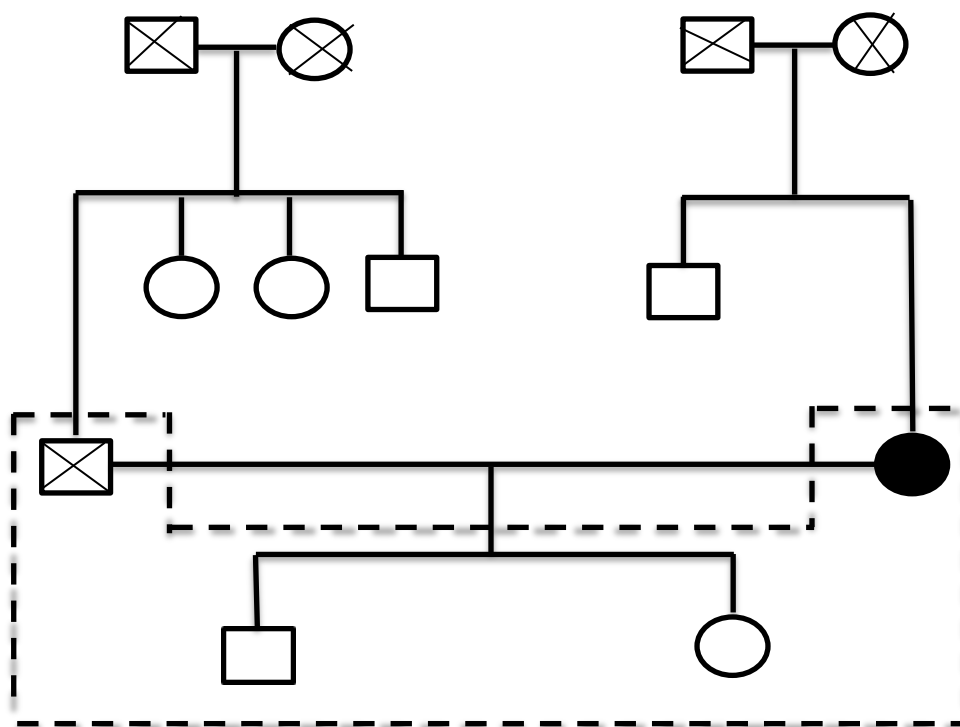
b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan Nyeri Perut kuadran kanan bawah sejak 3 hari yang lalu kemudian oleh keluarga pasien dibawa ke RSUD dr. Soeselo Slawi pada hari Senin 10 Januari 2022 di IGD pasien mendapatkan infus Clinimix 20 tpm kemudian dari IGD di sarankan untuk rawat inap di ruang Mawar 2. pada tanggal 11 Januari 2022 pasien dibawa keruang operasi pada jam 09.00 WIB. Pada saat pengkajian pasien mengatakan nyeri disebabkan luka operasi pada perut kuadran kanan bawah, terdapat nyeri tekan pada bagian luka post op appendiktomi yang tertutup kasa Panjang 10 cm, balutan tampak sedikit kotor, nyeri seperti ditekan-tekan, skala 5 dengan intensitas nyeri sedang, terasa saat digerakan, dalam kurun waktu 5-10 menit, terus menerus.

c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mengatakan baru pertama kali masuk ke rumah sakit dan mengalami penyakit ini dan tidak memiliki Riwayat penyakit DM, Hipertensi Maupun penyakit yang menular.

d. Genogram



Keterangan :

Laki-laki :

Perempuan :

Pasien :

Garis Perkawinan :

Garis Keturunan :

Tinggal rumah :

Gambar 3.1 genogram keluarga Ny.W

3. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum : Sedang
- b) Kesadaran : composmentis.
- c) Tanda-tanda Vital
 - Tekanan Darah : 130/85 mmHg
 - Denyut Nadi : 90 x/menit
 - Suhu Tubuh : 36,3 C
 - Pernafasan : 20 x/menit
 - Skala : 5 intensitas nyeri sedang
- d) Berat Badan : 40kg
- e) Tinggi Badan : 150 cm

b. Pemeriksaan Head to Toe

1. Kepala

a. Wajah dan Kulit Kepala

Bentuk wajah pasien simetris, ekspresi tampak meringis, rambut beruban tidak ada luka, tidak ada benjolan dan tidak ada nyeri tekan, kulit kepala tampak kotor.

b. Mata

Mata kanan dan kiri simetris, tampak sayu, konjungtiva anemis, sklera anikterik, fungsi penglihatan kurang baik, pupil anisokor.

c. Hidung

Lubang hidung kanan dan kiri simetris, terpasang NGT, fungsi penciuman normal.

d. Telinga

Lubang telinga bersih, fungsi pendengaran baik, tidak ada serum dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

e. Mulut

Gigi bersih, sedikit bau mulut, lidah sedikit kotor, bibir kering.

f. Leher

Tidak ada luka, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada kelainan kelenjar getah bening, tidak ada nyeri tekan.

g. Thorax dan Paru

Inspeksi : bentuk dada simetris antara kanan dan kiri, pernapasan : 20x permenit, pola nafas regular.

Palpasi : pada saat palpasi vocal premitus depan antara kanan dan kiri sama tidak ada benjolan dan nyeri tekan.

Perkusi : suara paru kanan dan kiri sonor.

Aukultasi : suara nafas vesikuler.

h. Jantung

Inspeksi : Ictus cordis Nampak, tidak ada luka pada dada.

Palpasi : Ictus cordis teraba pada ICS 5-6.

Perkusi : Suara jantung pekak.

Auskultasi : Terdengar BJ 1 – BJ 2 Lup-Dup regular.

i. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen rata, terdapat luka post op sepanjang 8cm.

Auskultasi : Bising usus terdengar lambat 12x/menit.

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada kuadran kanan bawah, tidak ada pembesaran hepar, terdapat nyeri pada *Mc. Berney*.

Perkusi : Bunyi abdomen tympani.

j. Ginjal

Fungsi ginjal bekerja dengan baik, urinaria lancar, terdapat sedikit nyeri tekan.

k. Genetalia

Pasien terpasang Dower Cateter (DC) dan tidak memakai pempers.

l. Muskuluskeletal

- a) Ekstremitas atas: Lengkap, bentuk simetris, tidak ada luka dan terpasang infus Clinimix 20 tpm pada tangan kanan, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, terdapat kekuatan otot 5 pada ektremitas atas.
- b) Ektremitas bawah: Pergerakan sendi bebas, tidak ada edema ekstremitas, terdapat kekuatan otot 4 pada ekstremitas

bawah, bentuk simetris, tidak ada luka, akan tetapi pasien kesulitan melakukan aktivitas karena nyeri pada perutnya.

5	5
4	4

Keterangan:

Tabel: 3.1 kekuatan otot

Skala	Kenormalan kekuatan Otot	Ciri
0	0	Paralisis total
1	10	Tidak ada gerakan, teraba atau terlihat adanya kontraksi otot.
2	25	Gerakan otot penuh menentang gravitasi, dengan songkongan.
3	50	Gerakan normal menentang gravitasi.
4	75	Gerakan normal penuh, menentang gravitasi dengan sedikit tahanan
5	100	Gravitasi normal penuh, menentang gravitasi dengan tahanan penuh.

m. Integument

Warna kulit sawo matang, tidak terdapat luka, tidak terdapat turgor kulit.

4. Pola Kegiatan Sehari-hari

a. Manajemen fungsi dan persepsi terhadap kesehatan

Pasien mengatakan sehat itu sangat penting karena bisa beraktivitas seperti biasa, jika pasien atau keluarga sakit segera dibawa ke puskesmas atau bidan terdekat.

b. Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum sakit: Pasien mengatakan makan 3x sehari dengan menu nasi, sayur, lauk pauk kadang di tambah buah. Pasien menghabiskan 1 porsi makan sehari. dan minum kurang lebih 8 gelas sehari dengan berat badan 40kg dan tidak menjalani diet.

Selama sakit: Pasien mengatakan makan 1x sehari dengan menghabiskan 3 sendok makan makanan dari Rumah Sakit dengan menu bubur, sayur dan tahu. Minum 5 gelas sehari.

c. Eliminasi Urinne dan Feses

1. Buang Air Kecil

Sebelum Sakit: Pasien mengatakan buang air kecil 4-5 kali sehari dengan warna dan bau yang khas.

