

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF
APENDEKTOMI *ET CAUSA* APENDISITIS
PADA Ny. Y.M. DI RUMAH SAKIT UMUM GUNUNG MARIA
TOMOHON**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

MUTIARA CHRISTANIA BRITNEY WONGKAR

NIM: 202101060

REGINA FRANSISKA SENDUK

NIM: 202101066



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA

TOMOHON

2024

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF
APENDEKTOMI *ET CAUSA* APENDISITIS
PADA Ny. Y.M. DI RUMAH SAKIT UMUM GUNUNG MARIA
TOMOHON**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

MUTIARA CHRISTANIA BRITNEY WONGKAR

NIM: 202101060

REGINA FRANSISKA SENDUK

NIM: 202101066



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA

TOMOHON

2024

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF
APENDEKTOMI *ET CAUSA* APENDISITIS
PADA Ny. Y.M DI RUMAH SAKIT GUNUNG MARIA
TOMOHON**

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH:

MUTIARA CHRISTANIA BRITNEY WONGKAR

NIM: 202101060

REGINA FRANSISKA SENDUK

NIM: 202101066

**Sebagai Salah Satu Persyaratan dalam Menyelesaikan Pendidikan Ahli
Madya Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria
Tomohon**

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN GUNUNG MARIA

TOMOHON

2024

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Mutiara Christania Britney Wongkar (NIM: 202101060)

Regina Fransiska Senduk (NIM: 202101066)

Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri, sepengetahuan dan keyakinan saya tidak mencatumkan tanpa pangakuan bahan-bahan yang telah di publikasikan sebelumnya yang di tulis orang lain, atau sebagai bahan yang pernah diajukan untuk gelar atau ijazah pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.



Mutiara Christania B. Wongkar

Yang menyatakan,



Regina Fransiska Senduk

LEMBAR PERSetujuan

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF
APENDEKTOMI *ET CAUSA* APENDISITIS
PADA Ny. V.M DI RUMAH SAKIT GUNUNG MARIA
TOMOHON

Telah disetujui untuk diuji di hadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon

Pembimbing



Fransiskus X. Dotulong, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN: 0915028601

Tomohon, 12 Juni 2024

Mengetahui:

Wakil Ketua Bidang Akademik dan Kerja Sama



Vina P. Patandung, S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN: 0915108605

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF APENDEKTOMI *ET CAUSA* APENDISITIS PADA Ny. Y.M DI RUMAH SAKIT GUNUNG MARIA TOMOHON

Telah diuji dalam ujian komprehensif yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal : Senin 24, Juni 2024

Jam : 10.30 – 12.00 WITA

Tempat : Kampus STIKes Gunung Maria Tomohon

Tim Penguji:

1. Youla A. Lontaan, SJMJ, S.Kep., Ns., MAN
NIDN : 0916127601



2. Dr Vione D.O Sumakul S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN : 0926108101



3. Fransiskus X. Dotulong., S.Kep., Ns., M.Kep
NIDN : 0915028601



Disahkan Oleh:

Ketua

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon



Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc
NIDN: 0912106501

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Sebagai Civitas Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Mutiara Christania B. Wongkar (NIM: 202101060)
Regina Fransiska senduk (NIM: 202101066)
Program Studi : Diploma Tiga Keperawatan
Jenis Karya : Karya Tulis Ilmiah

Demi Pengembangan Ilmu Pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon Hak Bebas Royalty Non-Eksklusif (Non-Exclusive Royalty- Free Right) atas karya tulis ilmiah kami yang berjudul:

STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF APENDEKTOMI *ET CAUSA* APENDISITIS PADA Ny. Y.M. DI RUMAH SAKIT UMUM GUNUNG MARIA TOMOHON

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas *Royalty Non-eksklusif* ini, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria berhak menyimpan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan karya tulis ilmiah ini selama tetap mencatumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.
Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Yang menyatakan,



Mutiara Christania B. Wongkar



Regina Fransiska Senduk

CURRICULIUM VITAE



Identitas Penulis

Nama : Regina Fransiska Senduk
Nim : 202101066
Tempat Tanggal Lahir : Tomohon, 05 Januari 2004
Agama : Katolik
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Minahasa/Indonesia
Alamat Tempat Tinggal : Woloan I Utara, Lingkungan III, Tomohon Barat
Nomor Handphone : 085162950501
Email : ginafassenduk04@gmail.com

Riwayat Pendidikan

TK Santa Maria Woloan	Tahun 2006 - 2009
SD Katolik II St. Joseph Woloan	Tahun 2009 - 2015
SMP Katolik Bunda Hati Kudus Woloan	Tahun 2015 - 2018
SMA Negeri I Tomohon	Tahun 2018 - 2021
STIKes Gunung Maria Tomohon	Tahun 2021 - 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur dipanjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat, dan pertolongan-Nya sehingga kami boleh merampungkan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul Studi Kasus Asuhan Keperawatan Perioperatif Apendektomi *et causa* Apendisitis pada Ny. Y.M di RSUD Gunung Maria Tomohon dengan baik dan tepat waktu.

