



POLTEKKES KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
APENDISITIS DI RUANG BEDAH RUMAH SAKIT
TK III DR. REKSODIWIRYO PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

DILLA YULIA PUTRI

NIM : 193110132

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**



POLTEKKES KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
APENDISITIS DI RUANG BEDAH RUMAH SAKIT
TK III DR. REKSODIWIRYO PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kementrian
Kesehatan Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli
Madya Keperawatan**

DILLA YULIA PUTRI

NIM : 193110132

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Dilla Yulia Putri
NIM : 193110132
Program Studi : D-III Keperawatan Padang
Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan
Apendisitis Di Ruang Bedah Rumah Sakit Tk III
Dr. Reksodiwiryono Padang.

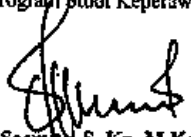
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan.

DEWAN PENGUJI :

Ketua Penguji : Ns. Hj. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep, Sp.KMB (.....)
Penguji : Ns. Yossi Suryatiningsih, M.Kep, Sp.Kep.MB (.....)
Penguji : Ns. Hendri Budi, M.Kep, Sp.MB (.....)
Penguji : Ns. Hj. Defia Roza, S.Kep, M.Biomed (.....)

Ditetapkan di : Poltekkes Kemenkes Padang
Tanggal : 13 Mei 2022

Mengetahui,
Ketua Program Studi Keperawatan Padang


Heppi Sasmita, S. Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
NIP. 197101020 199303 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis di ruang bedah RST Dr. Reksodiwiryono Padang Tahun 2022”**.

Selama proses pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini peneliti tidak terlepas dari dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dan membimbing dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Terutama kepada Bapak **Ns. Hendri Budi, S. Kep, M. Kep, Sp. MB** selaku pembimbing I dan Ibu **Ns.Hj. Defia Roza, S. Kep, M. Biomed** selaku pembimbing II yang telah memberikan masukan dengan penuh kesabaran dan perhatian dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini, tanpa bantuan dari bapak dan ibu sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dan peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si selaku Direktur Politeknik Kementrian Kesehatan RI Padang.
2. Bapak Letnan Kolonel CKM dr. Faisal Rosady.Sp.An selaku Kepala Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryono Padang dan staf Rumah Sakit yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang diperlukan peneliti.
3. Ibu Ns. Sila Dewi Anggreni,S.Pd,M.Kep,Sp.KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Padang Politeknik Kementrian Kesehatan RI Padang, sekaligus penguji I.
4. Ibu Ns. Yossi Suryarinilsih,M.Kep,Sp.Kep.MB selaku penguji II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyelesaikan KTI.
5. Ibu Heppi Sasmita,M.Kep,Sp.Kep.Jiwa selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementrian Kesehatan RI Padang.
6. Ibu Ns. Hj.Tisnawati, S. Kep, SSIT, M.Kes selaku dosen pembimbing akademik yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di

Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.

7. Bapak Ibu dosen serta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
8. Teristimewa kepada orang tua dan saudara saya yang telah memberikan bantuan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
9. Teman-teman dan semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhir kata peneliti berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 13 Mei 2022

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber baik dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Dilla Yulia Putri

NIM : 193110132

Tanda Tangan :



Tanggal : 13 Mei 2022

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Apendisitis di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang" telah diperiksa, disetujui dan telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementrian Kesehatan Padang.

Padang, Mei 2022

Menyetujui

Pembimbing 1



Ns. Hendri Bndi, M.Kep.Sp.MB
NIP. 19740118 199703 1 002

Pembimbing 2



Ns. Hl. Deffa Roza S. Kep. M. Biomed
NIP. 19730503 199503 2 002

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang
Politeknik Kesehatan Padang



Heppi Sasmita, S. Kp, M.Kep. Sp. Jiwa
NIP. 19701020199303200

v

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Dilla Yulia Putri
Tempat/Tanggal Lahir : Padang/25 Juli 2001
Agama : Islam
Status : Belum Kawin
Alamat : Sei Lareh, Kelurahan Lubuk Minturun,
Kecamatan Koto Tangah, Kota Padang

Nama Orang Tua

Ayah : Syamsuir
Ibu : Yenti Sri Kurnia

Riwayat Pendidikan

No.	Pendidikan	Tahun Lulus
1.	SD Negeri 40 Sei Lareh	2007-2013
2.	SMP N 32 Padang	2013-2016
3.	SMA N 13 Padang	2016-2019
4.	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2019-2022

POLTEKKES KEMENKES PADANG

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG

Karya Tulis Ilmiah, Mei 2022

Dilla Yulia Putri

“Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Apendisitis Di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang”

x + 62 halaman, 10 lampiran

ABSTRAK

Apendisitis ialah peradangan yang terjadi pada apendik vermiformis. Kasus apendisitis di Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang pada tahun 2021 berjumlah 139 orang. Tujuan penelitian ini yaitu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien Apendisitis di Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang.

Jenis penelitian ini deskriptif dengan desain penelitian bentuk studi kasus yang dilakukan di Ruang Bedah Rumah Sakit Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang waktu studi kasus dimulai dari Agustus 2021 – Juni 2022. Populasi penelitian ini yaitu semua pasien apendisitis di ruang bedah rumah sakit Tk.III Dr. Reksodiwiryo Padang. Metode pengambilan sampel yang digunakan *purposive sampling* pada 1 orang partisipan yang sesuai kriteria inklusi dan eklusi. Cara pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, dan dokumentasi.

Hasil pengkajian didapatkan keluhan utama partisipan nyeri perut kanan bawah, nyeri terasa hilang timbul, skala nyeri 5, dan klien mual, muntah. Diagnosa keperawatan pada pra operasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi), nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal, ansietas berhubungan dengan rencana operasi, dan diagnosa keperawatan pada post operasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi) dan gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik. Intervensi keperawatan yaitu manajemen nyeri, manajemen mual, reduksi ansietas, pemantauan nyeri, dan perawatan luka. Implementasi yang dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, melakukan teknik nonfarmakologis dan memonitor tanda-tanda vital. Evaluasi yang dilakukan selama 5 hari teratasi.

Diharapkan bagi perawat ruangan agar dapat lebih giat lagi dalam melakukan implementasi dan pendokumentasian untuk lebih meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien.

Kata Kunci : Apendisitis, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 27 (2012-2021)

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
KATA PENGANTAR	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Konsep Penyakit Apendisitis	
1. Definisi.....	7
2. Klasifikasi.....	7
3. Etiologi.....	8
4. Patofisiologi.....	9
5. WOC.....	11
6. Manifestasi klinis.....	12
7. Pemeriksaan Diagnostik Apendisitis.....	12
8. Komplikasi.....	13
9. Penatalaksanaan.....	13
B. Konsep Asuhan Keperawatan	
1. Pengkajian.....	14
2. Diagnosa keperawatan.....	18
3. Intervensi Keperawatan.....	19
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	37
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	37
C. Populasi dan Sampel.....	37
D. Metode Pengumpulan Data.....	38
E. Alat atau Instrumen Untuk Pengumpulan Data.....	39
F. Jenis dan Cara Pengumpulan Data.....	39
G. Analisa.....	40
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian.....	41
1. Pengkajian Keperawatan.....	41
2. Diagnosa Keperawatan.....	44
3. Rencana Keperawatan.....	46
4. Implementasi Keperawatan.....	49
5. Evaluasi Keperawatan.....	50
B. Pembahasan.....	51
1. Pengkajian Keperawatan.....	51
2. Diagnosa Keperawatan.....	54

3. Rencana Keperawatan.....	54
4. Implementasi Keperawatan.....	58
5. Evaluasi Keperawatan.....	59
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	61
B. Saran.....	62
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Format Asuhan Keperawatan Medical Bedah
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi KTI Pembimbing I
- Lampiran 3 Lembar Konsultasi KTI Pembimbing II
- Lampiran 4 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 5 Format Persetujuan Responden
- Lampiran 6 Surat Izin Survey Awal dari RS TK III Dr. Reksodiwiryo Padang
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian Dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian Dari RS TK III Dr. Reksodiwiryo Padang
- Lampiran 9 Surat Izin Selesai Penelitian Dri RS TK III Dr. Reksodiwiryo
 Padang
- Lampiran 10 Daftar Hadir Penelitian

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Apendisitis merupakan peradangan yang terjadi dari apendik vermiformis dan merupakan penyebab akut yang paling sering (Soewito, 2020). Apendisitis merupakan salah satu kasus yang tersering dalam bidang bedah abdomen yang menyebabkan nyeri abdomen akut dan memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah terjadinya komplikasi (Amalina et al., 2018).

Berdasarkan Data Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) tahun 2017 menyatakan angka kematian apendisitis di dunia adalah 0,2-0,8%. Insiden apendisitis pada tahun 2018 mencapai 7 dari populasi penduduk dunia. Di Amerika Serikat apendisitis merupakan kedaruratan abdomen yang paling sering, dengan jumlah penderita tahun 2017 yaitu 734.132 pasien dan meningkat pada tahun 2018 yaitu 739.177 pasien (Wainsani & Khoiriyah, 2020).

Angka kejadian apendisitis pada tahun 2018 menempati urutan ke 4 terbanyak di Indonesia dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 28.040 pasien. Sedangkan di Jawa Tengah tahun 2018, jumlah kasus apendisitis sebanyak 5.980 pasien dan 177 diantaranya menyebabkan kematian. Jumlah penderita apendisitis tertinggi yaitu di Kota Semarang pada tahun 2018 yaitu 970 pasien (Wainsani & Khoiriyah, 2020).

Dalam periode 2 tahun (1 Januari 2015-31 Desember 2016) di Sumatera Barat, menurut penelitian Annisa Amalina khususnya dari hasil rekam medis pasien RSUP Dr. M. Djamil Padang terdapat 199 kasus apendisitis. Kejadian apendisitis dipicu oleh kebiasaan pola makan penduduk kota yang minim serat dan tingginya mengkonsumsi makanan cepat saji serta tingginya asupan gula dan lemak yang dikonsumsi (Amalina et al., 2018).

Apendisitis disebabkan karena adanya obstruksi atau penyumbatan pada lumen apendiks yang disebabkan oleh fekalit (massa feses yang keras, yang

disebabkan oleh kurangnya makanan berserat). Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang berakibat sumbatan fungsional apendiks, sehingga memiliki risiko apendisitis yang lebih tinggi (Septiana et al., 2021). Apendisitis bisa terjadi pada semua usia tetapi jarang terjadi pada usia dewasa akhir dan balita, kejadian apendisitis ini meningkat pada usia remaja dan dewasa sedangkan usia 20-30 tahun bisa dikategorikan sebagai usia produktif, dimana seseorang yang berada pada usia tersebut banyak sekali melakukan kegiatan. Hal ini bisa menyebabkan orang tersebut mengabaikan nutrisi makanan yang dikonsumsinya dan akan mengakibatkan terjadi kesulitan buang air besar sehingga terjadinya peningkatan tekanan rongga usus dan pada akhirnya terjadi sumbatan pada saluran apendiks (Arifuddin et al., 2017).

Menurut penelitian Indri U, dkk (2014), mengatakan risiko jenis kelamin pada kejadian apendisitis yang terbanyak yaitu jenis kelamin laki-laki dengan presentase 72,2% sedangkan jenis kelamin perempuan hanya 27,8%. Hal ini terjadi karena laki-laki lebih banyak menghabiskan waktu diluar rumah untuk bekerja dan lebih cenderung mengkonsumsi makanan yang cepat saji, sehingga dapat menyebabkan beberapa komplikasi atau obstruksi pada usus yang bisa menimbulkan masalah pada sistem pencernaan yaitu apendisitis (Arifuddin et al., 2017). Menurut Nurhayati (2011) mengatakan bahwa pola makan yang kurang serat menyebabkan apendisitis, selain itu bahan makanan yang dikonsumsi dan cara pengolahan serta waktu makan yang tidak teratur sehingga hal ini bias menyebabkan apendisitis. Kebiasaan pola makan yang kurang mengkonsumsi serat yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatkan pertumbuhan kuman, sehingga terjadi peradangan pada apendiks (Arifuddin et al., 2017).

Keluhan apendisitis yang sering ditemui yaitu nyeri pada kuadran kanan bawah biasanya disertai demam ringan, mual, muntah, dan hilangnya nafsu makan. Selain itu apabila apendiks telah rupture, nyeri menjadi lebih menyebar, distensi abdomen terjadi akibat Ileus paralitik dan kondisi memburuk (Awaluddin, 2020). Dari hasil penelitian Windy tahun 2014

sebanyak 75% apendisitis akut memiliki suhu tubuh dalam batas normal yaitu $<37,5^{\circ}\text{C}$, sedangkan pada apendisitis perforasi memiliki rata-rata suhu tubuh $37,8^{\circ}\text{C}$ dengan rentan $37,5-38,5^{\circ}\text{C}$ (C.s & Sabir, 2016). Hasil penelitian Kurniawati, 2020 terdapat responden dengan skala nyeri 1-3 sebanyak 4 orang (25.0%), sedangkan responden dengan skala nyeri 4-6 sebanyak 4 orang (25.0%), dan responden dengan skala nyeri 7-9 sebanyak 8 orang (50.0%) (Kurniawati & Kadir, 2020).