Selama Sakit: Pasien mengatakan buang air kecil sama seperti sebelum sakit yaitu 4- 5 kali sehari yang dialirkan pada DC dengan bau dan warna yang khas.

2. Buang Air Besar

Sebelum sakit: Pasien mengatakan BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek bau dan warna feses yang khas dan tidak nyeri.

Selama sakit : Pasien mengatakan selama sakit belum BAB karena keras dan nyeri.

d. Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: Pasien mengatakan tidur malam jam dari jam 21.00 sampai jam 04.30 dan tidur siang kurang lebih 1 jam 13.00-14.00.

Selama Sakit: Pasien mengatakan tidur malam jam 12.00 dan tidurnya mudah terbangun karena nyeri pada perutnya.

e. Aktivitas dan Latihan

Tabel 3.2 Aktivitas dan Latihan

Pola AktIntra Venaitas	1	2	3	4	Keterangan
Makan dan Minum			V		1. Mandiri
Berpakaian			V		2. Dibantu Alat
Eliminasi		V			3. Dibantu Orang
Mobilisasi ditempat			V		4. Dibantu Alat dan Orang

f. Persepsi Kognitif

Pasien mengatakan tidak mengetahui secara pasti penyebab penyakit yang sekarang dideritanya. Pasien juga mengatakan belum pernah diajari melakukan perawatan luka secara mandiri dan pasien belum mengetahui hal apa saja yang bisa membantu penyembuhan luka post operasi.

g. Konsep Diri

Pasien mengatakan ikhlas menghadapi sakitnya serta pasien selalu berdoa agar diberi kesembuhan supaya bisa berkumpul dengan keluarganya dan bisa melakukan aktivitas seperti biasanya.

h. Peran dan Hubungan

Pasien mengatakan dirinya seorang ibu

i. Reproduksi dan Seksualitas

Pasien berjenis kelamin perempuan, juga seorang ibu dan memiliki 2 orang anak

j. Toleransi dan Koping

Pasien mengatakan selalu menceritakan hal apapun dengan keluarganya terutama pada anaknya.

k. Nilai dan Kepercayaan

Sebelum sakit pasien menganut agama islam dan melaksanakan sholat 5 waktu. Selama sakit pasien kesulitan untuk melaksanakan sholat 5 waktu pasien hanya berdoa untuk kesembuhannya.

5. Terapi Obat

Tabel 3.3 Terapi obat

NO	Nama Obat	Dosis	Cara pemberian
1.	Infus Clinimix 500ml	20 TPM	Intra Vena
2.	Meropenem 1gm	3x 500 mg	Intra Vena
3.	Ketorolac 30mg	2x 30 mg	Drip

Sumber: Rekamedik RSUD dr. Soeselo, 2022

6. Pemeriksaan Penunjang

Hasil tes laboratorium pada tanggal 11 Januari 2022 jam 22.31 WIB

Tabel 3.4 Pemeriksaan Laboratorium

Hematologi	Hasil	Nilai Normal
Leukosit	29,5	2,6 – 11,0
Eritrosit	L 3,7	3,60 – 5,20
Hemoglobin	L 10,9	11,7 – 15,5
Hematocrit	L 30	25 – 47
MCV	82	60 – 100
MCH	30	26 – 34
MCHC	36	32 – 36
Trombosit	336	150 – 400
DIFF COUNT		
- Eosinophil	L 0,10	2,00 – 4,00
- Basofil	0,10	0 – 1
- Netrofil	H 94,70	50 – 70
- Limfosit	L 2,90	25 – 40
- Monosit	2,20	2 – 8
- Netrofil Limfosit Ratio	H 32,66	< 3,13
MPV	8,5	7,2 – 11,1
RDN – SD	38,3	35,1 – 43,9
RDW – CV	12,6	11,5 – 14,5

Lanjutan Tabel 3.4 Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
LEKTROLIT		
Kalium	L 3,32	3,5 – 5,0
Natrium	L 120,9	135,0 – 147,0
Chlorida	L 89,2	95,0 – 105,0
Calcium	L 1,01	1,12 – 1,32
GDS	102	75 – 140
Ureum	24,4	17,1 – 42,8

Sumber: Labolatorium RSUD dr. Soeselo, 2022

Tabel 3.5 pemeriksaaan Labolatorium pada tanggal 13 januari 2022

Hematologi	Hasil	Nilai Normal
Leukosit	20,5	2,6 – 11,0
Eritrosit	L 4,7	3,60 – 5,20
Hemoglobin	L 13,9	11,7 – 15,5
Hematocrit	L 30	25 – 47
MCV	82	60 – 100
MCH	30	26 – 34
MCHC	36	32 – 36
Trombosit	336	150 – 400
DIFF COUNT		
- Eosinophil	L 0,10	2,00 – 4,00
- Basofil	0,10	0 – 1
- Netrofil	H 94,70	50 – 70
- Limfosit	L 2,90	25 – 40
- Monosit	2,20	2 – 8
- Netrofil Limfosit Ratio	H 32,66	< 3,13

Sumber: Labolatorium RSUD dr. Soeselo, 2022

7. Analisa Data

Tabel 3.6 Analisa Data

No	Hari / tanggal	Data	Etiologi	Problem
I	11 Januari 2022. Jam 19.10	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri pada perut kuadran kanan bawah.</p> <p>P: Pasien mengatakan nyeri disebabkan karena luka operasi.</p> <p>Q: Pasien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, nyeri dengan intensitas sedang</p> <p>R: Pasien mengatakan nyeri pada perut kuadran kanan bawah.</p> <p>S: Skala nyeri 5, seperti ditekan-tekan</p> <p>T: Pasien mengatakan nyeri dirasakan terus-menerus.</p> <p>DO: Wajah pasien tampak meringis menahan nyeri, pasien tampak gelisah, terdapat luka post operasi pada abdomen kanan bawah sepanjang 8cm, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, terdapat nyeri tekan pada area luka operasi.</p> <p>TTV : TD : : 130/85 mmHg</p>	<p>Agen</p> <p>Pencedera</p> <p>Fisik</p>	<p>Nyeri</p> <p>Akut</p>

Lanjutan tabel 3.6 Analisa Data

No	Hari /tgl	Data	Etiologi	Problem
II	11 Januari 2022	<p>DS : Pasien mengatakan telah di lakukan operasi.</p> <p>DO : Terdapat luka post OP ditutup kasa sepanjang 10 cm pada perut bagian kanan bawah, dengan keadaan luka yang masih basah, tidak ada kenaikan suhu, S: 36,5°C, leukosit 29.500/mm³.</p>	Efek Prosedur Invasif	Risiko Infeksi
III	11 Januari 2022	<p>DS : Pasien mengatakan belum mengetahui secara pasti penyebab penyakit yang sekarang dideritanya. pasien mengatakan belum mengetahui hal apa saja yang bisa membantu penyembuhan luka post operasi.</p> <p>DO : Pada saat di tanya pasien menunjukan ekspresi bingung.</p>	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan

B. Diagnosis Keperawatan

Tabel 3.7 Diagnosis Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Timbul	Tanggal Teratasi	Paraf
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera Fisik	11 januari 2022	13 januari 2022	<i>Tamara</i>
2.	Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	11 januari 2022	13 januari 2022	<i>Tamara</i>
3.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	11 januari 2022	13 januari 2022	<i>Tamara</i>

C. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan

No dx	Tanggal	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Paraf
I	11 Januari 2022	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. TTV membaik	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri. 3. Kolaborasi pemberian analgetik.	<i>Tamara</i>

Lanjutan Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan

No dx	Tanggal	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Paraf
II	11 Januari 2022	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan badan meningkat. 2. Nafsu makan meningkat. 3. Nyeri menurun. 4. Kadar sel darah putih membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi. 2. Lakukan tindakan perawatan luka 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 4. Kolaborasi pemberian antibiotik. 	Tamara
III	11 Januari 2022	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 30 menit diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menjelaskan tentang penyakit meningkat. 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. 4. Berikan kesempatan untuk bertanya 	Tamara

D. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

Hari / Tgl	Dx. Kep	Implementasi	Respon	Paraf
12 Januari 2022 Jam: 08.00	I	1.Mengidentifikasi skala nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	DS: Pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan bawah P : Nyeri luka operasi Q : Nyeri bertambah saat bergerak, nyeri sedang R : Di abdomen kanan bawah S : Skala 5, seperti ditekan-tekan T : Terus – menerus DO:Ekspresi wajah meringis	<i>Tamara</i>
12 Januari 2022 Jam: 10.15	I	2. Mengajarkan Teknik non farmakologis untuk meredakan nyeri: mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	DS : Pasien bersedia melakukan teknik relaksasi DO : Pasien mengikuti teknik relaksasi yang perawat ajarkan.	<i>Tamara</i>