Penulisan karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk memenuhi syarat dalam menyelesaikan program Studi Diploma Tiga Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon. Adapun proses penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis sadar bahwa semuanya yang terjadi tidak lepas dari berbagai hambatan dan kesulitan yang harus dilewati, namun berkat doa, kesabaran serta motivasi-motivasi yang ditunjukkan oleh berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah ikut ambil bagian dalam proses penulisan karya tulis ilmiah ini, yaitu kepada:

1. Orangtua tercinta, kakak beradik dan keluarga lainnya yang selalu setia memberikan dukungan, doa, mendampingi serta bantuan material, semangat, motivasi, dan kasih sayang yang sangat luar biasa dalam kehidupan penulis, hingga sampai penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini di STIKes Gunung Maria Tomohon.
2. Henny Pongantung, Ns., MSN., DN.Sc, sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon, yang telah memberikan motivasi selama penulis melaksanakan studi di STIKes Gunung Maria Tomohon.
3. Fransiskus X. Dotulong, S.Kep, Ns., M.Kep, sebagai Dosen Pembimbing Karya Tulis Ilmiah, yang dengan sabar, penuh perhatian, dan tulus ikhlas telah membimbing dan mengarahkan serta memotivasi penulis dalam penyelesaian penulisan Karya Tulis Ilmiah.
4. Brigita M. Karouw, S.Kep, Ns., M.Kep dan Fransiskus X. Dotulong, S.Kep, Ns., M.Kep, sebagai wali kelas, yang selalu membimbing, memberikan arahan, motivasi, serta semangat bagi penulis beserta seluruh mahasiswa tingkat III A dan B dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

5. Seluruh Staff Dosen dan Staf Kependidikan, yang telah memberi dukungan, ilmu, doa kepada penulis selama menjalani perkuliahan dan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.
6. Tempat Praktik Klinik selama 3 tahun selama menjalani masa pendidikan Keperawatan Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon, Rumah Sakit Budi Mulia Bitung, Rumah Sakit Hermana Lembean, Rumah Sakit Jiwa Prof. DR. V.L Ratumbuysang Manado, serta Puskesmas Kakaskasen.
7. Ny Y.M, sebagai responden, yang telah bersedia dan melibatkan diri menjadi pasien dalam kasus Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis angkat, serta boleh bekerja sama juga menerima penulis dengan baik sehingga penulisan bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-Teman Mahasiswa Angkatan XX STIKes Gunung Maria Tomohon, yang telah sama sama berjuang selama masa pendidikan, dukungan, motivasi, kekompakan dan kebersamaan yang telah terjalin kurang lebih 3 tahun selama studi di STIKes Gunung Maria Tomohon
9. Terima kasih juga pada Sdr. Lery Kembuan, Sdri. Natasya Pusung, Sdri Nifi Dasinangon, Sdri Putri wetik yang sudah menjadi tempat bagi penulis dalam berkeluh kesah selama proses pendidikan di STIKes Gunung Maria Tomohon juga semua pihak yang telah membantu dan memotivasi penulis dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah, kepada teman-teman online maupun offline dan pihak-pihak lain yang tidak bisa penulis tuliskan satu persatu.
10. Penulis berterima kasih kepada diri sendiri yang sudah boleh berjuang , bekerja keras sampai sejauh ini, meskipun berbagai tantangan, hambatan dan rintangan yang ditemukan namun tanpa lelah terus maju menghadapi semuanya dengan baik. Terima kasih karena sudah saling menopang dan memberi semangat, tidak pernah memutuskan untuk menyerah sesulit apapun proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan dan keterbatasan, sehingga penulis membutuhkan kritik dan saran yang membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Sebagai harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat bagi siapa pun yang membaca dan dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya dalam lingkup keluarga.