Komplikasi utama apendisitis adalah perforasi apendik, yang dapat berkembang menjadi peritonitis, dimana kondisi ini bisa menyebabkan tekanan darah menurun drastis (syok sepsis) sehingga beberapa organ tubuh gagal berfungsi dan terdapat komplikasi lain yang terjadi akibat peritonitis yaitu terbentuknya abses atau kumpulan nanah pada rongga perut, perlengketan usus juga bisa terjadi sehingga menyebabkan usus menjadi tersumbat. Dari 100% penderita apendisitis perforasi 67% diantaranya mengalami kematian (Yulianto et al., 2015). Gejala dari apendisitis perforasi mencakup demam dengan suhu $37,7^{\circ}\text{C}$ atau lebih tinggi, dan nyeri abdomen atau nyeri tekan pada abdomen (Smeltzer & Bare, 2016). Dari hasil penelitian Windy tahun 2014 sebanyak 75% apendisitis akut memiliki suhu tubuh dalam batas normal yaitu $<37,5^{\circ}\text{C}$, sedangkan pada apendisitis perforasi memiliki rata-rata suhu tubuh $37,8^{\circ}\text{C}$ dengan rentan $37,5-38,5^{\circ}\text{C}$ (C.s & Sabir, 2016).

Anamnesis dan pemeriksaan memegang peranan utama dengan akurasi 76-80%, tetapi dalam mencegah pasien agar tidak terjadi perforasi tidak cukup hanya dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Dapat juga dilakukan Ultrasonography (USG) dan Computed Tomography (CT) scan (Soewito, 2020). Dalam menegakkan diagnosis pada pasien dengan gejala yang tidak khas perlu dilakukannya pemeriksaan penunjang. Salah satunya adalah pemeriksaan jumlah leukosit. Pada apendisitis akut dapat mencapai 10.000-18.000 sel/mm³ dan jika >18.000 sel/mm³ maka umumnya terjadi peritonitis akibat perforasi (C.s & Sabir, 2016).

Masalah Keperawatan yang muncul pada kasus preoperatif apendisitis adalah nyeri akut, hipertermia, dan ansietas, sedangkan masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus post operatif apendisitis yaitu nyeri akut, resiko infeksi, resiko hypovolemia. Sebelum dilakukan tindakan 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, 2020).

Asuhan keperawatan yang dapat diberikan pada penderita apendisitis yang mengalami nyeri yaitu manajemen nyeri dengan cara farmakologi dan non farmakologi. Terapi non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi, teknik nafas dalam, perubahan posisi, massage, terapi panas dingin. Pada pasien apendisitis yang mengalami kecemasan dapat dilakukan asuhan keperawatan yaitu dengan cara terapi relaksasi benson, setelah dilakukan relaksasi benson dapat menurunkan kecemasan pada pasien. Relaksasi benson merupakan relaksasi yang menggunakan teknik pernapasan yang biasanya digunakan dirumah sakit pada pasien yang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Kelebihan dari latihan teknik relaksasi dibandingkan dengan teknik lainnya yaitu lebih mudah dilakukan dan tidak terdapat efek samping apapun (Septiana et al., 2021).

Berdasarkan survey awal yang peneliti lakukan tanggal 10 Januari 2022 didapatkan data rekam medik RS. Dr. Reksodiwiryono Padang, angka kejadian apendisitis pada tahun 2019 berjumlah 299 orang. Tahun 2020 jumlah pasien apendisitis sebanyak 152 orang dan pada tahun 2021 pasien apendisitis berjumlah 139 orang. Pada saat melakukan survey awal pada tanggal 10 Januari 2022 terdapat 1 orang pasien apendisitis, pasien mengatakan post apendektomi 5 jam yang lalu, pasien mengeluh nyeri dibekas operasi dan luka operasi masih tampak basah. Saat dilakukan wawancara dengan perawat bedah RS. Dr. Reksodiwiryono Padang, didapatkan hasil bahwa diagnosis keperawatan yang pada umumnya terdapat

pada pasien apendisitis adalah nyeri akut. Tindakan pada diagnosis nyeri akut terhadap pasien yang ditemukan di ruang bedah RS. Dr. Reksodiwiryo Padang mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, pantau TTV, dan monitor efek samping pemberian analgetik. Sementara dalam kondisi ini, manajemen nyeri seperti mengajarkan teknik nafas dalam belum diajarkan kepada pasien.

Berdasarkan latar belakang diatas maka peneliti telah melakukan penelitian tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Appendisitis di Ruang Bedah RST Dr. Reksodiwiryo Padang.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Apendisitis di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2022?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis.

2. Tujuan Khusus

Berdasarkan tujuan dapat dibuat tujuan umum sebagai berikut :

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien dengan apendisitis di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2022.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien dengan apendisitis di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2022.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien dengan apendisitis di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2022.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien dengan

apendisitis di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2022.

- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada pasien dengan apendisitis di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2022.

D. Manfaat Penelitian

1. Peneliti

Sebagai menambah wawasan ilmu pengetahuan dan pengembangan ilmu peneliti dalam melaksanakan asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien apendisitis.

2. Institusi pendidikan

Dapat memberikan tambahan pengembangan wawasan dan pengetahuan dalam ilmu keperawatan medikal bedah serta menjadi tambahan dan rujukan referensi makalah atau penelitian berikut pada pasien apendisitis.

3. Rumah sakit

Sebagai sumber data, mutu dan memberikan pelayanan serta masukan untuk rumah sakit kedepannya dan acuan dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien apendisitis.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Penyakit Apendisitis

1. Definisi

Apendiks merupakan organ tambahan kecil seperti jari, melekat pada sekum tepat dibawah katup ileosekal panjangnya kira-kira 10 cm (4 inci). Apendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur ke dalam sekum, karena pengosongannya tidak efektif dan lumennya kecil, apendiks cenderung menjadi tersumbat dan rentan terhadap infeksi (Manurung, 2018).

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendik vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Apendisitis merupakan penyebab paling utama inflamasi akut di kuadran kanan bawah abdomen dan penyebab tersering pada pembedahan abdomen darurat (Smeltzer & Bare, 2016).

2. Klasifikasi

Klasifikasi apendistis dibagi atas dua yaitu :

- a. Apendistis akut yaitu peradangan pada apendik atau umbai cacing yang terjadi pada daerah sekitar yang bersifat terlokalisasi, baik disertai dengan rangsangan peritonium lokal maupun tanpa penyerta.

Apendisitis akut dibagi menjadi :

1. Apendisitis abses

Apendisitis abses terjadi apabila masa lokal yang terbentuk berisi nanah (pus), biasanya di fossa iliaka kanan, lateral dari sekum, retrosekal, subsekal dan pelvikal.

2. Apendistis perforasi

Apendisitis perforasi merupakan pecahnya apendik yang sudah gangren yang menyebabkan pus masuk kedalam rongga perut

sehingga terjadinya peritonitis umum. Pada dinding apendik tampak di daerah perforasi dikelilingi oleh jaringan nekrotik..

3. Apendisitis akut gangrenosa

Apendisitis akut gangrenosa terjadi apabila tekanan dalam lumen terus bertambah,arteri mulai terganggu sehingga terjadinya infark dan gangren.

4. Apendisitis infiltrat

Apendisitis infiltrat merupakan proses radang apendiks yang penyebarannya dibatasi oleh omentum,usus halus,kolon dan peritoneum sehingga membentuk gumpalan massa flegmon yang melekat erat satu dengan yang lainnya.

- b. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah yang lebih dari dua minggu,radang kronik apendik secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh di dinding apendik,sumbatan persial atau lumen apendik,adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik),dan keluhan hilang setelah apendiktomi (Awan. Hariyanto, 2015).

3. Etiologi

Penyebab apendisitis belum diketahui secara pasti. Namun,ada beberapa faktor yang mempermudah terjadinya radang apendiks,diantaranya sebagai berikut :

- a. Faktor sumbatan merupakan faktor terpenting terjadinya apendisitis (90%) yang diikuti oleh infeksi.
- b. Faktor adanya bakteri beberapa bakteri yang bisa menyebabkan apendisitis antara lain *Bacterodes fragililis*, *E. coli*, *Splanchicus*,*Lacto-basilus*,*Pseudomonas*, dan *Bacteriodes splanicus*.
- c. Keturunan,pada radang apendik diduga juga merupakan faktor herediter. Hal ini juga dihubungkan dengan kebiasaan makanan dalam keluarga terutama kurang serat dapat memudahkan terjadinya fekalith dan mengakibatkan obstruksi lumen.
- d. Faktor ras dan diet,negara maju yang mengkonsumsi makanan yang tinggi serat beresiko lebih rendah terkena apendisitis dari pada negara

berkembang yang tidak mengkonsumsi makanan tinggi serat. (Awan. Hariyanto, 2015).

4. Patofisiologi

Apendisitis merupakan peradangan apendik yang mengenai semua lapisan dinding organ tersebut. Tanda patogenik primer diduga karena obstruksi lumen dan ulserasi mukosa yang menjadi langkah awal terjadinya apendistis. Obstruksi lumen apendiks menghambat keluarnya sekresi mukosa dan menimbulkan distensi dinding apendik. Sirkulasi darah pada dinding apendik akan terganggu. Adanya kongesti vena dan iskemia arteri menimbulkan luka pada dinding apendik. Kondisi ini mengundang invasi mikroorganisme yang ada di unsur besar memasuki luka dan menyebabkan proses radang akut, kemudian terjadi proses inversible meskipun faktor obstruksi telah dihilangkan. Apendisitis dimulai dengan proses eksudat pada mukosa, sub mukosa, dan muskularis propria. Pembuluh darah pada serosa kongesti disertai dengan infiltrasi sel radang neutrofil dan edema, warnanya menjadi kemerah-merahan dan ditutupi granula membran.

Perkembangan selanjutnya sekresi muncul berlebihan pada lumen apendik sehingga menyebabkan spasme pada dinding apendik dan menyebabkan nyeri akut pada penderitanya, selain itu tekanan intraluminal lebih dari tekanan vena sehingga tekanan darah menurun dan menyebabkan hypoksia jaringan apendik dan menyebabkan lesi pada mukosa sampai terjadinya perforasi pada apendik. Apendik yang pernah meradang tidak akan sembuh dengan sempurna, tetapi akan membentuk jaringan parut. Jaringan ini menyebabkan terjadinya perlengketan dengan jaringan sekitarnya. Perlengketan tersebut dapat kembali menimbulkan keluhan pada perut kanan bawah. Peradangan yang terjadi pada jaringan menyebabkan kerusakan kontrol suhu terhadap inflamasi sehingga terjadinya febris dan menyebabkan meningkatnya suhu tubuh. Disini dapat diangkat diagnosa keperawatan resiko infeksi dan hipertermi karena peradangan dan kenaikan suhu tubuh.

Obstruksi lumen apendik jelas terlihat pada sebagian besar apendik yang mengalami inflamasi akut. Obstruksi sering kali disebabkan oleh fekalit, atau infeksi. Eksudat purulent terbentuk, semakin mendistensi apendik. Dalam 24-36 jam, terjadi nekrosis jaringan dan gangren, menyebabkan perforasi jika tetap tidak dimulai. Perforasi menyebabkan peritonitis bakterial dan dapat mengalami resiko ketidakseimbangan cairan (Priscilla. LeMone, Karen. M Burke, 2016).

Peritonitis disebabkan oleh kebocoran isi rongga abdomen ke dalam rongga abdomen, biasanya diakibatkan dan peradangan iskemia, trauma atau perforasi tumor. Awalnya material masuk ke dalam rongga abdomen yaitu steril tetapi dalam beberapa jam terjadi kontaminasi bakteri. Akibatnya timbul edema jaringan dan penambahan eksudat.

Timbulnya peritonitis adalah komplikasi berbahaya yang sering terjadi akibat penyebaran infeksi. Bila bahaya yang menginfeksi tersebar luas pada permukaan peritonium atau bila infeksi menyebar dapat menimbulkan peritonitis umum. Dengan perkembangan peritonitis umum, akibatnya dapat terjadi sepsis dan syok (neurogenik, hipovolemik atau septik), aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus kemudian menjadi atoni dan meregang. Cairan dan elektrolit hilang ke dalam lumen usus sehingga mengakibatkan resiko ketidakseimbangan cairan (Padila, 2012).

6. Manifestasi klinis

Apendisitis memiliki gejala kombinasi yang khas, yang terdiri dari :

- a. Mual, muntah dan nyeri yang hebat di perut kanan bagian bawah.
- b. Nyeri bisa secara mendadak dimulai di perut sebelah atas atau disekitar pusar, lalu timbul mual dan muntah.
- c. Setelah beberapa jam, rasa mual hilang dan nyeri berpindah ke perut kanan bagian bawah.
- d. Jika perut kanan bagian bawah ditekan, penderita merasakan nyeri tumpul dan jika penekanan dilepaskan, nyeri bisa bertambah tajam.
- e. Demam bisa mencapai 37,8-38,8°C (Nian. Afrian, 2015).
- f. Anoreksia, malaise
- g. Nyeri tekan local pada titik Mc. Burney
- h. Spasme otot
- i. Konstipasi dan diare (Manurung, 2018)
- j. Nilai leukosit biasanya meningkat dari rentang nilai normal.
- k. Pada auskultasi, bising usus normal akan meningkat pada awal apendisitis dan bising melemah jika terjadi perforasi.
- l. Temuan hasil USG berupa cairan yang berada di sekitar apendik menjadi sebuah tanda sonografik penting.
- m. Bila usus pecah, nyeri dan demam biasanya menjadi berat.
- n. Infeksi yang bertambah buruk biasanya menyebabkan syok.
- o. Gejala lain yaitu badan lemah dan kurang nafsu makan, penderita nampak sakit, menghindari pergerakan di perut karena rasa nyeri (Handaya, 2017).