Lanjutan Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

Hari/ Tgl	Dx. Kep	Implementasi	Respon	Paraf
12 Januari 2022 Jam: 08.15	I	3.Mengkolaborasi pemberian analgetik: ketorolac 2 x 30 mg	DS : Pasien mengucapkan terimakasih DO : Obat ketorolac masuk melalui flabot (drip)	<i>Tamara</i>
12 Januari 2022 Jam. 08.20	II	1.Mengkolaborasi pemberian antibiotic meropenem 3 x 500 mg melalui intra vena	DS : Pasien mengatakan terimakasih. DO : Obat meropenem 3 x 1 masuk melalui intra vena.	<i>Tamara</i>

Lanjutan Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

Hari / Tgl	Dx. Kep	Implementasi	Respon	Paraf
12 Januari 2022 Jam. 08.30	II	2.Melakukan perawatan luka : ganti balut	DS: Pasien mengatakan bersedia untuk dilakukan perawatan luka. DO:Pasien sedang dilakukan perawatan luka dengan diganti balut, terdapat luka post operasi pada abdomen kanan bawah yang ditutup kasa sepanjang 10 cm, terdapat sedikit darah yang menempel pada kasa, tidak ada kemerahan sekitar luka, pasien tampak meringis menahan nyeri saat balutan dibuka.	<i>Tamara</i>

Lanjutan Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

Hari / Tgl	Dx. Kep	Implementasi	Respon	Paraf
12 Januari 2022 Jam. 08.00	II	3. Memonitor tanda infeksi dengan melihat tanda infeksi seperti nyeri, pembengkakan dan kemerahan.	DS: Pasien mengatakan telah melakukan operasi DO: Pada abdomen kanan bawah terdapat luka post OP appendisitis sepanjang 8 cm, ada nyeri tekan pada area luka operasi, keadaan luka masih basah dan sedikit keluar darah pada, luka tidak berbau, sedikit kemerahan, tidak ada pembengkakan, tidak ada kenaikan suhu S : 36,5°C, Leukosit : 29.500/mm ³ .	<i>Tamara</i>

Lanjutan Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

Hari / Tgl	Dx. Kep	Implementasi	Respon	Paraf
13 Januari 2022 07.30	I	1. Mengidentifikasi ulang skala nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	DS: Pasien mengatakan nyeri hanya sesekali merasakannya, hilang timbul, seperti ditusuk-tusuk. DO: Ekspresi wajah Meringis ketika nyeri muncul, skala 3-4, durasi 5-7 menit	<i>Tamara</i>
13 Januari 2022 08.00	I	2. Mengkolaborasi pemberian analgetik: ketorolac 2 x 30 mg	DS : Pasien mengucapkan terimakasih DO : Obat ketorolac masuk melalui flabot (drip).	<i>Tamara</i>
13 Januari 2022 07.30	II	1. Mengganti verbed atau laken	DS : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman DO : Pasien terlihat lebih nyaman dan bad terlihat lebih rapih	<i>Tamara</i>

Lanjutan Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan

Hari / Tgl	Dx. Kep	Implementasi	Respon	Paraf
13 Januari 2022	II	2.Memberikan injeksi obat meropenem 3x500 mg intravena	DS : Pasien mengatakan terimakasih DO: Obat meropenem 3 x 1 masuk melalui intra vena	<i>Tamara</i>
12 Januari 2022 Jam. 08.30	III	1.Mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya	DS: Pasien mengatakan tidak mengetahui secara pasti tentang penyakitnya. DO:Pasien terlihat bingung ketika ditanya tentang penyakitnya	<i>Tamara</i>
13 Januari 2022 Jam. 09.00	III	2.Meyediakan materi dan media pendidikan kesehatan	DS :Pasien mengatakan siap diberikan pendidikan kesehatan DO : Materi pendidikan kesehatan mengenai penyebab appendisitis dan makanan tinggi protein	<i>Tamara</i>
13 Januari 2022 jam 09.20	III	3.Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya	DS: Pasien menjawab DO:Pasien menjawab bahwa makanan yang tinggi protein adalah susu, telur dan ikan- ikan laut.	<i>Tamara</i>

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan Hari ke- 1

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
12 Januari 2022	I	<p>S : Pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan bawah sedikit berkurang setelah melakukan relaksasi.</p> <p>P : Nyeri karena luka operasi</p> <p>Q : nyeri saat bergerak, nyeri sedang</p> <p>R : Di abdomen kanan bawah</p> <p>S : Skala 4, seperti dipotong-potong</p> <p>T : Terus – menerus</p> <p>O : Meringis dan gelisah tampak sedikit berkurang.</p> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji Nyeri (PQRST) 2. Ajarkan Teknik Relaksasi 3. Kolaborasi pemberian analgetik 	<i>Tamara</i>

Lanjutan tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan Hari ke- 1

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
12 Januari 2022	II	<p>S : Pasien mengatakan sudah lebih nyaman setelah di ganti balut pada lukanya.</p> <p>O : Luka pasien tampak basah</p> <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan perawatan luka 2. Kolaborasi Pemberian Antibiotik 	<i>Tamara</i>
12 Januari 2022	III	<p>S : Pasien mengatakan belum paham mengenai penyebab penyakitnya</p> <p>O : Pada saat ditanya pasien menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalahnya</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meyediakan materi dan media pendidikan Kesehatan 	<i>Tamara</i>

Lanjutan Tabel 3.10 Evaluasi Keperawatan Hari ke- 2

Tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
13 Januari 2022	I	<p>S : Pasien mengatakan nyeri berkurang karena menerapkan teknik relaksasi yang sudah di ajarkan</p> <p>P : Nyeri karena luka operasi</p> <p>Q : nyeri saat bergerak</p> <p>R : Perut kuadran kanan bawah</p> <p>S : Skala 3, seperti ditusuk-tusuk</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O : Meringis dan gelisah menurun</p> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	<i>Tamara</i>
13 Januari 2022	II	<p>S : Pasien mengatakan lebih nyaman.</p> <p>O : Terdapat luka post OP yang ditutup kasa sepanjang 10 cm pada perut bagian bawah, kasa kering, Leukosit: 20,5 u/dl</p> <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	<i>Tamara</i>
13 Januari 2022	III	<p>S : Pasien mengatakan sudah paham mengenai penyebab penyakitnya</p> <p>O: Pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyakit yang sedang diderita</p> <p>A: Masalah Teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p>	<i>Tamara</i>

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada Bab ini penulis akan menggambarkan lebih detail asuhan keperawatan pada Ny.W dengan gangguan sistem pencernaan : appendisitis post appendektomi di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal. Pembahasan yang akan dipaparkan oleh penulis yaitu pengelolaan selama 2 hari pada tanggal 12-13 Januari 2022.

Dimana dalam memberikan asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan meliputi pengkajian, Diagnosis Keperawatan, Intervensi Keperawatan dan Evaluasi Keperawatan. Penulis menggunakan pengkajian dan penilaian klinis untuk merumuskan hipotesis, atau penjelasan tentang penyajian masalah actual atau potensial, risiko atau peluang promosi Kesehatan. Semua Langkah-Langkah ini membutuhkan pengetahuan tentang konsep-konsep yang mendasari ilmu keperawatan selama pola diidentifikasi sesuai data klinis atau penetapan diagnosis yang akurat

A. Pengkajian

Pengkajian mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misal tanda vital, wawancara pasien/ keluarga, pemeriksaan fisik) dan peninjauan informasi Riwayat pasien yang diberikan oleh pasien / keluarga, atau yang ditemukan dalam rekam medik (Andra, 2016).