Tomohon, Juni 2024

Penulis

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PERIOPERATIF
APENDEKTOMI *ET CAUSA* APENDISITIS
PADA Ny. Y.M. DI RUMAH SAKIT UMUM GUNUNG MARIA
TOMOHON**

Mutiarra C.B Wongkar, Regina F. Senduk, Fransiskus X. Dotulong

xvii + 141 halaman + 3 Gambar + 1 Skema + 14 Tabel

ABSTRAK

Apendisitis merupakan penyakit penyebab nyeri abdomen akut dengan kasus bedah abdomen yang sering terjadi. Nyeri abdomen pada penyakit apendisitis disebabkan oleh inflamasi pada organ apendiks vermiformis. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan tindakan asuhan keperawatan yang professional pada pasien dengan post apendektomi *et causa* apendisitis berdasarkan Standar Operasional Prosedur pada bidang keperawatan. Jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif (Case Studies) yang bertujuan secara rinci menjelaskan tentang Studi Kasus Asuhan Keperawatan Perioperatif Apendektomi *et causa* Apendisitis pada Ny. Y.M di RSUD Gunung Maria Tomohon. Pasien dalam asuhan keperawatan perioperatif harus menjalani 3 fase yaitu fase pre operatif, fase intra operatif, dan fase post operatif. Setelah melalui 5 proses keperawatan maka dapat disimpulkan adanya 7 diagnosa yang ditemukan pada proses asuhan keperawatan diantaranya 2 pada fase pre operatif yaitu Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (inflamasi) dan Ansietas b.d kekhawatiran mengalami kegagalan kemudian 5 Diagnosa Keperawatan pada fase post operatif yaitu Resiko Infeksi, Nyeri Akut b.d agen pencedera fisik, Gangguan Mobilitas Fisik b.d Keengganan melakukan pergerakan, Gangguan pola tidur b.d Nyeri, dan Defisit perawatan diri b.d agen pencedera fisik.

Kata Kunci : Apendisitis, Apendektomi, Asuhan Keperawatan Perioperatif

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	v
CURRICULUM VITAE	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR SKEMA	xvii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan masalah	3
1.3 Tujuan penelitian.....	3
1.4 Manfaat penelitian	4
BAB II PENDAHULUAN	5
2.1 Konsep Penyakit.....	5
2.1.1 Definisi Apendisitis	5
2.1.2 Etiologi	6
2.1.3 Anatomi Fisiologi	6
2.1.4 Patofisiologi	8
2.1.5 Skema Patoflow	9
2.1.6 Manifestasi Klinis	12
2.1.7 Pemeriksaan Diagnostic	13
2.1.8 Penatalaksanaan	14
2.1.9 Komplikasi	15
2.1.10 Evidence Based Nursing	17
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Perioperaif	19
2.1.1 Pengkajian Fase Perioperatif	19

2.1.2	Pengkajian Fase Intra Operatif	20
2.1.3	Pengkajian Fase Post Operatif	20
2.1.4	Diagnosa Keperawatan	21
2.1.5	Intervensi Keperawatan	21
2.1.6	Implementasi Keperawatan	25
2.1.7	Evaluasi Keperawatan	25
BAB III METODOLOGI PENELITIAN		26
3.1	Jenis / Desain Penulisan	26
3.2	Subjek Studi Kasus	26
3.3	Definisi Operasional	26
3.4	Lokasi Dan Waktu Studi Kasus	27
3.5	Proses Pengumpulan Data	28
3.5.1	Keperpustakaan	28
3.5.2	Kasus Asuhan Keperawatan	28
3.6	Penyajian Data	29
3.7	Tabel	29
3.8	Etika Penelitian	30
3.8.1	Prinsip Respect To Person (Hormat)	30
3.8.2	Prinsip beneficence (Bermanfaat)	32
3.8.3	Prinsip justice (Keadilan)	33
BAB IV TINJAUAN KASUS		
4.1.1	Pengkajian Pre Operatif	34
4.1.2	Diagnosa Keperawatan	60
4.1.3	Persiapan Fisik Dan Psikis Pre Operatif	51
4.1.4	Intervensi Implementasi Evaluasi Pre Operatif	64
4.2.1	Pengkajian Intra Operatif Apendektomi	70
4.3.1	Pengkajian Post Operatif	79
4.3.2	Diagnosa Keperawatan Post Operatif	88
4.3.3	Intervensi Implementasi Evaluasi	90
4.3.4	Catatan Perkembangan Post Operatif	100
BAB V PEMBAHASAN		120
5.1	Pengkajian	120

5.2	Diagnosa Keperawatan	125
5.3	Intervensi Keperawatan	129
5.4	Implementasi Keperawatan	132
5.5	Evaluasi Keperawatan	133
BAB VI PENUTUP		136
6.1	Kesimpulan	136
6.2	Saran	137
DAFTAR PUSTAKA		138

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Antomi Fisiologi Apendiks.....	8
Gambar 4.1 Genogram	52
Gambar 4.3 Posisi luka operasi	70