7. Pemeriksaan Diagnostik Apendisitis

Untuk menegakkan diagnosis pada apendisitis didasarkan atau anamnesa ditambah dengan pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya seperti :

- a. Ultrasonography (USG)
Pemeriksaan USG dilakukan untuk menilai inflamasi dari apendiks.

b. CT Scan

Pemeriksaan CT Scan pada abdomen dilakukan untuk mendeteksi apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.

c. Laboratorium Darah

Didapatkan leukosit >10500 sel/mcL, dan neutrofilia $>75\%$.

d. Urinalisasi

Pada urinalisasi dapat ditemukan piuria, leukositoria, eritrositoria, dan kadar asam 5-hidroksiindolasetat sebagai marker dini apendisitis yang meningkat secara signifikan dan menurun ketika telah terjadi nekrosis (Awan. Hariyanto, 2015).

8. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi yaitu :

a. Perforasi

Insidensi perforasi 10-32%. Perforasi jarang terjadi dalam 8 jam pertama, perforasi terjadi 24 jam setelah awitan nyeri. Tanda-tanda perforasi yaitu nyeri, spasme otot dinding perut kuadran kanan bawah dengan tanda peritonitis umum atau abses yang terlokalisasi, ileus, demam, malaise, dan leukositosis semakin jelas.

b. Peritonitis

Bila terjadi peritonitis umum terapi spesifik yang dilakukan adalah operasi untuk menutup asal perforasi. Bila terbentuk abses apendiks akan teraba massa di kuadran kanan bawah yang cenderung menggelembung ke arah rektum atau vagina.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan sebaiknya konservatif terhadap pemberian antibiotik dan istirahat ditempat tidur. Penatalaksanaan hanya dilakukan bila dalam perawatan terjadi abses dengan atau tanpa peritonitis umum. Penatalaksanaan antara lain :

a. Sebelum operasi

1. Pemasangan kateter untuk kontrol produksi urin.
2. Rehidrasi.

3. Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi dan diberikan secara intravena.
 4. Obat-obatan penurun panas setelah dehidrasi tercapai.
 5. Bila demam harus diturunkan sebelum diberi anestesi.
- b. Operasi
1. Apendiktomi.
 2. Apendiks dibuang jika apendik mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika.
 3. Abses apendik diobati dengan antibiotik intravena, biasanya mungkin mengecil atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari.
 4. Apendiktomi dilakukan bila abses dilakukan operasi elektif sesudah 6 minggu atau 3 bulan.
- c. Pasca operasi
1. Observasi TTV.
 2. Baringkan pasien dalam posisi semi fowler.
 3. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama pasien dipuasakan.
 4. Bila dilakukan operasi lebih besar misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal.
 5. Berikan minum mulai 15ml perjam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30ml perjam.
 6. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit (Handaya, 2017).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada pasien dengan apendisitis meliputi (Jitowiyono & Weni, 2012) :

- a. Identitas pasien
- b. Keluhan utama

Biasanya pasien mengeluhkan nyeri tekan dan nyeri lepas pada daerah kuadran kanan bawah, nyeri sekitar umbilicus. Timbul keluhan nyeri perut kanan bawah dan dalam beberapa jam kemudian setelah nyeri dipusat atau epigastrium dirasakan dalam beberapa waktu lalu. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus-menerus, dapat hilang timbul dalam waktu yang lama. Keluhan yang menyertai biasanya pasien mengeluh rasa mual dan muntah.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Selain mengeluh nyeri pada daerah epigastrium, keluhan yang menyertai biasanya pasien mengeluh rasa mual dan muntah, suhu tubuh meningkat.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pasien memiliki riwayat yang berhubungan dengan penyakit sekarang seperti pasien pernah mengalami penyakit yang sama atau penyakit organ pencernaan lainnya.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya penyakit apendisitis ini bukan penyakit keturunan, bisa dalam anggota keluarga ada yang pernah mengalami penyakit yang sama dengan pasien.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Biasanya pasien tampak lemah

2) Tingkat kesadaran

Composmentis

3) Tanda-tanda vital

a) Frekuensi nadi dan tekanan darah

Denyut nadi biasanya ditemukan normal, tekanan darah biasanya ditemukan normal.

b) Frekuensi pernafasan

Biasanya ditemukan frekuensi pernafasan normal.

c) Suhu tubuh

Biasanya suhu tubuh normal, namun jika ada infeksi pada bekas luka maka suhu tubuh dapat meningkat.

4) Kepala

Perhatikan bentuk dan kesimetrisan, palpasi adanya pembengkakan, dan periksa kebersihan kepala.

5) Mata

Pada konjungtiva akan tampak anemis, sklera tidak ikterik.

6) Hidung

Perhatikan kesimetrisan hidung, tidak ada pernafasan cuping hidung.

7) Mulut

Pra Operasi

Biasanya ditemukan mukosa bibir lembab.

Post Operasi

Biasanya mukosa bibir kering.

8) Telinga

Perhatikan kebersihan telinga, lihat adanya lesi dan sekret.

9) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tiroid.

10) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : ictus cordis teraba

Perkusi : bunyi jantung I RIC III kanan, kiri, bunyi jantung II RIC 4-5 midklavikula

Auskultasi : vesikuler

11) Paru-paru

Inspeksi : terlihat simetris kiri dan kanan, tidak ada tarikan dinding dada

Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

12) Abdomen

Pra Operasi

Inspeksi : biasanya pada apendisitis akut sering ditemui adanya abdominal swelling, sehingga pada pemeriksaan ini biasanya ditemukan distensi abdomen.

Palpasi : pada daerah perut kanan bawah biasanya apabila ditekan akan menimbulkan nyeri, dan apabila ditekan lepas akan terasa nyeri juga. Pada penekanan perut kiri bawah akan dirasakan nyeri pada perut kanan bawah ini disebut tanda Rovsing (Rovsing sign), dan apabila tekanan pada perut kiri dilepas maka juga akan terasa sakit di perut kanan bawah, hal ini disebut Blumberg (Blumberg sign).

Perkusi : biasanya timpani

Auskultasi : peristaltik usus biasanya menurun atau tidak ada sama sekali.

Post Operasi

Inspeksi : terdapat luka operasi dikudran kanan bawah abdomen, terdapat drain/pipa lambung.

Auskultasi : bising usus berkurang

13) Ekstremitas

Pra Operasi

Biasanya CRT <2 detik, turgor kulit kembali cepat dan tidak ada edema

Post Operasi

Pasien terpasang infus

g. Pola kehidupan sehari-hari

1. Aktifitas/istirahat

Gejala : biasanya malaise

2. Sirkulasi

Tanda : biasanya takikardi

3. Eliminasi

Gejala : biasanya konstipasi, diare (kadang-kadang)

4. Makanan/cairan

Gejala :

Pra Operasi : biasanya pasien anoreksia, mual dan muntah.

Post Operasi : dehidrasi. (Ida Mardelina, 2016).

h. Pemeriksaan penunjang

1. Hitung darah lengkap untuk memastikan apakah jumlah sel darah putih lebih dari 10.000/mL, yang mengindikasikan terjadinya infeksi.
2. Pemeriksaan CT scan atau ultrasonografi untuk menentukan apakah apendik mengalami inflamasi.

2. Diagnosa keperawatan

Pra operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi). (SDKI, hal 172)
- b. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdominal. (SDKI, hal 170)
- c. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi. (SDKI, hal 284)
- d. Ansietas berhubungan dengan rencana operasi. (SDKI, hal 180)

Post operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. (SDKI, hal 172)
- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan mekanik. (SDKI, hal 282)
- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. (SDKI, hal 304)
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. (SDKI, hal 56)
- e. Risiko syok berhubungan dengan tindakan operasi. (SDKI, hal 92)

3. Intervensi Keperawatan

3.1 Tabel Pra Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik	Manajemen nyeri • Observasi a. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi, frekuensi,kualitas ,intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas

			<p>hidup</p> <p>h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>i. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>• Terapeutik</p> <p>a. Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis,kompres hangat/dingin)</p> <p>b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis,suhu ruangan,pencayaan,kebisingan)</p> <p>c. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdominal	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil : 1. Perasaan ingin muntah	Manajemen mual <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi pengalaman mual b) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis, nafsu makan,

		<p>menurun</p> <p>2. Perasaan asam dimulut menurun</p> <p>3. Pucat membaik</p> <p>4. Dilatasi pupil membaik</p> <p>5. Nafsu makan meningkat</p>	<p>aktivitas,tidur)</p> <p>c) Identifikasi faktor penyebab mual (mis, pengobatan dan prosedur)</p> <p>d) Monitor mual (mis, frekuensi,durasi,dan tingkat keparahan)</p> <p>• Terapeutik</p> <p>a) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis, bau tak sedap)</p> <p>b) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis, kecemasan,ketakutan,kelelahan)</p> <p>c) Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</p> <p>• Edukasi</p> <p>a) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>b) Anjurkan sering membersihkan</p>
--	--	---	--

			<p>mulut,kecuali jika merangsang mual</p> <p>c) Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</p> <p>d) Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (mis, relaksasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi Kolaborasi pemberian antiemetik,jika perlu
3.	Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 2. Kulit merah menurun 3. Kejang menurun 4. Pucat menurun 5. Suhu tubuh 	<p>Manajemen hipertermia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ol style="list-style-type: none"> a) Monitor suhu tubuh b) Monitor kadar elektrolit c) Monitor haluaran urine d) Monitor komplikasi akibat hipertermia • Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a) Sediakan lingkungan yang

		membaik 6. Suhu kulit membaik 7. Tekanan darah membaik	dingin b) Longgarkan atau lepaskan pakaian c) Berikan cairan oral d) Berikan oksigen,jika perlu • Edukasi a) Anjurkan tirah baring • Kolaborasi Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena,jika perlu
4.	Ansietas berhubungan dengan rencana operasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun	Reduksi ansietas • Observasi a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis, kondisi,waktu, stressor) b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) • Terapeutik a) Ciptakan suasana

		<p>4. Perilaku tegang menurun</p> <p>5. Konsentrasi membaik</p> <p>6. Pola tidur membaik</p> <p>7. Frekuensi pernapasan membaik</p> <p>8. Frekuensi nadi membaik</p> <p>9. Tekanan darah membaik</p>	<p>terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</p> <p>c) Pahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>d) Dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</p> <p>g) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p> <p>h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</p>
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">• Edukasi<ul style="list-style-type: none">a) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialamib) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosisc) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlud) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsie) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi keteganganf) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepatg) Latih teknik relaksasi• Kolaborasi Kolaborasi pemberian obat
--	--	--	--

			antiansietas,jika perlu
--	--	--	-------------------------

Tabel 3.2 Post Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik	Manajemen nyeri • Observasi a) Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri b) Identifikasi skala nyeri c) Identifikasi respon nyeri nonverbal d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap

			<p>respon nyeri</p> <p>g) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>i) Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>• Terapeutik</p> <p>a) Berikan terapi nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. kompres hangat dingin)</p> <p>b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>c) Fasilitasi</p>
--	--	--	---

			<p>istirahat dan tidur</p> <p>d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a) Jelaskan penyebab,period e,dan pemicu nyeri b) Jelaskan strategi meredakan nyeri c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri • Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik,jika perlu
--	--	--	---

2.	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan mekanik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Perdarahan menurun 5. Kemerahan menurun 6. Suhu kulit membaik 7. Tekstur membaik	<p>Perawatan luka</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ul style="list-style-type: none"> a) Monitor karakteristik luka (miss.drainase,warna,ukuran,bau) b) Monitor tanda-tanda infeksi • Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b) Cukur rambut didaerah sekitar luka c) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik,sesuai kebutuhan d) Bersihkan jaringan nekrotik e) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi,jika perlu f) Pertahankan
----	--	--	---

			<p>teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>g) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi b) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein c) Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri • Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> a) Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
3.	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :	<p>Pencegahan infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ul style="list-style-type: none"> a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokasi dan sistemik • Terapeutik

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 7. Kadar sel darah putih membaik 8. Kultur area luka membaik 	<ol style="list-style-type: none"> a) Batas jumlah pengunjung b) Berikan perawatan kulit pada area edema c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi <ol style="list-style-type: none"> a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar c) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi d) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi e) Anjurkan meningkatkan asupan cairan • Kolaborasi
--	--	--	--

			Kolaborasi pemberian imunisasi,jika perlu
4.	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Nyeri abdomen meningkat 3. Perasaan cepat kenyang menurun 4. Berat badan membaik 5. IMT membaik 6. Frekuensi makanan membaik 7. Nafsu makan membaik 8. Bising usus membaik 	Manajemen nutrisi <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ol style="list-style-type: none"> a) Identifikasi status nutrisi b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c) Identifikasi makanan yang disukai d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien e) Monitor berat badan f) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium • Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> a) Lakukan oral hygiene sebelum makan,jika perlu b) Fasilitasi menentukan pedoman diet

			<p>(miss piramida makanan)</p> <p>c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>d) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>e) Berikan makanan tinggi kalori dan protein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi <ul style="list-style-type: none"> a) Anjurkan posisi duduk,jika mampu b) Anjurkan diet yang diprogramkan • Kolaborasi Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
--	--	--	---

5	Risiko syok berhubungan dengan tindakan operasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat syok menurun dengan kriteria hasil : 1.Kekuatan nadi meningkat 2.Output urine meningkat 3.Tingkat kesadaran meningkat 4.Akral dingin menurun 5. Pucat menurun 6.Tekanan darah membaik 7.Tekanan nadi membaik 8.Frekuensi nadi membaik 9.Frekuensi napas membaik	<p>Pencegahan syok</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi <ul style="list-style-type: none"> a) Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi,frekuensi napas,TD) b) Monitor status cairan (masukan dan haluaran,turgor kulit,CRT) c) Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil d) Periksa riwayat alergi • Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> a) Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% b) Siapkan intubasi dan ventilasi mekanis,jika perlu c) Pasang jalur IV,jika perlu d) Pasang kateter
---	---	---	--

			<p>urine untuk menilai produksi urine,jika perlu</p> <p>e) Lakukan skin test untuk mencegah rekasi alergi</p> <p>• Edukasi</p> <p>a) Jelaskan penyebab/faktor risiko syok</p> <p>b) Jelaskan tanda dan gejala awal syok</p> <p>c) Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok</p> <p>d) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>e) Anjurkan menghindari alergen</p> <p>• Kolaborasi Kolaborasi pemberian transfusi darah,jika perlu</p>
--	--	--	--

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian adalah deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan secara objektif, dengan desain penelitian yang digunakan yaitu studi kasus. Hasil yang didapatkan oleh peneliti adalah bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Apendisitis Di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2022.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang. Waktu penelitian dimulai dari bulan Agustus 2021 – Juni 2022. Waktu pengumpulan data mulai dari tanggal 08 Maret – 12 Maret 2022.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti tersebut adalah populasi penelitian (Sujarweni, 2014). Populasi dari penelitian ini adalah semua pasien apendisitis di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang yang ada pada saat penelitian. Populasi yang ditemukan saat penelitian adalah 1 orang penderita Apendisitis.