Pengkajian pada Ny.W dengan gangguan sistem pencernaan: appendisitis post appendektomi di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten

Tegal. Dilakukan pada tanggal 11 Januari 2022 melalui pemeriksaan fisik dan wawancara dengan pasien dan keluarga nya. Hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny.W, diperoleh data klien bernama Ny.W, berjenis kelamin perempuan, usia 69 tahun, status menanda, agama islam, suku bangsa Jawa – Indonesia, Pendidikan SD, alamat Margamulya Kedung Banteng. Selain itu didapatkan data antara lain: data subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen kanan bawah, seperti di tekan-tekan, terasa saat digerakan, terus menerus, pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post op dengan intensitas nyeri sedang, pasien mengatakan belum paham tentang penyakitnya. Data objektif: Ekspresi wajah meringis, tampak menahan nyeri, skala nyeri 5 dalam durasi waktu 5-10 menit, terdapat nyeri tekan pada bagian luka post op appendiktomi yang tertutup dengan kasa Panjang 10 cm, TTV: TD: 130/85 mmHg, S : 36,3 c, N : 90x permenit, RR : 20x permenit, balutan tampak kotor, leukosit tinggi : 29,500 u/l, pasien maupun keluarga nampak bingung Ketika ditanya mengenai penyakit appendisit.

B. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 11-13 Januari 2022 dirumuskan tiga diagnosis yang muncul pada Ny.W yaitu :

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri akut adalah pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (*International Association For The Study Of Pain*): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas nyeri ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.

Secara Teori untuk mengangkat diagnosis nyeri akut maka harus terdapat Batasan karakteristik sebagai berikut: perubahan selera makan, perubahan tekanan darah, perubahan frekuensi jantung, perubahan frekuensi pernapasan, gangguan tidur, mengekspresikan perilaku (misal: gelisah, merengek, meringis bahkan menangis), perubahan posisi tubuh untuk menghindari nyeri.

Berdasarkan hasil pengkajian tanggal 11 Januari 2022 didapatkan data subjektif: Pasien mengatakan nyeri disebabkan luka operasi pada perut kanan bawah, seperti ditekan-tekan, terasa saat digerakkan, intensitas nyeri sedang namun mengganggu aktivitas. Data obyektif: ekspresi wajah meringis, tampak menahan rasa nyeri, skala 5 dalam durasi waktu 5-10 menit, terdapat nyeri tekan pada bagian luka post op appendektomi yang tertutup kasa Panjang 10 cm, TTV: TD: 130/85 mmHg, S : 36,3 c, N : 90 x permenit, RR : 20 x permenit. Penulis menegakkan diagnosis ini karena berdasarkan data pengkajian pada pasien ada kesesuaian dengan Batasan karakteristik yang ada.

Penulis mengangkat nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik sebagai diagnosis utama karena berdasarkan Hierarki Maslow prioritas diagnosis yang diatasi pertama kali adalah kebutuhan fisiologis, sedangkan nyeri merupakan bagian dari kebutuhan fisiologis dan pemenuhannya harus diutamakan untuk mempercepat proses penyembuhan. Selain itu jika nyeri tidak diatasi terlebih dahulu maka masalah keperawatan yang lain juga tidak akan teratasi sehingga memperkuat keputusan nyeri akut berhubungan dengan agen pcedera fisik sebagai diagnosis utama.

2. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Risiko infeksi adalah mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik. Secara teori untuk mengangkat diagnosis risiko infeksi maka harus terdapat Batasan karakteristik sebagai berikut: ketidakadekuatan pertahanan sekunder, prosedur invasif, pemajanan terhadap pathogen lingkungan meningkat dan pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan pathogen (SDKI,2017).

Berdasarkan hasil pengkajian tanggal 11 Januari 2022 didapatkan data subjektif: pasien mengatakan nyeri pada area sekitar luka post op. Data objektif: terdapat luka post op yang tertutup kasa Panjang 10 cm, luka tampak kotor, Leukosit 29,500 u/l, S: 36,3 c.

Penulis menegakkan diagnosis ini karena berdasarkan data pengkajian pada pasien ada kesesuaian dengan batasan karakteristik yang ada, Berdasarkan Hierarki Maslow, risiko infeksi termasuk dalam kebutuhan dan keselamatan, diagnosis ini menjadi diagnosis kedua karena

masalah risiko infeksi ini masih potensial, jadi masih bisa untuk dicegah, sehingga memperkuat penulis untuk mengangkat diagnosis risiko tinggi infeksi ini menjadi diagnosis kedua.

3. Defisit Pengetahuan tentang penyakit appendisitis berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Definisi pengetahuan adalah kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu. Batasan karakteristik untuk diagnosis ini yaitu: menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi keliru terhadap masalah dan menunjukkan perilaku berlebihan (SDKI, 2017).

Secara teori untuk mengangkat diagnosis kurang pengetahuan maka harus terdapat Batasan karakteristik sebagai berikut: perilaku hiperbola, ketidakakuratan mengikuti perintah, ketidakakuratan mengikuti tes, perilaku tidak tepat misalnya bingung, histeris, agitasi, apatis dan pengungkapan masalah (SDKI, 2017).

Berdasarkan hasil pengkajian tanggal 11 Januari 2022 didapatkan data subjektif: Pasien dan keluarga pasien mengatakan belum paham tentang penyakitnya. Data objektif: Pasien dan keluarga pasien nampak bingung Ketika ditanya tentang penyakitnya.

Penulis menegakkan diagnosis ini karena berdasarkan data pengkajian pada pasien ada kesesuaian dengan Batasan karakteristik yang ada. Penulis angkat diagnosis ini karena bagaimanapun hal ini memerlukan penanganan yang tepat dan jelas dalam memberikan informasi karena jika

tidak ditangani secara tepat bisa terjadi salah persepsi antar tenaga Kesehatan dan pasien maupun keluarga pasien. Prioritas masalah Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ini dirumuskan sebagai diagnosis ketiga, karena menurut Hierarki Maslow kurang pengetahuan termasuk pada tingkat akhir dan termasuk dalam kebutuhan aktualitas diri.

Diagnosis keperawatan yang ada pada teori tetapi tidak ada pada tinjauan kasus (kasus pada Ny.W) ada 3 diagnosis, diantaranya :

a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Hipertermi merupakan suatu kondisi suhu tubuh di atas rentang normal karena kegagalan termogulasi yang dapat mengakibatkan risiko kejang demam pada penderitanya (Sodikin, 2016). Secara teori untuk memunculkan diagnosis tersebut harus ada batasan karakteristik yang harus terpenuhi yaitu: kulit merah, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat (SDKI, 2017).

Dari Data pengkajian pada tanggal 11 Januari 2022 didapatkan data sebagai berikut: Data subjektif: pasien mengatakan badannya tidak demam. Data objektif: S: 36,3°C, N: 90 x permenit, RR: 20 x permenit, akral teraba dingin. Melihat data-data yang didapatkan dari referensi dan Analisa data tidak ditemukan data yang mendukung munculnya diagnosis Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, sehingga diagnosis tersebut tidak dimunculkan.

b. Risiko Hypovolemia dibuktikan dengan kehilangan cairan secara Aktif

Risiko Hypovolemia adalah berisiko mengalami penurunan volume cairan yang dapat mengganggu Kesehatan. Secara teori untuk mengangkat diagnosis Hipovolemia adalah penurunan volume cairan intravaskuler, interstitial dan intraseluler. Batasan karakteristik hipovolemia yaitu: perfusi nadi meningkat, nadi menyempit, merasa lemah, mengeluh haus volume urine menurun, hematokrit meningkat. (SDKI, 2017)

Berdasarkan hasil pengkajian tanggal 11 januari 2022 didapatkan data: terdapat luka post op pada abdomen kanan bawah yang tertutup kasa Panjang 10 cm, tidak ada perdarahan pada luka, dan hematokrit dalam batas normal 30 %. Melihat data-data yang didapat dari referensi dan Analisa data tidak ditemukan data-data yang mendukung meunculnya diagnosis risiko hypovolemia, sehingga diagnosis tersebut tidak dimunculkan.

c. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan trauma jaringan

Kerusakan integritas jaringan adalah kerusakan pada jaringan mukosa, kornea, integument, atau subkutan. Secara teori untuk memunculkan diagnosis ini terdapat Batasan karakteristik yaitu : kerusakan jaringan misalnya pada kornea, membrane mukosa, integument atau subkutan (SDKI, 2017).

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 11 Januari 2022 penulis menemukan data turgor kulit baik, elastisitas kulit baik, CRT <3 detik,

terdapat luka post op yaitu pada bagian abdomen kanan bawah yang tertutup kassa 10 cm, tidak terjadi infeksi yang menyebar pada permukaan kulit lainnya.

Melihat data-data yang didapat dari reверensi dan Analisa data ditemukan kerusakan jaringan berupa luka bekas operasi namun sudah dilakukan intervensi pada diagnosis risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif sehingga diagnosis tersebut tidak penulis menculkan.