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Skoring RIPASA	51
Tabel 4.2 Skoring Avarado	55
Tabel 4.3 Skala Kecemasan HARS	56
Tabel 4.4 Pemeriksaan Laboratorium	51
Tabel 4.5 Klasifikasi Data Pre Operatif	55
Tabel 4.6 Analisa Data Pre Operatif	56
Tabel 4.7 Persiapan Fisik	58
Tabel 4.8 Persiapan Psikis	59
Tabel 4.9 Asuhan Keperawatan Pre Operatif	64
Tabel 4.10 Instrumen Bedah Apendisitis	73
Tabel 4.11 Klasifikasi Data Post Operatif	82
Tabel 4.12 Analisa Data Post Operatif	84
Tabel 4.13 Asuhan Keperawatan Post Operatif	100
Tabel 4.14 Catatan Perkembangan Post Operatif	111

DAFTAR SKEMA

2.5.1 Skema Patoflow	13
----------------------------	----



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gaya hidup di era globalisasi dalam perkembangan dunia memiliki berbagai dampak bagi berbagai pola kehidupan manusia karena kebiasaan dalam melakukan kegiatan sehari-hari menyebabkan waktu yang dimiliki orang untuk memasak maknanya sendiri menjadi kurang, sehingga dalam memenuhi kebutuhan pangan, makanan cepat saji merupakan pilihan. Menurut sebagian orang harga makanan cepat saji lebih terjangkau dan lebih praktis pengolahannya (Hendrawati & Fitri Amalia, 2022). Di negara Indonesia, Pola konsumsi masyarakat mengalami pergeseran yang dipengaruhi oleh perkembangan jenis jenis makanan, jumlah makanan dan produksi produk baru yang mudah diolah yaitu makanan cepat saji (*Fast Food*). Pada dasarnya apabila mengonsumsi makanan cepat saji dengan berlebihan dapat menyebabkan gangguan kesehatan seperti obesitas, diabetes melitus, Hipertensi, Aterosklerosis, *Coronary Heart Disease* atau Penyakit Jantung Koroner, usus buntu (Apendisitis), Stroke, Kanker dan lainnya (Hendrawati & Fitri Amalia, 2022).

Apendisitis adalah peradangan yang merupakan penyebab dari absesmen akut terjadi pada apendiks vermikularis yang dapat terjadi pada dewasa maupun pada anak anak (Satyana et al., 2022). Adanya obstruksi pada saluran keluar apendiks merupakan faktor terjadinya apendisitis. Adapun obstruksi tersebut disebabkan oleh hiperplasia limfoid, infeksi, adanya batu atau penumpukan fecalit, sampai tumor baik jinak maupun ganas (Adhitya & Satira, 2024). Penderita penyakit apendisitis ini akan merasakan gejala yang dimulai dengan nyeri pada bagian periumbilikal difus yang kemudian terlokalisasi pada kuadran kanan bawah abdomen (Safira & Prabowo, 2023) Akibat dari nyeri yang dirasakan pada abdomen dapat mengganggu aktivitas sehari hari sehingga membutuhkan tindakan yang lebih lanjut berupa prosedur insaif apendektomi ataupun laparaskopi.

Apendektomi yaitu prosedur insaif berupa tindakan operasi dengan cara menyayat bagian abdomen pada kuadran kanan bawah dengan tujuan mengangkat apendiks yang meradang (Safira & Prabowo, 2023). Pembekahan jenis Apendektomi dilakukan untuk mengurangi resiko terjadinya perforasi pada

apendiks yang meradang (Safira & Prabowo, 2023). Terdapat 2 tipe apendektomi yang sering dilakukan sebagai tindakan penanganan untuk apendisitis, yaitu tindakan *Open Appendectomy* dan *Laparoscopic Appendectomy* (R. Happyanto et al., 2022).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Karyow (2023), prevalensi penyakit apendisitis menurut WHO (2021) di negara Amerika Serikat penyakit usus buntu atau Apendisitis merupakan kecenderungan pada bidang bedah abdomen yang sering ditemukan dan pada tahun 2020 jumlah penderitanya mencapai 734.138 jiwa dan pada tahun mengalami peningkatan jumlah penderita yakni 739.177 jiwa pada setahun berikutnya.