2. Sampel

Objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi disebut sampel (Notoatmodjo, 2012). Teknik sampling merupakan suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada (Mardalis, 2012). Sampel penelitian ini adalah satu partisipan pasien apendisitis yang berada di Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2022. Pemilihan sampel ini merujuk pada teknik purposive sampel yaitu, pemilihan sampel yang dilakukan dengan sengaja, cara penggunaan sampel ini diantara populasi sehingga sampel

tersebut mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Mardalis, 2012).

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

a. Kriteria Inklusi

1. Klien bersedia menjadi responden.
2. Klien kooperatif dan bisa berkomunikasi verbal dengan baik.
3. Klien dirawat hari pertama.

b. Kriteria Eklusi

1. Pasien yang hari rawatnya kurang dari 5 hari pasien pulang/meninggal.
2. Pasien yang memiliki komplikasi berat seperti sepsis,peritonitis.

D. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data kuantitatif yaitu meliputi :

1. Wawancara

Menurut Sujarweni (2014), wawancara adalah salah satu instrumen yang digunakan untuk menggali data secara lisan. Dalam penelitian ini wawancara dilakukan tentang identitas pasien,riwayat kesehatan(keluhan masuk rumah sakit,riwayat kesehatan sekarang,riwayat penyakit sebelumnya dan riwayat penyakit kesehatan keluarga), activity daily (ADL) seperti makan, minum, BAB, BAK, istirahat dan tidur, diagnosa medis, no.MR dan penanggung jawab pasien yaitu nama, pekerjaan, alamat dan hubungan. Pada saat mengkaji riwayat kesehatan pasien peneliti melakukan wawancara dengan menanyakan keluhan utama pasien masuk ke rs yaitu nyeri perut sebelah kanan bawah, nyeri hilang timbul, skala nyeri 5, nafsu makan menurun, klien mengeluh mual dan muntah dan pusing. Riwayat kesehatan sekarang peneliti mengkaji keadaan dan keluhan yang dirasakan pasien saat ini pasien mengatakan masih nyeri dibagian perut kanan bawah, nyeri terasa di umbilicus lalu timbul mual dan muntah, nyeri terasa berat ketika berjalan, skala nyeri 3, pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan operasi.

2. Observasi

Observasi adalah cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Mardalis, 2012). Dalam penelitian, pengamatan merupakan suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat, mendengar, dan mencatat sejumlah dan taraf aktivitas tertentu atau situasi tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2012).

3. Dokumentasi

Dokumentasi adalah catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan dokumen dari RS untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan. Didapatkan data pasien yang mengalami apendisitis dari rekam medis meliputi identitas klien.

E. Alat atau Instrumen Untuk Pengumpulan Data

Alat atau instrumen yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah format pengkajian keperawatan medikal bedah, alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari thermometer, penlight, stetoskop, tensimeter.

F. Jenis dan Cara Pengumpulan Data

1. Jenis-jenis Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari partisipan seperti pengkajian yang meliputi : identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktivitas sehari-hari, dan pemeriksaan fisik terhadap partisipan.

b. Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh langsung dari rekam medis dan diruangan bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksodiwiryo Padang tahun 2022. Data sekunder berupa bukti, data penunjang, catatan atau laporan historis yang sudah tersusun.

Cara Pengumpulan Data

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti yaitu :

- a. Peneliti meminta izin penelitian dengan meminta surat pengantar dari Poltekkes Kemenkes Padang.
- b. Meminta izin Kepala Keperawatan Ruang Bedah Rumah Sakit TK III Dr. Reksowidiryo Padang.
- c. Melakukan pemilihan sampel sebanyak satu orang pasien dengan kasus apendisitis.
- d. Mendatangi pasien dan keluarga menjelaskan tujuan penelitian.
- e. Responden dan keluarga memberikan persetujuan untuk dijadikan responden dalam penelitian.
- f. Responden dan keluarga diberikan kesempatan untuk bertanya.
- g. Responden dan keluarga menandatangani informed consent. Peneliti meminta waktu responden untuk melakukan asuhan keperawatan dan pamit.

G. Analisa Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu dengan menganalisis semua temuan pada tahapan proses keperawatan dengan menggunakan konsep dan teori keperawatan pasien dengan apendisitis. Data yang didapat dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, implementasi sampai mengevaluasi hasil tindakan keperawatan untuk dinarasikan dan dibandingkan dengan teori asuhan keperawatan pada responden. Analisa yang dilakukan adalah untuk menentukan kesesuaian antara teori yang ada dengan kondisi klien.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara langsung dengan partisipan dan keluarga, observasi kondisi partisipan dan melalui studi dokumentasi pada pasien.

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil penelitian yang didapatkan peneliti melalui observasi, wawancara dan studi kasus dokumentasi pada partisipan sebagai berikut.

- a. Identitas pasien dan penanggung jawab : Ny. N umur 49 tahun, jenis kelamin perempuan, status kawin, beragama islam, pendidikan SMP, dan bertempat tinggal di Jl. Mutiara Indah No 16A Padang Basi. Selama dirawat di rumah sakit yang bertanggung jawab kepada Ny. N adalah Tn. E yang merupakan suami dari Ny. N bekerja sebagai buruh.
- b. Keluhan utama : Pasien masuk melalui IGD RST.Dr.Reksodiwiryo Padang tanggal 08 Maret 2022 pada pukul 14.20 WIB dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan bawah, nyeri terasa hilang timbul, skala nyeri 5, dan klien merasa mual dan muntah serta pusing.
- c. Riwayat kesehatan saat ini : Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 08 Maret 2022 Pukul 17.00 WIB, pasien mengatakan masih terasa nyeri dibagian perut kanan bawah, nyeri terasa disekitar umbilikus lalu timbul mual dan muntah, skala nyeri 3, nyeri terasa berat ketika pasien berjalan, pasien tampak menghindari pergerakan diperut karena rasa nyeri, pasien mengatakan badannya terasa lemah, pusing dan nafsu makan menurun tidak ada penurunan berat badan, dan pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan operasi pada tanggal 09 Maret 2022.

- d. Riwayat kesehatan dahulu : Pasien mengatakan baru pertama kali dirawat dirumah sakit, dan pasien tidak pernah memiliki riwayat penyakit lainnya.
- e. Riwayat kesehatan keluarga : Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien. Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit apendisitis dan penyakit keturunan ataupun penyakit menular lainnya. Keluarga juga mengatakan kurang mengkonsumsi asupan rendah serat.
- f. Pola makan dan minum pasien : Pasien mengatakan saat sehat makan 2-3 kali sehari dengan satu piring nasi, dan lauk, namun jarang disertai sayur dan buah. Klien juga sering mengkonsumsi makanan pedas dan cepat saji seperti mie, bakso dll. Pasien juga mengatakan mengkonsumsi air putih sekitar 1000-1250 cc perhari. Ketika sakit pasien diberikan diet ML. Makanan hanya habis setengah porsi . Intake cairan pasien melalui oral hanya sebanyak 500-600cc, sementara melalui intravena 600cc. Pasien mengatakan tidak nafsu makan dan terasa mual dan muntah saat makan, tidak terjadi penurunan berat badan pada pasien.
- g. Pola istirahat dan tidur : Pasien mengatakan saat sehat tidur 5-6 jam perhari, klien mengatakan juga jarang tidur siang. Ketika sakit klien mengatakan sulit tidur karena nyeri perutnya. Klien hanya bisa tidur kurang lebih 4 jam dan sering terbangun.
- h. Pola BAB dan BAK : Pasien mengatakan saat sehat BAB 1-2 kali sehari, konsistensi lunak, warna kuning, dan bau khas. Pasien mengatakan sejak masuk RS belum ada BAB. Saat sehat pasien BAK 5-6 kali sehari, warna kuning jernih, dan bau khas. Saat sakit pasien BAK 2 kali sehari, warna kuning pekat.
- i. Pola aktifitas : Saat sehat pasien mengatakan dapat melakukan aktifitasnya tanpa dibantu dan pasien jarang olahraga. Saat sakit pasien mengatakan badannya terasa lemah dan segala aktifitas dibantu oleh keluarga.

j. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan tanggal 08 Maret 2022

1. Keadaan umum : Sedang
2. GCS : 15 (compos mentis)
3. TTV :
 - a) TD : 110/70 mmHg
 - b) Nadi : 90x/menit
 - c) Pernafasan : 18x/menit
 - d) Suhu : 36,6°C
4. Kepala : Tidak teraba benjolan pada kepala, warna rambut pasien hitam, tidak ada lesi.
5. Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, reaksi pupil positif.
6. Hidung : Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip atau peradangan pada hidung, tidak ada pernafasan cuping hidung.
7. Mulut : Mukosa mulut kering dan pucat, tidak ada sianosis.
8. Leher : Tidak ada pembengkakan pada kelenjar, tidak ada pembesaran vena jugularis, reflek menelan baik.
9. Thorak
 - a) Jantung
Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat
Palpasi : ictus cordis teraba
Perkusi : bunyi jantung I RIC 3 kanan, kiri, bunyi jantung II RIC 4-5 midklafikula
 - b) Paru-paru
Inspeksi : dada simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan.
Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama.
Perkusi : bunyi sonor.
Auskultasi : tidak terdapat ronchi atau wheezing.

10. Abdomen

Inspeksi : simetris kiri dan kanan.

Palpasi : tidak teraba masa, nyeri tekan (+) nyeri lepas (+) dibagian region iliaka.

Perkusi : tympani

Auskultasi : tidak ada bising usus

11. Ekstremitas

Atas : akral teraba hangat, CRT <2 detik, tidak ada edema dan terpasang infus

Bawah : akral teraba hangat, tidak terdapat edema, CRT <2 detik, tidak ada varises.

k. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan penunjang tanggal 08 Maret 2022

- 1) Hemoglobin 15,4 gr/dl (dengan nilai rujukan wanita : 12-16 gr/dl)
- 2) Leukosit 15.680 mm³ (dengan nilai rujukan 5000-10.000 mm³)
- 3) Trombosit 289.000 mm³ (dengan nilai rujukan : 150-400 rb mm³)

l. Terapi pengobatan

Tanggal 08-12 Maret 2022 :

- 1) Ranitidine (iv) 2x1
- 2) Cefoperazone (iv) 2x1

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian dengan mengelompokkan data, memvalidasi data dan menganalisa data berdasarkan data subjektif dan data objektif. Pada diagnosa keperawatan, peneliti akan menganalisis perumusan diagnosa keperawatan pada pasien berdasarkan teori dan kasus. Ditemukan beberapa diagnosa keperawatan yang teridentifikasi dengan 3 pre operasi dan 2 post operasi yaitu :

Diagnosa pre operasi

- a. Diagnosa *pertama*, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi). Diagnosa ini diangkat dan diperkuat dengan data subjektif bahwa pasien mengatakan nyeri dibagian perut sebelah kanan bawah, nyeri semakin berat ketika berjalan, nyeri yang dirasakan nyeri tumpul dan skala nyeri 3. Sedangkan data objektif yang di dapatkan dari pengukuran dan observasi yang hasilnya pasien tampak meringis, pasien tampak gelisah, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90x/menit.
- b. Diagnosa *kedua*, Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal. Diagnosa ini didukung oleh data yang pertama yaitu data subjektif bahwa pasien mengatakan mengeluh mual dan muntah, pasien mengatakan tidak nafsu makan. Sedangkan data objektif pasien tampak pucat dan hanya menghabiskan setengah porsi makanan yang diberikan.
- c. Diagnosa *ketiga*, Ansietas berhubungan dengan rencana operasi. Diagnosa ini didukung oleh data yang pertama yaitu data subjektif bahwa pasien mengatakan cemas karena akan menjalani prosedur tindakan operasi, pasien mengatakan takut tidak dapat bekerja dengan maksimal setelah dilakukan tindakan operasi. Sedangkan data objektif pasien tampak gelisah, mukosa mulut kering, nadi 90x/menit, pernafasan 18x/menit.