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai perawatan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seseorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/pasien. Dengan menggunakan pengetahuan keperawatan, perawat melakukan dua intervensi yaitu mandiri/independen dan kolaborasi/interdisipliner (Budiono, 2018).

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 11 Januari 2022 pada Ny.W didapatkan diagnosis keperawatan dengan intervensi sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Tujuan keperawatan pada diagnosa nyeri akut berhubungan Dengan agen pencedera fisik yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama 2 x 24 jam diharapkan keluhan nyeri teratasi dengan kriteria hasil: Nyeri berkurang dengan skala 1-3, mampu Mengenali nyeri (skala, intensitas,

frekuensi, dan tanda nyeri), TTV dalam batas normal (TTD : 120/80. S: 36,5-37,5°C, N: 60-100x/menit, RR: 16-24 x/menit).

Penulis menangani diagnosis ini dengan intervensi: Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, Lakukan pemeriksaan TTV, Ajarkan teknik non farmakologis Kolaborasi pemberian obat analgesik.

2. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, Diharapkan risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: kebersihan badan meningkat. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah infeksi, keluhan nyeri menurun 1-3, leukosit dalam batas normal.

Penulis menangani diagnosis ini dengan intervensi: Monitor Tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal, Lakukan perawatan luka Dengan teknik septik, Kolaborasi pemberian antibiotik.

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 30 menit, diharapkan pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit Appendisitis bertambah dengan kriteria hasil: pasien dan keluarga paham tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab, serta Dapat menjawab pertanyaan yang diberikan mengenai penyakit Appendisitis.

Penulis menangani diagnosis ini dengan intervensi: kaji tingkat Pengetahuan pasien tentang proses penyakit spesifik, jelaskan Patofisiologi dari penyakit Appendisitis, jelaskan tanda dan gejala Yang biasa muncul

pada penyakit Appendisitis dengan tepat, jelaskan Proses penyakit Appendisitis dengan tepat, Identifikasi kemungkinan Penyebab penyakit Appendisitis dengan cara yang tepat, Evaluasi tingkat pemahaman pasien.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu menangani masalah status kesehatan yang dialami pasien supaya meningkat ke status yang diharapkan. Dalam pelaksanaannya, perawat dapat melakukan tindakan mandiri dan berkolaborasi dengan sesama tim atau dengan tim kesehatan lainnya. (Nofianti, 2020).

Berdasarkan pengkajian tanggal 11 januari 2022 didapatkan tiga diagnosis yang akan dilakukan tindakan keperawatan (Implementasi) sebagai berikut:

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Sesuai dengan yang sudah direncanakan, Tindakan yang akan dilakukan pada diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik antara lain:

Implementasi tanggal 12 Januari 2022:

- a. Mengkaji nyeri secara komperhensif (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, durasi, kualitas dan intensitas nyeri).
- b. Mengukur TTV
- c. Memberikan terapi injeksi obat ketorolac 3 x 30 mg
- d. Mengajarkan Teknik relaksasi (nafas dalam)

Implementasi tanggal 13 Januari 2022:

- a. Mengkaji ulang nyeri secara komperhensif
 - b. Mengukur TTV
 - c. Memberikan terapi injeksi obat ketorolac 2 x 30 mg
2. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

Sesuai dengan yang sudah direncanakan, Tindakan yang akan dilakukan pada diagnosis risiko infeksi dibuktikan efek prosedur invasif antara lain:

Implementasi tanggal 12 Januari 2022:

- a. Mengkaji adanya tanda-tanda penyebaran infeksi
- b. Melakukan perawatan luka
- c. Memberikan terapi injeksi obat meropenem 3 x 500 mg

Implementasi Tanggal 13 Januari 2022:

- a. mengganti verbed atau laken
 - b. memberikan terapi injeksi obat meropenem 3 x 500 mg
3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Sesuai dengan yang sudah direncanakan, Tindakan yang akan dilakukan pada diagnosis defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi antara lain:

Implementasi tanggal 12 Januari 2022:

- a. Mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya

Implementasi tanggal 13 Januari 2022:

- a. Melakukan Pendidikan Kesehatan tentang appendisit

- b. Mengevaluasi pengetahuan pasien tentang penyakit appendisitis setelah dilakukan Pendidikan Kesehatan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011). Dan dalam Menyusun evaluasi menggunakan SOAP. (Mardalena, 2018).

Setelah penulis melakukan beberapa implementasi/tindakan keperawatan Selama 2 hari dari tanggal 12-13 januari 2022 didapatkan evaluasi sebagai Berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen Pencedera fisik.

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan Sebelumnya, implementasi keperawatan di anggap berhasil jika masalah Dapat teratasi, yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil. Dalam masalah nyeri ini ada beberapa kriteria hasil yang menjadi Indicator keberhasilannya tindakan yaitu: Keluhan Nyeri berkurang dengan skala 1 - 3, Mampu mengenali nyeri (skala Intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri), TTV dalam batas normal (TD :120/80, S: 36,5-37,5°C, N: 60-100 x/menit, RR: 16-24 x/menit).

Evaluasi pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan Dengan agen cedera fisik yang dilakukan pada tanggal 12 januari 2022

penulis menemukan data subyektif: Pasien menyatakan nyeri pada abdomen kanan bawah yang disebabkan karena luka operasi, seperti ditekan-tekan, terasa saat digerakan, nyeri terus menerus. data obyektif: Ekspresi wajah menyeringai tampak menahan nyeri berkurang, skala 4 durasi nyeri 5-10 menit, Terdapat nyeri tekan pada bagian luka post op, Terdapat luka post op yang ditutup kasa panjang \pm 10 cm. TTV: TD: 130/85 mmhg. S: $36^{\circ}3$ c, N: 90 x permenit, RR: 20 x permenit.

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada Maka dapat disimpulkan masalah diagnosis keperawatan nyeri akut Berhubungan dengan agen cedera fisik belum teratasi kerena belum ada Kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis Menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planning selanjutnya.

Evaluasi pada diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yang dilakukan pada tanggal 13 januari 2022 penulis menemukan data subyektif : pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan bawah yg disebabkan karena luka post op berkurang , nyeri seperti di tusuk-tusuk, terasa saat di gerakan, nyeri hilang timbul.Data obyektifnya adalah klien tampak rileks dan sekali menyeringai menahan nyeri, Skala nyeri 3 durasi 5-7 menit, terdapat nyeri tekan pada bagian luka post op, Terdapat luka post op yang ditutup kasa panjang \pm 10 cm. TTV : TD :120/80 mmhg, S : $36,5^{\circ}$ c, N : 85 x permenit, RR : 23 x permenit.

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dapat teratasi karena ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dihentikan pada planning selanjutnya karena masalah sudah teratasi.

2. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan Sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi, yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil. Dalam masalah Risiko infeksi ini ada beberapa kriteria hasil yang menjadi indikator keberhasilannya yaitu pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi (rubor, dolor, color, tumor, dan fungsiolesa). Menunjukkan kemampuan untuk menjaga kebersihan, jumlah leukosit dalam batas normal.

Evaluasi pada diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yang dilakukan pada tanggal 12 januari 2022 penulis menemukan data subyektif: pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka. Data obyektif: pasien tampak rileks dan tenang, kondisi luka cukup bersih Leukosit :29,5 μ /I S : 36,3°C, tidak ada tanda-tanda kehilangan fungsi pada organ lain, Terdapat luka post op yang ditutup kasa panjang \pm 10 cm.

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada Maka dapat disimpulkan masalah diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif belum teratasi kerana belum ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah diterapkan, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planning selanjutnya.

Evaluasi pada diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 penulis menemukan data subyektif : pasien menyatakan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka dan data obyektif seperti pasien tampak rileks dan tenang, kondisi luka cukup bersih, kulit tidak tampak kemerahan pada daerah sekitar luka, Suhu: 36,3 °C, Leukosit : 20,5 μ /I , tidak ada tanda-tanda kehilangan fungsi pada organ lain, Terdapat luka post op yang ditutup kasa panjang \pm 10 cm.

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif dapat teratasi kerana ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dihentikan pada planning selanjutnya kerana masalah sudah teratasi.

3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan Sebelumnya, implementasi keperawatan dianggap berhasil jika masalah dapat teratasi, yang ditandai dengan adanya beberapa kriteria hasil Dalam

masalah kurang pengetahuan pasien ini ada beberapa kriteria hasil yang menjadi indikator keberhasilannya yaitu pasien dan keluarga paham tentang pengertian, tanda dan gejala, penyebab, serta cara mencegah Appendisitis, Dapat menjawab pertanyaan yang diberikan mengenai penyakit Appendisitis.