Diagnosa post operasi

- d. Diagnosa *keempat*, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi). Diagnosa ini didukung oleh data yang pertama yaitu data subjektif bahwa pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi, pasien mengatakan takut untuk banyak bergerak karena nyeri bertambah, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5. Sedangkan data objektif pasien tampak meringis dan gelisah.

- e. Diagnosa *kelima*, Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanik. Diagnosa ini didukung oleh data yang pertama yaitu data subjektif bahwa pasien mengatakan nyeri dibagian post operasi. Sedangkan data objektif pasien tampak ada kerusakan integritas kulit, ada bekas operasi, luka tampak kering, bersih dan kemerahan.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan yang dilakukan pada partisipan mengacu pada SLKI dan SIKI.

Intervensi keperawatan pre operasi, yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi). Dengan kriteria hasil dan tujuan berdasarkan SLKI yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik. Sedangkan rencana intervensi yang akan dilakukan berdasarkan SIKI manajemen nyeri yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri nonverbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (miss, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri. Jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.
- b. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal. Dengan kriteria hasil dan tujuan berdasarkan SLKI yaitu perasaan ingin muntah menurun, pucat membaik, nafsu makan membaik, frekuensi menelan membaik. Sedangkan rencana intervensi yang akan dilakukan berdasarkan SIKI manajemen mual yaitu identifikasi pengalaman mual, identifikasi dampak mual terhadap

kualitas hidup, identifikasi faktor penyebab mual (miss, pengobatan dan prosedur), monitor mual, monitor asupan nutrisi dan kalori, kendalikan faktor lingkungan penyebab mual, kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, anjurkan istirahat dan tidur, anjurkan sering membersihkan mulut, anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual, kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu.

- c. Ansietas berhubungan dengan rencana operasi. Dengan kriteria hasil dan tujuan berdasarkan SLKI yaitu verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusing menurun, tremor menurun, pucat menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. Sedangkan rencana intervensi yang akan dilakukan sesuai SIKI reduksi ansietas yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah (miss, kondisi, waktu, stressor), monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara faktual mengenal diagnosis, pengobatan dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu.
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Dengan kriteria hasil dan tujuan berdasarkan SLKI yaitu keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik. Sedangkan rencana intervensi yang akan dilakukan sesuai SIKI pemantauan nyeri yaitu identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri, monitor kualitas nyeri (miss, terasa tajam,

tumpul, diremas-remas, ditimpa beban berat), monitor lokasi dan penyebaran nyeri, monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala, monitor durasi dan frekuensi nyeri, atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan, jika perlu. Dan manajemen nyeri yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri nonverbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (miss, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik. Dengan kriteria hasil dan tujuan berdasarkan SLKI yaitu kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, suhu kulit membaik, tekstur membaik. Sedangkan rencana intervensi yang akan dilakukan sesuai SIKI perawatan luka yaitu monitor karakteristik luka (miss, drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, cukur rambut disekitar luka jika perlu, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada tanggal 08 Maret sampai 12 Maret 2022. Dari pertemuan pertama sampai dengan pertemuan kelima pada diagnosis keperawatan utama yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi). Yaitu mengidentifikasi nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri nonverbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi nafas dalam, melakukan kolaborasi pemberian analgetik yaitu cefoperazone (iv) 2x1.
- b. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal. Yaitu mengidentifikasi pengalaman mual, mengidentifikasi faktor penyebab mual, memonitor mual, memonitor asupan nutrisi dan kalori, menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup, menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual dengan teknik nafas dalam.
- c. Ansietas berhubungan dengan rencana operasi. Yaitu menjelaskan mengenai operasi yang akan dijalankan pasien, meyakinkan keselamatan dan keamanan pasien, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dan mengajarkan pasien teknik nafas dalam untuk mengurangi kecemasan pasien.
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi). Yaitu menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri, menganjurkan pasien untuk teknik nafas dalam, memonitor tanda-tanda vital, memonitor tingkat kesadaran dan mengatur posisi pasien.

- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik. Yaitu melakukan perawatan luka, mengukur luas luka, mengganti balutan, memonitor tanda-tanda vital, menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam, dan berkolaborasi pemberian antibiotic cefoperazone (iv) 2x1.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan selama 5 hari (08 Maret 2022 – 12 Maret 2022) dengan menggunakan SOAP hasil yang diperoleh sebagai berikut :

- a. Evaluasi yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) pada hari ke 2 didapatkan evaluasi bahwa pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang, pasien sudah tidak tampak meringis dan tekanan darah dalam batas normal. Masalah teratasi intervensi dihentikan.
- b. Evaluasi yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal pada hari ke 2 dimana didapatkan evaluasi bahwa pasien mengatakan tidak mengalami mual dan muntah lagi, nafsu makan sudah mulai meningkat, pasien juga sudah tidak tampak mual, dan sudah tidak tampak pucat. Masalah teratasi intervensi dihentikan.
- c. Evaluasi yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu Ansietas berhubungan dengan rencana operasi pada hari ke 2 dimana didapatkan evaluasi bahwa pasien mengatakan paham dengan penjelasan dan cemasnya berkurang, pasien sudah tidak tampak gelisah lagi, dan tekanan darah dalam batas normal. Masalah teratasi intervensi dihentikan.
- d. Evaluasi yang dilakukan pada diagnosa keempat yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik pada hari ke 4 dimana didapatkan evaluasi bahwa pasien mengatakan nyeri dibekas operasi, pasien hanya bisa miring kiri dan kanan secara perlahan, pasien posisi semi fowler, dan tekanan darah dalam batas normal. Masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan.

- e. Evaluasi yang dilakukan pada diagnosa kelima yaitu Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik pada hari ke 5 dimana didapatkan evaluasi bahwa pasien mengatakan nyeri dibekas operasi sudah berkurang, luka tampak kering, sedikit kemerahan dan perban sudah diganti. Masalah teratasi intervensi dihentikan.

B. Pembahasan Kasus

Setelah melaksanakan penelitian melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan keperawatan, melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, maka peneliti akan membahas mengenai kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan dalam perawatan pada kasus apendisitis pada Ny. N yang dilakukan asuhan keperawatan pada tanggal 08 Maret 2022 sampai 12 Maret 2022 di RST. Dr. Reksodiwiryo Padang, yang diuraikan sebagai berikut :

1. Pengkajian Keperawatan

a. Keluhan Utama

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 08 Maret 2022, pasien mengatakan nyeri perut sebelah kanan bawah, nyeri terasa disekitas umbilikus lalu timbul mual dan muntah, nyeri terasa berat ketika berjalan.

Keluhan apendisitis sering ditemukan gejala seperti nyeri abdomen bagian atas atau generalisata ringan. Nyeri ini memburuk ketika bergerak, berjalan, atau batuk (Priscilla. Lemone, Karen. M Burke, 2016). Nyeri biasanya terjadi secara mendadak dimulai dari perut sebelah atas atau disekitar pusar, lalu timbul mual dan muntah (Handaya, 2017).

Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Three (2019) yang menyebutkan bahwa dirasakan keluhan nyeri perut sebelah kanan bawah, nyeri akan semakin berat ketika berjalan dan mual.

Hal ini sesuai dengan analisa peneliti bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan keluhan yang ditemukan pada pasien, maka apabila perawat mengkaji keluhan utama pasien dengan apendisitis akan ditemukan data seperti diatas.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Berdasarkan hasil penelitian pasien ditemukan bahwa pasien mengatakan sering makan makanan cepat saji seperti mie dan makanan pedas, kurang mengkonsumsi air putih, jarang makan sayur dan buah.

Kebiasaan makanan terutama yang kurang serat dan makanan cepat saji dapat memudahkan terjadinya fekalit dan mengakibatkan obstruksi lumen (Awan. Hariyanto, 2015).

Menurut Ningsih, 2017 di RST Tk III Reksodiwiryo Padang hasil penelitian ini didapatkan bahwa kebiasaan makan memiliki hubungan yang bermakna terhadap kejadian apendisitis. Kebiasaan makan meliputi frekuensi makan, pemilihan menu sehari-hari, konsumsi air minum, dan konsumsi sayur.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori maka menurut peneliti bahwa penyebab terjadinya apendisitis bisa disebabkan oleh kebiasaan pola makan yang salah yaitu seperti pemilihan menu sehari-hari, konsumsi air minum, konsumsi makanan berserat, dan makanan cepat saji dapat memicu terjadinya peningkatan asupan energi yang rendah dan rendah asupan mikronutrien (vitamin dan mineral) sehingga terjadinya penurunan imunitas mengarah ke infeksi.

c. Pemeriksaan Fisik

Hasil penelitian yang didapatkan pada pasien saat melakukan pemeriksaan fisik pasien kooperatif dengan tingkat kesadaran composmentis. Hasil pengukuran didapatkan tinggi badan 160 cm, berat badan 65 kg, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,6°C, nadi 90x/menit, pernafasan 18x/menit. Pemeriksaan abdomen perut terlihat simetris, perkusi tympani, tidak ada pembesaran hepar,

adanya nyeri tekan dibagian perut kanan bawah, bising usus tidak ada, pemeriksaan ekstremitas akral teraba hangat, CRT ,2 detik, tidak ada kelainan pada ekstremitas atas dan bawah.

Pada daerah perut kanan bawah apabila ditekan akan terasa nyeri. Bila tekanan dilepas akan terasa nyeri lebih tajam, nyeri tekan perut kanan bawah merupakan kunci dari diagnosis apendisitis, Pada penekanan perut kiri bawah akan dirasakan nyeri perut kanan bawah, ini disebut tanda rovsing (rovsing sign). Dan apabila tekanan pada perut kiri dilepas maka juga akan terasa sakit di perut kanan bawah, ini disebut tanda Blumberg, perkusi : tympani, auskultasi : peristaltik usus menurun atau tidak ada sama sekali. Nyeri pindah ke kanan bawah (yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk) dan menunjukkan tanda rangsangan peritoneum likal di titik Mc. Burney : nyeri tekan, nyeri lepas, defans muskuler, psoas, terjadi karena adanya rangsangan muskulus psoas oleh peradangan yang terjadi pada apendik (Handaya, 2017).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori maka menurut peneliti terdapat kesamaan dengan yang ditemukan pada pasien apendisitis mengeluh nyeri pada daerah perut kanan bawah, dan saat dilakukan pemeriksaan pada daerah abdomen juga didapatkan adanya nyeri tekan, nyeri lepas, dan adanya tanda rovsing sign.

d. Hasil Laboratorium

Berdasarkan hasil laboratorium tanggal 08 Maret 2022 didapatkan Hemoglobin 15,4 gr/dl (dengan nilai rujukan wanita : 12-16 gr/dl). Leukosit 15.680 mm³ (dengan nilai rujukan 5000-10.000 mm³). Trombosit 289.000 mm³ (dengan nilai rujukan : 150-400 rb mm³). Dalam menegakkan diagnosis pada pasien dengan gejala yang tidak khas perlu dilakukan pemeriksaan penunjang. Salah satunya yaitu pemeriksaan hitung jumlah leukosit. Jumlah leukosit pada apendisitis akut umumnya meningkat yaitu sekitar 10.000-18.000 sel/mm³. Pada umumnya jumlah leukosit lebih dari 18.000 sel/mm³

menunjukkan telah terjadinya perforasi dan peritonitis (Nuari, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian dan teori maka menurut peneliti bahwa dalam penegakkan diagnosa pada pasien dengan gejala yang tidak khas perlu dilakukan pemeriksaan penunjang yaitu salah satunya pemeriksaan leukosit.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil peneliti didapatkan tiga masalah keperawatan pada pra operasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi), mual berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal, ansietas berhubungan dengan rencana operasi, peneliti juga menemukan dua masalah keperawatan saat post operasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi), gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik.

Menurut penelitian Ningsih (2017), kemungkinan diagnosa yang dapat muncul pada pasien dengan apendisitis yaitu 6 diagnosa, tetapi diagnosa ketidakseimbangan nutrisi dan kekurangan volume cairan tidak ditemukan karena tidak ada data yang menunjang untuk diagnosa tersebut.

Menurut peneliti, masalah keperawatan yang diangkat pada saat pra operasi namun tidak diangkat oleh perawat ruangan yaitu nyeri akut dan mual, perawat ruangan hanya terfokus dengan diagnosa ansietas klien.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan perencanaan yang akan dilakukan dalam mengatasi masalah keperawatan. Intervensi keperawatan berpedoman kepada *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)* dan *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Perencanaan tindakan berdasarkan tujuan intervensi masalah keperawatan yaitu :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi). Dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik. Sedangkan untuk rencana intervensi yang akan dilakukan sesuai SIKI yaitu manajemen nyeri yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri nonverbal, identifikasi faktor yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri. Jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan memonitor nyeri secara mandiri, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik yang tepat untuk pasien.