Evaluasi pada diagnosis keperawatan kurang pengetahuan pasien dan keluarga berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit appendisitis yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 penulis menemukan data subyektif: Keluarga pasien dan pasien mengatakan paham tentang penyakit appendisitis seperti pengertian, penyebab, dan pencegahan dan data obyektif pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan oleh perawat tentang pengertian, penyebab dan pencegahan appendisitis

Melihat kriteria hasil tersebut dengan data evaluasi yang ada Maka dapat disimpulkan masalah diagnosis keperawatan Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi tentang Penyakit Appendisitis dapat terasatasi kerana ada kesesuaian dengan Kriteria hasil yang sudah ditetapkan, maka penulis menetapkan bahwa Intervensi dihentikan pada planning selanjutnya kerana masalah sudah Teratasi.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny.W dengan gangguan sistem pencernaan : appendisitis post appendiktomi diruang mawar 2 RSUD dr. Soesele Kabupaten Tegal pada tanggal 12-13 Januari 2022, sebagai Langkah terakhir dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini maka penulis dapat mengambil simpulan antara lain :

1. Appendisitis merupakan penyakit yang menyerang pada saluran pencernaan yang dapat mengakibatkan peradangan sehingga dapat dilakukan dengan proses pembedahan.
2. Pengkajian yang dilakukan pada Ny.W, diperoleh data pasien Bernama Ny.W dan didapatkan data subjektif : pasien mengatakan nyeri pada bagian abdomen kanan bawah yang disebabkan karena proses pembedahan. Seperti disayat-sayat, terasa saat digerakkan, terus menerus, pasien mengatakan nyeri dan terasa basah pada luka post op, pasien belum paham mengenai penyakitnya.
3. Diagnosis yang muncul pada kasus Ny.W ada 3 yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif, dan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi mengenai penyakit appendisitis ini

4. Intervensi direncanakan sesuai dengan diagnosis yang muncul. Untuk mengatasi nyeri akut, intervensinya: Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif, Ajarkan Teknik non farmakologik, Kolaborasi pemberian obat analgesik. Untuk menangani diagnosis risiko infeksi, intervensinya: Lakukan tindakan perawatan luka, Monitor tanda dan gejala infeksi, Kolaborasi pemberian antibiotic. Untuk mengatasi diagnosa Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, intervensinya: Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Sediakan materi dan media pendidikan Kesehatan, Berikan kesempatan untuk bertanya.
5. Implementasi yang penulis lakukan sesuai dengan intervensi yang telah disusun sebelumnya yaitu : Mengkaji nyeri secara komperhensif, mengukur TTV, Memberikan terapi injeksi obat ketorolac 2x30 mg, Mengajarkan Teknik relaksasi (nafas dalam), Mengganti verbed atau laken, Mengkaji adanya tanda-tanda infeksi, Melakukan Perawatan Luka, Memberikan terapi injeksi obat meropenem 3x500 mg, Mengkaji pengetahuan pasien tentang penyakitnya, Melakukan Pendidikan Kesehatan tentang penyakit appendisitis, Mengevaluasi pengetahuan pasien tentang penyakit appendisitis setelah dilakukan Pendidikan Kesehatan.
6. Hasil evaluasi keperawatan pada Ny.W dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi pada ke-3 diagnosis keperawatan yang muncul dapat teratasi semua.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi bagi peneliti tentang asuhan keperawatan dengan masalah appendisitis post appendiktomi, selain itu tugas akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu cara peneliti dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di dalam perkuliahan.

2. Bagi Rumah Sakit

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada bidang pelayanan kesehatan mengenai Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Appendisitis Post Appendiktomi sehingga dapat menjadi perantara untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Akademik diharapkan lebih banyak materi kepada para mahasiswa yang disediakan di perpustakaan dan bimbingan melakukan pengkajian secara tepat dan mengambil diagnosis secara tepat menurut pengkajian yang didapatkan, sehingga tidak muncul masalah yang lebih berat.

4. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperoleh gambaran tentang aplikasi teori Asuhan Keperawatan Pasien dengan Appendisitis post appendiktomi secara langsung.

DAFTAR PUSTAKA

- Andika, Dkk (2021) Karakteristik appendicitis pada pasien di rumah sakit umum medan, *Jurnal Ilmiah Kohesi Vol. 5*
- Ananda, (2021). *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 8 vol.2*. Jakarta : EGC
- Ariska & Ali, (2019), Pengaruh Kebiasaan Konsumsi Makanan Cepat Saji Terhadap Kesehatan, *Jurnal Kesehatan Surya Mitra Husada, 1-7*
- Corwin, (2016). Gambaran Penggunaan obat pada pasien Appendisitis terhadap Kesehatan usus di rumah sakit annisa cikarang, *Jurnal Ilmiah Indonesia, September 2021, Vol 1 (9)*.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2018) *Profil Kesehatan*. Jawa Tengah
- De Jong. (2017). Pengaruh Konsumsi junk food Terhadap Kejadian Appendisitis. Program Studi Keperawatan Universitas Gunadarma: Jakarta. *Jurnal Kesmas Untika Luwuk: Publik Health Journal, Juli 2018, Volume 11*
- Endeh. (2013) Terapi Alternatif dan Komplementer dalam Bidang Keperawatan: Jakarta. *Jurnal Kesehatan(Diakses Pada Tanggal 19 Januari 2015)*.
- Gloeman & Other, (2019). Kebiasaan Konsumsi Makan Junk Food Pada Siswi SMP Yogyakarta. *Journal Of Chemical Information and Modeling*.
- Hanum, (2020). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan*, Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Hasanah, (2016). Teknik-teknik Observasi. *Jurnal Ilmiah Vol. 21-46*.
- Hermawan, (2019). *Proses Metodologi Penulisan Karya Tulis Ilmiah*.
- Hidayatulah, (2014). Faktor Risiko Kejadian Appendisitis Di Ruang Rawat Inap RSUD Anutapura Palu. *Jurnal Preventif Vol. 8 No. 1*
- Mulya, (2015). Penatalaksanaan Konsep Proses-proses Penyakit. *Jurnal Of Psychological Studies*.
- Soewito. (2017). Gambaran Nyeri Pada Pasien Appendisitis : Pekalongan. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia Juni, 2021, Volume 6 (1)*.

- Saferi. (2017). Karakteristik Kasus Appendisitis di rumah sakit umum bali Denpasar : *Junal Medikal Udayana oktober 2017, vol 9 (10)*.
- Siagin, (2019). *Konsep Keperawatan Medikal Bedah*. Penerbit In Media : Bogor Hal 191-193
- Sofia & Wiwik, (2017). Asuhan Keperawatan Post Op Appendektomi dengan Risiko Infeksi di RSUD kota Jakarta Utara. Volume 8 (2), 1-10
- Sulung & Rani, (2017). *Prevention Of Surgical Site Infections : Being a Winner* : Elsevier
- Nursalam, NIDN. (2016). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Medika*. Jakarta Pusat. Pernerbit Pustaka Baru Press Hal 94-97.
- Radwan, (2013). *Penyakit Hati, Lambung, Usus, dan Ambeien (Cetakan 1)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mansjoer. (2016). Keluhan pasien Post Op Apendektomi at : *Journal For Public*.
- Mariz. (2016). Etiologic Dan Tahap-Tahap at: *Jurnal Mahasiswa Keperawatan, Volume 1-6*
- Susanti, (2018). Asuhan Keperawatan Manajemen Nyeri Pada Klien Post Appendisitis. Politeknik Kesehatan Kemenkes: Jakarta. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*
- Soewito, (2017) *Profil Kesehatan survey kesehatan rumah tangga*. Indonesia
- Sjamsuhidajat & De Jong, (2018). Klasifikasi Appendisitis Available at: *Jurnal Keperawatan, Volume 123*
- Utami, (2021). Application of Interventions Progresive Post Op Apendektomi in RSUD Teinriawaru. *Journal For Public Healt, January 2021, Vol 2 (2)*.
- Kemenkes RI (2018) Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2008) *Health Statistics*. Jakarta.
- Koerniawan, dkk. (2020) Aplikasi Standar Proses Keperawatan : Diagnosa, Outcome dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Universitas Katolik Musi Charitas. E-jurnal Keperawatan Silampari. Juni 2020. Volume 3 (2)*.

- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. DPP PPNI: Jakarta.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. DPP PPNI: Jakarta.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. DPP PPNI: Jakarta.
- Ratnawati, A. (2020). *Asuhan Keperawatan Anak*. Pustaka Baru Press: Yogyakarta.
- Rasabula (2017). Penerapan Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Pasien Post Operasi Appendektomi, *Jurnal Seminar Nasional Kesehatan 2017*
- Rekamedik, (2022). *Data Mengenai Jumlah Pasien Post Op Appendektomi Di RSUD dr Soeselo Slawi*. Tegal 2022
- WHO (2017). Appendicitis post Apendektomi Available at: *Jurnal Mahasiswa Keperawatan Kudus, Volume 17*
- Wilkinson, (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan dan Dokumentasi Keperawatan : Diagnosa Keperawatan dan Masalah Kolaboratif*. Jakarta: EGC.

LAMPIRAN

Tabel Skala Nyeri Menurut Mc. Bill Melzack

No	Karakteristik	Skala	Intensitas
1	Seperti dipukul, teratur	1	Nyeri ringan
2	Seperti ditembus, hilang	2	Nyeri ringan
3	Seperti ditusuk-tusuk	3	Nyeri ringan
4	Seperti dipotong potong	4	Nyeri sedang
5	Seperti ditekan, dijepit, tegang	5	Nyeri sedang
6	Seperti ditari- Tarik	6	Nyeri sedang
7	Terasa panas seperti terbakar	7	Nyeri berat
8	Kesemutan, menyengat, seret ditenggorokan	8	Nyeri berat
9	Sangat nyeri, bengkak, sulit digerakkan	9	Nyeri berat
10	Seperti akan pecah, tegang	10	Parah

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

INJEKSI INTA VENA MELALUI SELANG INFUS

A. Pengertian Pemberian Injeksi Intravena Melalui Selang Infus (Bolus)

Menurut Ambarawati (2009), pemberian obat secara injeksi (parenteral) merupakan pemberian obat yang dilakukan dengan menyuntikkan obat tersebut ke jaringan tubuh atau pembuluh darah dengan menggunakan spuit.

Injeksi adalah sediaan steril berupa larutan, emulsi, suspensi atau serbuk yang harus dilarutkan atau disuspensikan terlebih dahulu sebelum digunakan yang disuntikkan dengan cara merobek jaringan ke dalam kulit atau melalui kulit atau selaput lendir dimasukkan ke dalam tubuh dengan menggunakan alat suntik.

Injeksi intravena (bolus) adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena atau melalui karet selang infuse dengan menggunakan spuit. Sedangkan pembuluh darah vena adalah pembuluh darah yang menghantarkan darah ke jantung. Injeksi intravena bertujuan untuk memperoleh reaksi obat yang cepat diabsorpsi dari pada dengan injeksi perenteral lain, menghindari terjadinya kerusakan jaringan serta memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar.

B. Tujuan Pemberian Injeksi Intravena Melalui Selang Infus (Bolus)

1. Mendapatkan reaksi obat yang cepat diabsorpsi daripada injeksi parenteral lain
2. Mempertahankan atau mengganti cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak dan kalori yang tidak dapat dipertahankan melalui oral.
3. Mengoreksi dan mencegah gangguan cairan dan elektrolit
4. Menghindari terjadinya kerusakan jaringan.
5. Memperbaiki keseimbangan asam basa
6. Memasukkan obat dalam jumlah yang besar
7. Memberikan tranfusi darah
8. Menyediakan medium untuk pemberian obat intravena
9. Membantu pemberian nutrisi parenteral
10. Memonitor Tekanan Vena Sentral (CVP)

C. Persiapan Alat sebelum Pemberian Injeksi Intravena Melalui Selang Infus (Bolus)

1. Sarung tangan satu pasang
2. Spuit steril 3 ml atau 5 ml atau spuit imunisasi
3. Bak instrument
4. Perlak dan alasnya
5. Bengkok
6. Wastafel atau tempat cuci tangan

7. Kaps alkohol
8. Obat injeksi dalam vial atau ampul
9. Water for injection
10. Daftar pemberian obat
11. Waskom berisi larutan chlorine 0,5%

D. Prosedur & Teknik Melakukan Injeksi Intravena Melalui Bolus:

1. Memberikan salam dan menjelaskan pada pasien tindakan yang akan dilakukan procedure serta tujuannya.
2. Menyiapkan alat dan bahan, membawa ke dekat pasien.
3. Memasang sampiran.
4. Mengatur posisi pasien nyaman mungkin.
5. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk bersih.
6. Memakai sarung tangan.
7. Oplos obat menggunakan water steril for injection hingga tercampur. Selanjutnya tarik menggunakan spuit.
8. Memastikan tidak ada gelembung udara pada spuit dengan cara mencoba spuit terlebih dahulu, lalu simpan pada bak instrumen.
9. Mencari tempat penyuntikan obat pada karet selang atau pada tutup area injeksi pada vasofix.
10. Memasang pengalas di bawah daerah yang akan disuntik.

11. Melakukan swab atau mendesinfeksi karet selang infus (bolus) dengan kapas alkohol, secara sirkular dengan diameter + 5 cm.
12. Mengklem cairan infuse.
13. Menusukkan jarum ke dalam karet selang infus (bolus) dengan tangan yang dominan.
14. Menarik sedikit penghisap untuk aspirasi apakah jarum sudah masuk selang infus.
15. Memasukkan obat perlahan-lahan ke dalam vena dengan kecepatan maksimal 5 cc/menit. Untuk obat-obatan yang pekat sebaiknya dioplos terlebih dahulu menggunakan water steril.
16. Menarik jarum keluar setelah obat dimasukkan, selanjutnya swab lagi menggunakan kapas alkohol.
17. Periksa kecepatan tetesan cairan infuse.
18. Membereskan alat, buang alat suntik dan bekas tempat obat dengan benar.
19. Buang sampah pada tempat sampah medis.
20. Buka sarung tangan dan buang pada tempat sampah medis.
21. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengeringkan dengan handuk atau tissue hingga kering dan bersih.
22. Melakukan evaluasi dan respon pasien setelah tindakan dilakukan.
23. Dokumentasi tindakan yang telah dilakukan.

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

RELAKSASI NAFAS DALAM

A. Pengertian

Pelatihan relaksasi nafas dalam adalah suatu Tindakan keperawatan melatih pasien untuk menarik nafas melalui hidung dan selanjutnya dihembuskan kembali melalui mulut.

B. Tujuan

1. Agar mengembangkan paru-paru segera pulih Kembali
2. Untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri
3. Memperbaiki ketahanan dan kekuatan otot-otot pernapasan
4. Memperbaiki pola nafas yang tidak efisien
5. Meningkatkan relaksasi

C. Indikasi

1. Pasien dengan gangguan obstruksi paru dan restriktif
2. Pasien dengan nyeri kronis sehingga mengganggu rasa nyaman

D. Prosedur Pelaksanaan Latihan Nafas Dalam

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT
A	Fase Pra Interaksi	
1	Melakukan verifikasi program terapi	2
2	Mencuci tangan	3
B	Tahap Orientasi	
1	Memberikan salam dan menyapa nama pasien	2
2	Melaksanakan tujuan dan prosedur pelaksanaan	4
3	Menanyakan kesiapan pasien	2
C	Tahap Kerja	
1	Menjaga privasi pasien	2
2	Memposisikan pasien	6
3	Meminta pasien meletakkan satu tangan pada dada dan satu tangan pada perut	8
4	Melatih pasien untuk melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, dan mulut tetap tertutup)	12
5	Meminta pasien untuk merasakan mengembangnya abdomen	10
6	Meminta pasien untuk menahan nafas hingga 3 hitungan	12
7	Meminta pasien untuk menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan (lewat mulut)	12
8	Meminta pasien untuk merasakan mengempisnya abdomen dan kontraksi dari otot	10
9	Menjelaskan pada pasien untuk melakukan Latihan ini bila mengalami sesak nafas	6
10	Merapikan pasien	2

D	Tahap Terminasi	
1	Melakukan evaluasi Tindakan	4
2	Berpamitan dengan pasien	2
3	Mencuci tangan	2
4	Mencatat kegiatan pada lembar catatan keperawatan	2
	TOTAL	100