Menurut penelitian mardalena (2018), intervensi keperawatan yang dilakukan sama dengan yang peneliti rencanakan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) yaitu dengan melakukan pengkajian nyeri komprehensif, mengobservasi ketidaknyamanan, menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

- b. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal. Dengan kriteria hasil perasaan ingin muntah menurun, pucat membaik, nafsu makan membaik, frekuensi menelan membaik. Sedangkan untuk rencana intervensi yang akan dilakukan sesuai dengan SIKI adalah manajemen mual yaitu identifikasi pengalaman mual, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup, identifikasi faktor penyebab mual, monitor mual, monitor asupan nutrisi dan kalori, kendalikan faktor lingkungan penyebab mual, kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual, anjurkan sering membersihkan mulut, anjurkan makanan tinggi karbohidrat

dan rendah lemak, dan ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual.

Menurut Anisa (2021), intervensi keperawatan yang dilakukan sama dengan yang peneliti rencanakan pada diagnosa nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal yaitu manajemen mual.

- c. Ansietas berhubungan dengan rencana operasi. Dengan kriteria hasil verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akan kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, tremor menurun, pucat menurun, konsentrasi membaik, pola tidur membaik, frekuensi pernafasan membaik, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, pola berkemih membaik. Sedangkan untuk rencana intervensi yang akan dilakukan sesuai SIKI reduksi ansietas yaitu identifikasi saat tingkat ansietas berubah (miss. Kondisi, waktu, stressor), monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal), ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami, informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien.

Menurut Ningsih (2017), intervensi keperawatan yang dilakukan sama dengan yang peneliti rencanakan pada diagnosa ansietas berhubungan dengan rencana operasi yaitu dengan menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, menganjurkan melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi). Dengan kriteria keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, mual menurun, muntah menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik. Sedangkan untuk rencana

intervensi yang akan dilakukan sesuai SIKI yaitu pemantauan nyeri yaitu identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri, monitor kualitas nyeri (miss. Terasa tajam, tumpul, diremas-remas, ditimpa beban berat), monitor lokasi dan penyebaran nyeri, monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala, monitor durasi dan frekuensi nyeri, atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, dokumentasikan hasil pemantauan, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, informasikan hasil pemantauan. Dan melakukan pengkajian nyeri komprehensif, mengobservasi ketidaknyamanan, menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Menurut penelitian Anisa (2021), intervensi keperawatan yang dilakukan sama dengan yang peneliti rencanakan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi) yaitu pemantauan nyeri dengan mengidentifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri, memonitor kualitas nyeri dan menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik. Dengan kriteria hasil kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, kemerahan menurun, suhu kulit membaik, tekstur membaik. Sedangkan untuk rencana intervensi yang akan dilakukan sesuai SIKI yaitu perawatan luka yaitu monitor karakteristik luka (miss. Drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, cukur rambut disekitar luka jika perlu, bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jawalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan

protein, anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri, kolaborasi pemberian antibiotic yang tepat pada pasien.

Menurut Three (2019), intervensi keperawatan yang dilakukan sama dengan yang peneliti rencanakan pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan yaitu melakukan perawatan luka.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada kasus dimulai tanggal 08 Maret 2022 sampai 12 Maret 2022 :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi). Yaitu mengidentifikasi nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respons nyeri nonverbal, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu teknik relaksasi nafas dalam, melakukan kolaborasi pemberian analgetik yaitu cefoperazone (iv) 2x1.
- b. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal. Yaitu mengidentifikasi pengalaman mual, mengidentifikasi faktor penyebab mual, memonitor mual, memonitor asupan nutrisi dan kalori, menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup, menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual dengan teknik nafas dalam.
- c. Ansietas berhubungan dengan rencana operasi. Yaitu menjelaskan mengenai operasi yang akan dijalankan pasien, meyakinkan keselamatan dan keamanan pasien, menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien dan mengajarkan pasien teknik nafas dalam untuk mengurangi kecemasan pasien.
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi). Yaitu menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk

mengetahui pengalaman nyeri, menganjurkan pasien untuk teknik nafas dalam, memonitor tanda-tanda vital, memonitor tingkat kesadaran dan mengatur posisi pasien.

- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik. Yaitu melakukan perawatan luka, mengukur luas luka, mengganti balutan, memonitor tanda-tanda vital, menganjurkan teknik relaksasi nafas dalam, dan berkolaborasi pemberian antibiotic cefoperazone (iv) 2x1.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap selesai tindakan keperawatan pasien. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk melihat keefektifan intervensi yang sudah dilakukan dengan metode SOAP.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi). Masalah nyeri akut teratasi pada hari kedua dimana didapatkan evaluasi bahwa pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, pasien sudah tidak tampak meringis, dan tekanan darah dalam batas normal.
- b. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal. Masalah nausea teratasi pada hari kedua dimana didapatkan hasil evaluasi bahwa pasien mengatakan tidak mengalami mual dan muntah lagi, nafsu makan sudah mulai meningkat, pasien juga sudah tidak tampak mual, dan pasien sudah tidak tampak pucat.
- c. Ansietas berhubungan dengan rencana operasi. Masalah ansietas teratasi pada hari kedua dimana didapatkan evaluasi bahwa pasien mengatakan paham dengan penjelasan dan cemasnya berkurang, pasien juga sudah tidak tampak gelisah lagi, dan tekanan darah dalam batas normal.
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi). Masalah nyeri akut belum teratasi pada hari ke 4 dimana didapatkan evaluasi bahwa pasien mengatakan nyeri dibekas operasi, pasien hanya bisa miring kiri dan kanan secara perlahan,

pasien posisi semi fowler, dan tekanan darah dalam batas normal. Masalah belum teratasi intervensi dilanjutkan.

- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik. Masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi pada hari ke 5 dimana didapatkan evaluasi bahwa pasien mengatakan nyeri dibekas operasi sudah berkurang, luka tampak kering, dan sedikit kemerahan. Masalah teratasi intervensi dihentikan.

BAB V PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian terhadap asuhan keperawatan pada kasus penderita apendisitis di ruang bedah RST Dr. Reksodiwiryo Padang pada tahun 2022, peneliti mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian didapatkan data partisipan mengalami nyeri perut sebelah kanan bawah, nyeri terasa hilang timbul, pasien merasakan mual dan muntah serta pusing. Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, Nadi: 90x/menit, RR: 18x/menit, S: 36,6°C.
2. Diagnosa yang muncul pada kasus Ny. N yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi), nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal, ansietas berhubungan dengan rencana operasi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi), gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan teori SLKI dan SIKI. Intervensi yang direncanakan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) yaitu manajemen nyeri, diagnosa nausea yaitu manajemen mual, diagnosa ansietas yaitu reduksi ansietas, diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi) yaitu pemantauan nyeri, diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan yaitu perawatan luka.
4. Implementasi keperawatan mengacu kepada rencana tindakan yang telah disusun. Sebagian besar rencana keperawatan dapat dilaksanakan pada implementasi keperawatan, diantaranya yaitu melakukan pengkajian nyeri, menggunakan strategi komunikasi terapeutik, mengajarkan teknik nafas dalam, pemberian analgetik, memonitor ttv, teknik pengalihan, mengidentifikasi perubahan nafsu makan, menganjurkan meningkatkan cairan melalui oral.

5. Evaluasi yang didapatkan dari tanggal 08-12 Maret 2022 dalam bentuk SOAP, masalah teratasi dengan pasien sudah boleh pulang pada hari kelima. Hasil yang tercapai nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi), mual berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal, ansietas berhubungan dengan rencana operasi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi), gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik.

B. Saran

Untuk pengembangan lebih lanjut maka peneliti memberikan saran sebagai berikut :

1. RST. Dr. Reksodiwiryo Padang

Melalui direktur rumah sakit diharapkan perawat ruangan agar dapat lebih giat lagi dalam melakukan implementasi dan pendokumentasian untuk lebih meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien. Dan diarahkan kepada perawat ruangan tetap memberikan promosi kesehatan tentang apendisitis seperti melakukan manajemen nyeri dengan cara teknik relaksasi (nafas dalam) pada pasien apendisitis serta penatalaksanaan kepada keluarga agar dapat membantu mengurangi rasa nyeri pada pasien.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian yang peneliti dapatkan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan pembandingan pada penelitian selanjutnya dalam melakukan penelitian pada pasien apendisitis.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalina, Annisa, Avit Suchitra, and Deddy Saputra. 2018. "Hubungan Jumlah Leukosit Pre Operasi Dengan Kejadian Komplikasi Pasca Operasi Apendektomi Pada Pasien Apendisitis Perforasi Di RSUP Dr. M. Djamil Padang." *Jurnal Kesehatan Andalas* 7(4): 491.
- Arifuddin, Adhar, Lusia Salmawati, and Andi Prasetyo. 2017. "Faktor Resiko Kejadian Apendisitis Di Bagian Rawat Inap RSU Anutapura Palu." *Jurnal Preventif* 8(1): 26–33.
- Awaluddin. 2020. "Risiko Terjadinya Apendis Faktoritis Pada Penderita Apendisitis Di Rsud Batara Guru Belopa Kabupaten Luwu Tahun 2020." *Jurnal Kesehatan* 7(1): 67–72.
- C.s, Windy, and M. Sabir. 2016. "Perbandingan Antara Suhu Tubuh, Kadar Leukosit, Dan Platelet Distribution Width (PDW) Pada Apendisitis Akut Dan Perforasi." *Jurnal Kesehatan Tadulako* 2(2): 24–32.
- Fransisca, Cathleya, I Made Gotra, and Ni Made Mahastuti. 2019. "Karakteristik Pasien Dengan Gambaran Histopatologi Apendisitis Di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2015-2017." *Jurnal Medika Udayana* 8(7): 2.
- Handaya, A. Y. (2017). 31 *Penyakit Bedah Saluran Cerna (Digestif)*. (Mayasari, Ed.). Yogyakarta: RaphaPublishing.
- Hariyanto, A. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1 : Dengan diagnosis nanda international / Awan Hariyanto, Rini Sulistyowati (Cet.1)*. Ar-Ruzz Media.
- Hartawan, I.G.N Bagus Rai Mulya, and Dkk. 2020. "Karakteristik Kasus Apendisitis Di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Bali Tahun 2018." *Jurnal Medika Udayana* 9(10): 6–10.
- Jitowiyono, S. & Weni Kristiyanasari. (2012). *Asuhan Keperawatan Post Operasi Pendekatan Nanda, NIC, NOC (Ed : 2)*. Yogyakarta : Nuha Medik.
- Kurniawati, Kurniawati, and Abd Kadir. 2020. "Kurniawati, Gambaran Tentang Kejadian Appendisitis Di Rs. Tk Ii Pelamonia Makassar." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis* 15(4): 371–77.
- Manurung, Nixson. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah, Konsep, Mind Map, Dan Nanda Nic Noc, Solusi Cerdas Lulus UKOM Bidang Keperawa Jilid : 1*. Jakarta : Trans Info Media.
- Mardalis. (2012). *Metode Penelitian*. Jakarta: CV.TransInfoMedik.
- Mardalena, Ida. (2018). *Asuhan Keperawatan Pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

- Ningsih, Mardia. (2017). *KTI Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Apendisitis di Ruang Bedah RS Dr. Reksodiwiryo Padang*. Padang : Poltekkes Kemenkes Padang.
- Notoatmojo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT.RinekaCipta.
- Nuari, N. A. (2015). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Gastrointestinal*.(T. Ismail, Ed.). Jakarta:CV.TransInfoMedik.
- Padila. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah(Gastrointestinal)*. Yogyakarta: NuhaMedika.
- Priscilla. LeMone, Karen. M Burke, G. B. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah*. (M.T.Iskandar, Ed.) (5th ed.). Jakarta: EGC.
- Anisa, Risma Tri, (2021). *KTI Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Apendisitis di Ruangan Bedah RS Dr. Reksodiwiryo Padang*. Padang : Poltekkes Kemenkes Padang
- Septiana, A., Inayati, A., Akademi, D., Dharma, K., Metro, W., Akademi, M., Dharma, K., & Metro, W. (2021). Penerapan Teknik Relaksasi Benson Terhadap Penurunan Skla Nyeri Pada Pasien Post Apendiktomi Di Kota Metro. *Jurnal Cendekia Muda, 1*, 444–451.
- Smeltzer & Bare. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah* (12th ed.). Jakarta: EGC.
- Soewito, Bambang. (2020). Analisis kecemasan pada pasien preoperasi apendisitis di ruang rawat inap rumah sakit umum daerah siti aisyah kota lubuklinggau tahun 2019. *Jurnal Masker Medika, 8*(1), 2654–8658.
- Sujarweni, V. W., (2014). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Yogyakarta: GavaMedia.
- Three, Heppy Yulan, (2019). *KTI Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Apendisitis di Ruangan Bedah RS Dr. Reksodiwiryo Padang*. Padang : Poltekkes Kemenkes Padang.
- Wainsani, S., & Khoiriyah, K. (2020). Penurunan Intensitas Skala Nyeri Pasien Appendiks Post Appendiktomi Menggunakan Teknik Relaksasi Benson. *Ners Muda, 1*(1), 68. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5488>
- Wijaya, Wahyu, Mizar Eranto, and Ringgo Alfarisi. 2020. “Perbandingan Jumlah Leukosit Darah Pada Pasien Apendisitis Akut Dengan Apendisitis Perforasi.” *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada 11*(1): 341–46.
- Yulianto, F. A., Sakinah, R. K., & Kamil, M. I. (2015). Prediction Factors of Perforated Appendix in Acute Appendicitis Adult Patients, Bandung Al-Ihsan Hospital 2013-2014. *Clinical Gastroenterology and Hepatology, 13*(7), e91. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2015.04.082>

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N DENGAN
APENDISITIS DI RUANG BEDAH RST.
DR. REKSODIWIRYO PADANG**

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. PENGUMPULAN DATA

a. Identitas Klien

1. Nama : Ny. N
2. Tempat/tgl lahir : Padang/23 Maret 1972
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Status kawin : Kawin
5. Agama : Islam
6. Pendidikan : SMP
7. Pekerjaan : Ibu rumah tangga
8. Alamat : Jl. Mutiara indah no 16A padang basi
9. Diagnosa medis : Apendisitis

b. Identitas penanggung jawab

1. Nama : Tn. E
2. Pekerjaan : Buruh
3. Alamat : Jl. Mutiara indah no 16A padang basi
4. Hubungan : Suami

c. Riwayat kesehatan

1. Riwayat kesehatan sekarang

a. Keluhan utama

Pasien masuk melalui IGD RST Dr. Reksodiwiryo Padang tanggal 08 maret 2022 pada pukul 14.20 WIB dengan keluhan nyeri perut sebelah kanan bawah, nyeri terasa hilang timbul, skala nyeri 6, dan klien merasa mual dan muntah serta pusing.

b. Keluhan saat dikaji

Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 08 Maret 2022, pasien mengatakan masih terasa nyeri dibagian perut kanan bawah, nyeri terasa disekitar umbilicus lalu timbul mual dan muntah, skala nyeri 3, nyeri terasa berat ketika berjalan, pasien tampak menghindari pergerakan diperut karna rasa nyeri, pasien mengatakan badannya terasa lemah, pusing dan nafsu makan menurun, tidak ada penurunan berat badan, dan pasien mengatakan cemas karena akan dilakukan operasi pada tanggal 09 Maret 2022.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan baru pertama kali dirawat dirumah sakit, dan pasien tidak memiliki riwayat penyakit lainnya.

2. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien. Keluarga mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit apendisitis dan penyakit keturunan atau penyakit menular lainnya.

d. Pola aktivitas sehari-hari

1. Pola nutrisi

Sehat : pasien mengatakan saat sehat makan 2-3 kali sehari dengan satu piring nasi, dan lauk, namun jarang disertai sayur dan buah. Klien juga sering mengkonsumsi makanan pedas dan cepat saji seperti mie, bakso, dll. Pasien juga mengatakan hanya mengkonsumsi air putih sekitar 1000-1250 cc perhari.
Sakit : pasien diberikan diet ML. makanan hanya habis setengah porsi, intake cairan pasien melalui oral hanya sebanyak 500-600 cc, sementara melalui intravena 600cc. pasien mengatakan tidak nafsu makan dan terasa mual dan muntah saat makan, dan tidak ada penurunan berat badan.

2. Pola eliminasi

Sehat : pasien mengatakan 1-2 kali sehari, konsistensi lunak, warna kuning, dan bau khas. Pasien mengatakan BAK 5-6 kali sehari, warna kuning jernih dan bau khas.

Sakit : pasien mengatakan sejak masuk RS belum ada BAB, dan saat sakit pasien BAK 2 kali sehari, warna kuning pekat.

3. Pola istirahat dan tidur

Sehat : pasien mengatakan saat sehat tidur 5-6 jam sehari, klien juga mengatakan jarang tidur siang.

Sakit : pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri perutnya, klien hanya bisa tidur kurang lebih 4 jam dan sering terbangun.

4. Pola aktivitas dan latihan

Sehat : pasien mengatakan saat sehat dapat melakukan aktifitasnya tanpa bantuan orang lain dan pasien juga jarang melakukan olahraga.

Sakit : saat sakit pasien mengatakan badannya lemah dan semua aktifitas dibantu oleh keluarga.

e. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum : Sedang

2. GCS : 15 (Compos mentis)

3. TTV

a) Tekanan darah : 110/70 mmHg

b) Nadi : 90x/menit

c) Pernafasan : 18x/menit

d) Suhu : 36,6°C

4. Kepala : Tidak teraba benjolan pada kepala, warna rambut hitam, tidak ada lesi.

5. Mata : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, reaksi pupil positif.

6. Hidung : Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip atau peradangan pada hidung, tidak ada pernafasan cuping hidung.

7. Mulut : Mukosa mulut kering dan pucat, tidak ada sianosis.

8. Leher : Tidak ada pembengkakan pada kelenjar, tidak ada pembesaran vena jugularis, reflek menelan baik.

9. Thorak

a) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat

Palpasi : ictus cordis teraba

Perkusi : bunyi jantung I RIC 3 kanan, kiri, bunyi jantung II RIC 4-5 midklafikula

b) Paru-paru

Inspeksi : dada simetris, tidak menggunakan otot bantu pernafasan

Palpasi : fremitus kiri dan kanan sama

Perkusi : bunyi sonor

Auskultasi : tidak terdapat ronchi atau wheezing

10. Abdomen

Inspeksi : simetris kiri dan kanan

Palpasi : tidak teraba masa, nyeri tekan (+), nyeri lepas (+) dibagian region iliaka

Perkusi : tympani

Auskultasi : tidak ada bising usus

11. Ekstremitas

Atas : akral teraba hangat, CRT <2 detik, tidak ada edema dan terpasang infus

Bawah : akral teraba hangat, tidak terdapat edema, CRT <2 detik, tidak ada varises.

f. Data Penunjang

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
Tanggal 08-12 Maret 2022	Hemoglobin	15,4 gr/dl	12-16 gr/dl
	Leukosit	15.680 mm ³	5000-10.000 mm ³
	Trombosit	289.000 mm ³	150-400 rb mm ³

g. Program Pengobatan dan Terapi

Tanggal	Obat
08-12 Maret 2022	Ranitidine (iv) 2x1 Cefoperazone (iv) 2x1

2. ANALISA DATA

Tanggal	Analisa Data	Penyebab	Masalah
08 Maret 2022	<p>DS : pasien mengatakan nyeri dibagian perut kanan bawah, nyeri semakin berat ketika berjalan, nyeri yang dirasakan nyeri tumpul dan skala nyeri 3.</p> <p>DO : pasien tampak meringis saat abdomen ditekan, pasien tampak menghindari pergerakan perut karena nyeri, pasien tampak gelisah.</p>	Agen pencedera fisiologis (inflamasi)	Nyeri akut
	<p>DS : pasien mengatakan mual dan muntah, pasien mengatakan tidak nafsu makan.</p> <p>DO : pasien tampak pucat dan pasien hanya menghabiskan setengah porsi makanan yang</p>	Peningkatan tekanan intra abdominal	Nausea

	diberikan.		
	<p>DS : pasien mengatakan cemas karena akan menjalani prosedur tindakan operasi, pasien takut tidak dapat bekerja dengan maksimal setelah dilakukan tindakan operasi.</p> <p>DO : pasien tampak gelisah, mukosa mulut kering, dan pasien tampak pucat</p>	Rencana operasi	Ansietas
10 Maret 2022	<p>DS : pasien mengatakan nyeri pada bagian luka bekas operasi, pasien mengatakan takut untuk bergerak karena nyeri bertambah, nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5.</p> <p>DO : pasien tampak meringis dan gelisah.</p>	Agen pencedera fisik (operasi)	Nyeri akut
	DS : pasien mengatakan nyeri	Faktor mekanik	Gangguan integritas

	dibagian post operasi. DO : pasien tampak ada kerusakan integritas kulit, ada bekas operasi, luka tampak kering, bersih dan kemerahan.		kulit/jaringan
--	--	--	----------------

3. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Ditemukan Masalah		Dipecahkan	
		Tgl	Paraf	Tgl	Paraf
08 Maret 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)	08 Maret 2022		09 Maret 2022	
	Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal	08 Maret 2022		09 Maret 2022	
	Ansietas berhubungan dengan rencana operasi	08 Maret 2022		09 Maret 2022	
10 Maret	Nyeri akut	10 Maret		12 Maret	

2022	berhubungan dengan agen pencedera fisik	2022		2022	
	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik	10 Maret 2022		12 Maret 2022	

4. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Mual menurun 6. Frekuensi nadi membaik 7. Tekanan darah membaik 8. Nafsu makan membaik 9. Pola tidur membaik 	<p>Manajemen nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri nonverbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (miss. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6. Fasilitasi istirahat dan tidur 7. Jelaskan penyebab periode, dan pemicu nyeri 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri 9. Anjurkan

			<p>memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>10. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>11. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2.	Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan nausea menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan ingin muntah menurun 2. Pucat membaik 3. Nafsu makan membaik 	<p>Manajemen mual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 3. Identifikasi faktor penyebab mual 4. Monitor mual, monitor asupan nutrisi dan kalori 5. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 6. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual 7. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 8. Anjurkan sering membersihkan

			<p>mulut</p> <p>9. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</p> <p>10. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual</p>
3.	Ansietas berhubungan dengan rencana operasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akan kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Tremor menurun 6. Pucat menurun 7. Konsentrasi 	<p>Reduksi ansietas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (miss. Kondisi, waktu, stressor) 2. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh perhatian 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Jelaskan prosedur

		<p>membalik</p> <p>8. Pola tidur membalik</p> <p>9. Frekuensi pernafasan membalik</p> <p>10. Frekuensi nadi membalik</p> <p>11. Tekanan darah membalik</p>	<p>termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>8. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</p> <p>9. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</p>
4.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Kesulitan tidur menurun 5. Muntah menurun 6. Mual menurun 7. Frekuensi nadi membalik 8. Pola nafas 	<p>Pemantauan nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri 2. Monitor kualitas nyeri (miss. Terasa tajam, tumpul, diremas-remas) 3. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 4. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 5. Monitor durasi dan frekuensi nyeri 6. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 7. Dokumentasikan

		<p>membalik</p> <p>9. Tekanan darah membalik</p> <p>10. Nafsu makan membalik</p> <p>11. Pola tidur membalik</p>	<p>hasil pemantauan</p> <p>8. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>9. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
5.	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun 5. Suhu kulit membaik 6. Tekstur membaik 	<p>Perawatan luka</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka (miss. drainase, warna, ukuran dan bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4. Cukur rambut disekitar luka jika perlu 5. Bersihkan dengan Nacl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan 6. Bersihkan jaringan nekrotik 7. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi jika perlu 8. Pasang balutan

			<p>sesuai jenis luka</p> <p>9. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>10. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</p> <p>11. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</p> <p>12. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>13. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>14. Anjurkan prosedur perawatan luka secara mandiri</p> <p>15. Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu</p>
--	--	--	---

5. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
08 Maret 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik nafas dalam) dan berkolaborasi dengan dokter pemberian analgetik (cefoperazone 2x1) 4. Memposisikan pasien untuk memfasilitasi kenyamanan (posisi semi fowler dan fowler) 5. Memonitor tanda-tanda vital 6. Memberikan 	<p>S: pasien mengatakan nyeri masih terasa dengan skala nyeri 3, nyeri terasa berat jika berjalan.</p> <p>O: pasien tampak meringis dan gelisah,tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36,6°C, pernafasan 18x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan .</p>

		informasi mengenai nyeri akibat prosedur operasi yang akan dilakukan	
08 Maret 2022	Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pengalaman mual 2. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (miss. nafsu makan, aktifitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 3. Memonitor adanya mual 4. Memonitor adanya pucat, konjungtiva anemis 5. Memonitor asupan nutrisi dan kalori 6. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 7. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup 8. Menganjurkan pasien posisi nyaman (fowler) 9. Menganjurkan 	<p>S: pasien mengatakan mual dan muntah, pasien mengatakan nafsu makan menurun</p> <p>O: pasien tampak pucat, tinggi 160 cm, berat badan 65 kg</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>

		<p>makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</p> <p>10. Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis (teknik nafas dalam) untuk mengatasi mual</p>	
08 Maret 2022	<p>Ansietas berhubungan dengan rencana operasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi terjadinya kecemasan 2. Duduk dan bicara dengan pasien 3. Menggunakan komunikasi terapeutik 4. Motivasi keluarga untuk menemani pasien agar tidak terlalu cemas 5. Memotivasi pasien untuk membaca alquran bertujuan untuk mengurangi kecemasan 6. Menjelaskan mengenai operasi yang akan dijalankan 7. Menggunakan metode mengurangi 	<p>S: pasien mengatakan cemas karena akan menjalani prosedur tindakan operasi</p> <p>O: pasien tampak gelisah, tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,6°C, nadi 90x/menit, pernafasan 18x/menit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>

		kecemasan teknik nafas dalam dan meyakinkan keselamatan dan keamanan pasien	
09 Maret 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Menggunakan strategi komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri 3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik nafas dalam) dan berkolaborasi dengan dokter pemberian analgetik cefoperazone (iv) 2x1 4. Memposisikan pasien untuk memfasilitasi kenyamanan (posisi semi fowler dan fowler) 	<p>S: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang</p> <p>O: pasien sudah tidak tampak meringis dan gelisah lagi, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,4°C, pernafasan 20x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan.</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Memonitor tanda-tanda vital 6. Memberikan informasi mengenai nyeri akibat prosedur operasi yang akan dilakukan 	
09 Maret 2022	Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intra abdominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pengalaman mual 2. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (miss. nafsu makan, aktifitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 3. Memonitor adanya mual 4. Memonitor adanya pucat, konjungtiva anemis 5. Memonitor asupan nutrisi dan kalori 6. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 7. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup 8. Menganjurkan 	<p>S: pasien mengatakan tidak mual dan muntah lagi, pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai meningkat</p> <p>O: Pasien sudah tidak tampak pucat lagi, tinggi 160 cm, berat badan 65 kg</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>

		<p>pasien posisi nyaman (fowler)</p> <p>9. Mengajarkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak</p> <p>10. Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis (teknik nafas dalam) untuk mengatasi mual</p>	
09 Maret 2022	<p>Ansietas berhubungan dengan rencana operasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi terjadinya kecemasan 2. Duduk dan bicara dengan pasien 3. Menggunakan komunikasi terapeutik 4. Motivasi keluarga untuk menemani pasien agar tidak terlalu cemas 5. Memotivasi pasien untuk membaca alquran bertujuan untuk mengurangi kecemasan 6. Menjelaskan mengenai operasi 	<p>S: pasien mengatakan paham dengan penjelasan dan cemasnya berkurang</p> <p>O: pasien sudah tidak tampak gelisah lagi, tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 36,4°C, nadi 88x/menit, pernafasan 20x/menit</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>

		<p>yang akan dijalankan</p> <p>7. Menggunakan metode mengurangi kecemasan teknik nafas dalam dan meyakinkan keselamatan dan keamanan pasien</p>	
10 Maret 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Memonitor tanda-tanda vital 3. Menganjurkan pasien nafas dalam 4. Berkolaborasi dengan dokter memberikan obat ranitidine (iv) 2x1 5. Memonitor tingkat kesadaran 6. Mengatur posisi semi fowler 7. Memotivasi keluarga untuk mendampingi pasien 	<p>S: pasien mengatakan nyeri di bagian bekas operasi, pasien takut untuk banyak bergerak karena nyeri bertambah</p> <p>O: pasien tampak meringis, tekanan darah 115/80mmHg, nadi 85x/menit, suhu 36,7°C, pernafasan 20x/menit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>
10 Maret	Gangguan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan 	S: pasien

2022	integritas kuli/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik	<p>perawatan luka, mengukur luas luka</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka 3. Memonitor karakteristik luka (miss. drainase, warna, ukuran dan bau) 4. Mengganti balutan 5. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 6. Memonitor tanda-tanda vital 7. Mengoleskan salep 8. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 9. Berkolaborasi dengan dokter pemberian cefoperazone (iv) 2x1 	<p>mengatakan nyeri dibekas operasi</p> <p>O: pasien tampak ada kerusakan integritas kulit, luka tampak kering, bersih dan kemerahan</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>
11 Maret 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 	<p>S: pasien mengatakan masih nyeri di bagian bekas</p>

	pencedera fisik (operasi)	<p>meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Memonitor tanda-tanda vital 3. Menganjurkan pasien nafas dalam 4. Berkolaborasi dengan dokter memberikan obat ranitidine (iv) 2x1 5. Memonitor tingkat kesadaran 6. Mengatur posisi semi fowler 7. Memotivasi keluarga untuk mendampingi pasien 	<p>operasi</p> <p>O: pasien masih tampak meringis, tekanan darah 118/80mmHg, nadi 84x/menit, suhu 36,2°C, pernafasan 19x/menit</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>
11 Maret 2022	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan perawatan luka, mengukur luas luka 2. Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka 3. Memonitor karakteristik luka (miss. drainase, warna, ukuran dan bau) 	<p>S: pasien mengatakan masih nyeri dibekas operasi</p> <p>O: luka tampak kering dan bersih</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengganti balutan 5. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 6. Memonitor tanda-tanda vital 7. Mengoleskan salep 8. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 9. Berkolaborasi dengan dokter pemberian cefoperazone (iv) 2x1 	
12 Maret 2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (operasi)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Memonitor tanda-tanda vital 3. Menganjurkan pasien nafas dalam 4. Berkolaborasi dengan dokter memberikan obat 	<p>S: pasien mengatakan nyeri dibekas operasi sudah berkurang</p> <p>O: tekanan darah 120/90mmHg, nadi 87x/menit, suhu 36,5°C, pernafasan 20x/menit</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>





		<p>ranitidine (iv) 2x1</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Memonitor tingkat kesadaran 6. Mengatur posisi semi fowler 7. Memotivasi keluarga untuk mendampingi pasien 	
12 Maret 2022	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan perawatan luka, mengukur luas luka 2. Mempertahankan teknik balutan steril ketika melakukan perawatan luka 3. Memonitor karakteristik luka (miss. drainase, warna, ukuran dan bau) 4. Mengganti balutan 5. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 6. Memonitor tanda-tanda vital 7. Mengoleskan salep 8. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi 	<p>S: pasien mengatakan nyeri dibekas operasi sudah berkurang</p> <p>O: luka tampak kering dan perban sudah diganti</p> <p>A: masalah teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>

		kalori dan protein 9. Berkolaborasi dengan dokter pemberian cefoperazone (iv) 2x1	
--	--	--	--

LEIYIBAR KONSILTASI KARYA TULIS ILMIAH
 PRODI D-III KE PERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
 POLTEKKES KEMENKES PADANG•

Nama : DILLA YULIA PUTRI
 NIM : 193110132
 Pembimbing 1 : Ns. Hendri Budi,M, Kep,Sp.MB
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Apendisitis di RS TK.Ilt Dr,Reksodiwiryo Padang pada Tahun 2022

JO	Tan g'qal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	01 Agustus 2021	Acc usulan judul proposal	
2	27 Agustus 2021	Konsultasi bab I	
3	30 September 2021	Konsultasi bab I, kevin	
4	07 oktober	Konsultasi bab II, kevin	
5	13 Desember	Konsultasi bab III	
6	21 Desember	Konsultasi bab I, II, III, kevin	
7	4 Januari 2022	Konsultasi bab I, II, III, kevin	
8	13 Januari 2022	Acc usulan proposal.	
9	25 Januari 2022	Selesai revisi proposal.	
10	13 April 2022	Konsultasi bab IV dan V	

No	Tanggal	Kcglatnn atau Saran Pembimblng	Tanda Tangan
			
12	23 April	lengkapin bti	
13	26 April		d 
14	24 mei	konstitusi revisi bti	

Catatan:

1. Lenbar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMI IAH

PRODI D-111 KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN









POLTEKKES KEMEN KES PADANG





Nama : DILLA YULIA PUTRI

NIM : 193110132

Pembimbing II : Ns. Defia Roza, S.Kep.M.Bio med

Judul : ASuhan Keperawatan Pada Pasien Apendisitis di RS TK.III Dr.Reksodiwiryo Padang pada Tahun 2022

NO	d'@8 fl	Kegiatan atau saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	11 Agustus 2021	Konsultasi judul dan ACC judul	
2	31 Agustus 2021	Konsultasi BAB I	
			
4	27 Desember 2021	Konsultasi perubahan bab 1 dan konsultasi bab 2 dan bab 3	
5	30 Desember	Konsultasi Perin bab 1, 2 dan 3	
6	03 Januari	Konsultasi Perin bab 1, 2 dan 3	
7	12 Januari	Lengkapi kata pengantar dan	
8	13 ..)45 pt p'	ACC 48111.	
9	26 Januari	Selesai review proposal.	
10	19 April	Konsultasi bab IV dan V	

No	Tanggal	Kegiatani alan Sara • Pcmbtmbing	Tanda Tana"
		•* •»i /<eh is -.	
			
13	29 April	ACC ujian	
14	th m <'	Selama Perini WTC	

Catatan:

1. Lembar konsul harus dibawa setiap Cali konsultasi
2. Lembar konsul d(SeTahItan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui

Ketua Prod -111 Keperawatan Padang



Heppi Sas a, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH 01.04.04
RUMAH SAKIT TK III 01 06 01 dr REKSODIWIRYO

Padang,y/ December 2021

N o m o r ' B/ } /XII/ 2021
Klasifikasi : Biäsa
Lampiran -
Perihal : Izin Survey Data

K e p a d a
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes
Padang
, < di

Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/08613/2021 tanggal 13 Desember 2021 tentang izin Survey Data atas Nama Dilla Yulia Putri NIM : 193110132 dengan Judul "Asuhan Keperawatan pada pasien Apendisititis di Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiryio Padang";
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas pada prinsipnya kami mengizinkan untuk melaksanakan survey data di Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiryio Padang selama melaksanakan survey data bersedia mematuhi peraturan yang berlaku; dan
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.III 01.06.01

Waka

Ub



Syofyan A Md. Kep

MayQfCkm NRP 11060007041081

Tembusan

1. Kainstalwatnap Rumkit Tk.III Padang
 2. Kainstalwatlan Rumkit Tk. III Padang
 3. Kauryanmet Rumkit Tk. III Padang
 4. Karu Ruangan Rumkit Tk. III Padang
 5. Kainstaldik Rumkit Tk.III Padang
 6. Kaurtuud Rumkit Tk.III Padang
-



KEPENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGENDALIAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN PADANG

JL. STAMPANG PONDOK KOPPI MANGGALO TELP. (0753) 7081300 FAXI (0753) 7056128 PADANG 25146

Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id>



Nomor : PP.05.01 ftQ 10,9/ 2022

P, rirai : l:» r nciia»

28 Januari 2022

Kepada Yth. '

Direktur RST. Dr. Rtsodiwiry Padang

Di

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan Penelitian di Institusi yang Bapak/Mbu Pimpin on :

NO	N A M A FNIM	JUDUL KTI
	Dilla Yulia Putri / 193110132	Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Appendisitis di Ruang Bedah Rumah Saki TK III DI. Reksodiwiry Padang

Oemikianlah kami sampaikan, ini adalah permohonan kesediaan Dpzmbsu ksmi sampaikan ucapan terima kasih.

Wadir I.



Padang, /rFebruari 2022

N o m a r : B/ \g /II/ 2022
/c/asifikasi : Biasa
Lampiran -
Perihal : Izin Penelitian

K e p a d a
Yth. Direktur Poltekkes Kemenkes
Padang
di

Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor PP.03.01/00609/2022 tanggal 28 Januari 2022 tentang izin penelitian atas Nama Dilla Yulia Putri NIM . 193110132 dengan Judul "Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Apendisititis di Ruang Bedah Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiroyo Padang";
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas pada prinsipnya kami mengizinkan untuk melaksanakan penelitian di Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiroyo Padang selama melaksanakan penelitian bersedia mematuhi peraturan yang berlaku; dan
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.III 01.06.01

Waka

Ub



K E P A L A

e/c

—S an, A, d.Kep

Mayor Ckm NRP 1 60007041081

Tembusan

1. Kainstalwatnap Rumkit Tk.III Padang
2. Kainstalwatlan Rumkit Tk. III Padang
3. Kauryanmet Rumkit Tk. III Padang
4. Karu Ruangan Rumkit Tk. III Padang
5. Kainstaldik Rumkit Tk.III Padang
6. Kaurtuud Rumkit Tk.III Padang

Padang, April 2022

Nomor : B/ /IV/ 2022

Klasifikasi : Biasa

Perihal : Selesai Penelitian

K e p a d a
Yth. Direktur Poltekhes Kemenkes
Padang
di

Padang

1. Berdasarkan Surat Direktur Politeknik Kesehatan Padang Nomor PP.03.01/00609/2022 tanggal 28 Januari 2022 tentang izin penelitian atas Nama : Dilla Yulia Putri NIM : 193110132 dengan Judul "Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Apendisitis di Ruang Bedah Rumah Sakit Tk.III dr.Reksodiwiryo Padang',
2. Sehubungan dengan dasar tersebut di atas dilaporkan Direktur Politeknik Kesehatan Padang bahwa Dilla Yulia Putri telah selesai melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Tk. III dr. Reksodiwiryo Padang. Kami mengucapkan terima kasih selama melaksanakan Penelitian telah mematuhi peraturan yang berlaku; dan
3. Demikian disampaikan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih

a.n. Kepala Rumah Sakit Tk.III 01.06.01

Waka

Ub

d



Amd Kep

Mayor Ckm N ' 1106000704108t

Tembusan

1. Kainstalwatnap Rumkit Tk.III Padang
2. Kainstalwatlan Rumkit Tk. III Padang
3. Karu Ruangan Rumkit Tk. III Padang
4. Kainstaldik Rumkit Tk.IIE Padang
5. Kaurtuvd Rumkit Tk.III Padang

INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Tang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Responden

Nurdianti

Umur/ tgl lahir

49 tahun / 13 Maret 1972

Penanggung jawab

Ermali

Hubungan

Ivimi

Setelah mendapat penjelasan dari saya & peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Dilla **Yulia Putri**, NIM **193110132**, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Demikianlah surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Padang, ..{ ..}J3022

Responden



UAFI' Ak îÄDîB L'EN21ITIAN

Nama : Dilla Yulia Punt

NIM : 193110132

Asal Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang

Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Apendisitis Di Ruang Bedah

TK III Dr. Reksodíwiryó Padang

No	Hari/Tanggal	Nama Perawat	Tanda Tangan
	Selasa/08-03-2022	Lusi Wati	[Signature]
2	Rabu/09-03-2022	Adenya Susana Pratiwi	[Signature]
3	Kamis/10-03-2022	Rohmah Yanti	[Signature]
4	Jumat/11-03-2022	Tia Amelina	[Signature]

Mengetahtí

Ka Ruangn Bedah

NÍ | IUMXIAFDMLLA, SÈep

NIP. 19870106 700912 2 003