DAFTAR PUSTAKA

Putri Salis Ika. (2019). *Gambaran penerapan Teknik relaksasi nafas dalam pada pasien dengan nyeri post op*. Jurnal Profesi Keperawatan (JPK),2019

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

PERAWATAN LUKA

A. Pengertian

Melakukan Tindakan keperawatan mengganti balutan, membersihkan luka

B. Tujuan

1. Mencegah infeksi
2. Membantu penyembuhan luka

C. PROSEDUR PELAKSANAAN

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT
A	ALAT	
1	Bak instrumen yang berisi	
	a. Pinset anatomis	1
	b. Pinset chirugis	1
	c. Kassa steril	1
	d. Kom 3 buah	1
2	Peralatan lain terdiri dari	
	a. Sarung tangan	1
	b. Gunting plester	1
	c. Plester	1
	d. Alkohol 70 %	1
	e. Desinfektan	1
	f. Nacl 0,9 %	1
	g. Bengkok 2 buah, 1 buah berisi larutan desinfektan	1
	h. Verband	1
B	TAHAP PRA INTERAKSI	
1	Melakukan verifikasi program terapi	3
2	Mencuci tangan	2

3	Mendekatkan alat di dekat pasien	2
C	TAHAP ORIENTASI	
1	Memberi salam dan memperkenalkan diri	2
2	Menjelaskan tujuan dan prosedur Tindakan	3
3	Menanyakan kesiapan pasien	2
D	TAHAP KERJA	
1	Menjaga privacy pasien	3
2	Mengatur posisi pasien sehingga luka dapat terlihat dengan jelas	3
3	Membuka peralatan, memakai sarung tangan	4
4	Membasahi alcohol dan buka dengan menggunakan pinset	8
5	Membuka balutan lapisan terluar	4
6	Membersihkan sekitar luka bekas plester	6
7	Membuka balutan lapisan dalam	6
8	Membersihkan luka dengan NaCl	10
9	Melakukan kompres desinfektan dan tutup dengan kassa	10
10	Memasang plester atau verband	8
11	Merapikan pasien dan alat	2
D	TAHAP TERMINASI	
1	Melakukan evaluasi Tindakan	2
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2
3	Berpamitan dengan pasien	2
4	Membereskan alat, mencuci tangan	4
	TOTAL	100

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

PENYAKIT APPENDISITIS

Pokok bahasan	: Penyakit Appendisitis
Sub pokok bahasan	: Pengertian dan tanda gejala
Hari/Tanggal	: 13 januari 2022
Waktu	: 30 menit
Tempat	: RSUD dr. SOESELO SLAWI
Sasaran	: Pasien dan keluarga

A. Tujuan umum

Setelah dilakukan penyuluhan, pasien dan keluarga mengerti tentang penyakit appendisitis

B. Tujuan khusus

Setelah dilakukan penyuluhan, peserta dapat mengetahui tentang:

1. Pengertian appendisitis
2. Tanda dan gejala appendisitis
3. Faktor penyebab appendisitis

C. Materi

1. Pengertian appendisitis
2. Tanda dan gejala appendisitis
3. Faktor penyebab appendisitis

D. Metode

Ceramah dan Tanya jawab

E. Media

1. Leaflet
2. Lembar Balik
3. Satuan Acara Pembelajaran (SAP)

F. Kegiatan penyuluhan

No	Tahap/waktu	Kegiatan penyuluhan	Kegiatan sasaran
1	Pembukaan : 3 menit	1. Memberi salam pembuka 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan pokok bahasan dan tujuan penyuluhan 4. Membagi leaflet	Menjawab salam Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan
2	Pelaksanaan : 20 menit	1. Pengertian appendisitis 2. Tanda dan gejala appendisitis 3. Faktor penyebab appendisitis	Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan
3	Evaluasi : 5 menit	1. Menanyakan kepada peserta tentang materi yang telah diberikan.	Menjawab pertanyaan
4	Terminasi : 2 menit	1. Mengucapkan terimakasih atas peran serta dan peserta 2. Mengucapkan salam penutup	Mendengarkan Menjawab salam

MATERI PENYULUHAN

“ PENYAKIT APPENDISITIS ”

1. Pengertian

Appendisitis adalah peradangan pada apendiks 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 bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Bare, 2017).

Appendisitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing. Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan laparotomi dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi (Anonim, 2017 dalam Docstoc, 2016).

2. Tanda dan gejala

- a) Perut kembung.
- b) Mual dan muntah.
- c) Demam dan menggigil.
- d) Hilang nafsu makan.
- e) Tidak bisa buang gas atau kentut.
- f) Sembelit (konstipasi)

3. Faktor dari appendisitis

Penyakit usus buntu terjadi akibat infeksi di rongga usus buntu. Akibatnya, bakteri berkembang dengan cepat sehingga membuat usus buntu meradang, bengkak, dan bernanah.

Penyebab penyakit usus buntu belum dapat dipastikan. Namun, ada sejumlah faktor yang diduga dapat menyebabkan seseorang mengalami radang usus buntu, yaitu:

- a) Hambatan di pintu rongga usus buntu akibat penumpukan feses atau tinja yang mengeras
- b) Penebalan atau pembengkakan jaringan dinding usus buntu karena infeksi di saluran pencernaan atau bagian tubuh lainnya
- c) Penyumbatan rongga usus buntu akibat pertumbuhan parasit di pencernaan, misalnya infeksi cacing kremi atau ascariasis
- d) Kondisi medis tertentu, seperti tumor pada perut atau inflammatory bowel disease
- e) Cedera di perut

DAFTAR PUSTAKA

Maryunani Anik. 2019. *Best practice & komplikasi lainnya*. Perbit in media : Bogor. Hal 191-193

DOKUMENTASI



Gambar 1. Penulis sedang melakukan Pendidikan Kesehatan tentang Appendisitis



Gambar 2. Penulis sedang melakukan ganti balut kepada pasien



















Gambar 3. Penulis sedang melakukan pemberian obat injeksi

JURNAL BIMBINGAN PRA SIDANG

Nama Peserta Ujian : Ita Mara Aning Purwanti

Nomor Induk : 19.025

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny.W dengan Gangguan
Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di
Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1	Minggu, 16/01/2022	Konsul Judul		
2	Minggu, 16/01/2022	Konsul BAB I, BAB II		
3	Selasa, 25/01/2022	Konsul BAB I, BAB II		
4	Sabtu, 05/03/2022	Konsul BAB I, BAB II		
5	Selasa, 07/06/2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III		
6	Rabu, 22/06/2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V		
7	Senin, 27/06/2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V, LAMPIRAN		
8	Selasa, 28/06/2022	ACC		

Pembimbing Utama
















Ahmad Zakiudin,SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep.

JURNAL BIMBINGAN PRA SIDANG

Nama Peserta Ujian : Ita Mara Aning Purwanti

Nomor Induk : 19.025

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny.W dengan Gangguan
Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di
Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal.

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1	Minggu, 16/01/2022	Konsul Judul		
2	Minggu, 20/02/2022	Konsul BAB I, BAB II		
3	Selasa, 22/02/2022	Konsul BAB I, BAB II		
4	Jumat, 04/03/2022	Konsul BAB I, BAB II		
5	Minggu, 12/06/2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III		
6	Rabu, 22/06/2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V		
7	Selasa, 28/06/2022	ACC		

Pembimbing Pendamping







Yusriani Saleh Baso, S.Kep.,Ns.,M.Kep.

JURNAL BIMBINGAN PASCA SIDANG

Nama Peserta Ujian : Ita Mara Aning Purwanti

Nomor Induk : 19.025

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny.W dengan Gangguan
Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di
Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1	Senin, 22/08/2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V, LAMPIRAN		
2	Selasa, 23/08/2022	ACC		

Pembimbing Utama









Ahmad Zakiudin,SKM.,S.Kep.,Ns.,M.Kes.,M.Kep.

JURNAL BIMBINGAN PASCA SIDANG

Nama Peserta Ujian : Ita Mara Aning Purwanti

Nomor Induk : 19.025

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny.W dengan Gangguan
Sistem Pencernaan : Appendisitis Post Appendiktomi Di
Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1	Senin, 22/08/2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V, LAMPIRAN		
2	Selasa, 23/08/2022	Konsul BAB I, BAB II, BAB III, BAB IV, BAB V, LAMPIRAN		
3	Rabu, 24/08/2022	ACC		

Pembimbing Pendamping



Yusriani Saleh Baso, S.Kep.,Ns.,M.Kep.