Apendisitis terjadi pada pria maupun pada wanita. Resiko selama hidup mencapai 7-8%. Jumlah penderita tertinggi terjadinya apendisitis yakni pada umur 20-30 tahun Di negara Indonesia jumlah penderita apendisitis berkisar antara 24,9 kasus per 10.000 populasi (Wijaya et al., 2020). Data yang di temukan bahwa di Indonesia merupakan negara dengan kejadian apendisitis paling tinggi di negara bagian ASEAN, ditemukan pada data bahwa sebesar 95 per 1000 populasi penduduk dengan jumlah kasus yang mencapai 10 juta setiap tahunnya (Bintang A.A, 2021).

Di Provinsi Sulawesi Utara, belum ada data terbaru tentang jumlah prevalensi penyakit apendisitis. Namun ditemukan hasil penelitian di Provinsi Sulawesi Utara tepatnya di RSUD Prof. DR. R.D Kandou Manado pada tahun 2016, ada 650 kasus Apendisitis dengan pembagian yaitu Apendisitis akut sebanyak 412 kasus, Apendisitis kronik sebanyak 38 kasus, yang mengalami komplikasi Apendisitis perforasi sebanyak 193 kasus dan periapendikuler infiltrat sebanyak 7 kasus. Hasil keseluruhan data berdasarkan usia dan jenis kelamin didominasi oleh laki-laki dibanding perempuan kecuali pada kelompok usia 20-29 didominasi oleh perempuan (Thomas et al., 2016). Prevalensi angka kejadian Apendisitis pada data yang di temukan di RS Gunung Maria Tomohon pada bulan Januari – Maret 2024 sebanyak 43 kasus (Data Rekam Medik Rumah Sakit gunung Maria Tomohon, 2024).

Berdasarkan data yang dilampirkan diatas, maka dapat disimpulkan bahwa Apendisitis merupakan masalah kesehatan yang serius dan sering terjadi. Oleh

sebab itu penulis tertarik untuk mengungkap masalah apendisititis menjadi Studi Kasus Asuhan Keperawatan Perioperatif Apendektomi *ex causa* Apendisititis sebagai kasus kelolaan yang dilakukan di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon.

1.2 Rumusan Masalah

Apendisititis merupakan salah satu masalah kesehatan yang kerap ditemui dalam masyarakat dan kebanyakan kasus dilakukan penanganan dengan pembedahan Apendektomi. Perawatan pada pasien perioperatif Apendisititis dengan tindakan pembedahan Apendektomi harus dilakukan secara berkesinambungan melalui penerapan Standar Asuhan Keperawatan dan Standar Operasional Prosedur yang lengkap agar dapat membantu proses pemulihan pasien. Dalam praktiknya, terdapat beberapa kasus dimana perawatan pasien tidak dilakukan berdasarkan SAK dan SOP yang berlaku sehingga penyembuhan pasien tidak maksimal. Kondisi ini yang menjadi focus perhatian penulis untuk melakukan perawatan sesuai SAK dan SOP yang berlaku agar dapat memperoleh hasil evaluasi perawatan pasien yang maksimal.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari dilakukannya penelitian ini yaitu menggambarkan tindakan asuhan keperawatan pada Ny. Y.M dengan diagnosa apendisititis (*radang usus buntu*) di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan perioperatif pada pasien dengan Apendisititis akut
2. Mampu menyusun dan menetapkan diagnosa keperawatan pada pasien dengan penyakit Apendisititis akut
3. Mampu menyusun dan menentukan intervensi keperawatan yang akan diberikan untuk pasien dengan Apendisititis akut
4. Mampu melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien dengan Apendisititis
5. Mampu melakukan evaluasi dan pendokumentasian pada pasien dengan Apendisititis akut

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Pasien dan Keluarga

Meningkatkan pengetahuan melalui edukasi mengenai penyakit Apendisititis dan dapat mengenali penyebab agar boleh menghindari hal-hal yang dapat beresiko, menjadi perpanjangan tangan dalam mengedukasi orang lain mengenai penyakit ini, serta mengetahui tanda dan gejala sehingga secepat mungkin di periksakan ke fasilitas kesehatan terdekat

1.4.2 Pelayanan Keperawatan

Menjadi Informasi yang berguna dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang profesional dan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional dan Standar Asuhan Keperawatan yang berlaku.

1.4.3 Institusi Pendidikan

Menjadi referensi bacaan bagi mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon untuk penyusunan asuhan keperawatan serta dalam memperluas ilmu dan wawasan.

1.4.4 Penulis

Memperoleh pengalaman, pengetahuan dan keterampilan sebagai seorang perawat dalam penerapan asuhan keperawatan dan menjadi salah satu syarat dalam penyelesaian studi pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Gunung Maria Tomohon.

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

3.1 Jenis/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan studi kasus yang deskriptif (*case studies*) dengan bertujuan untuk menjelaskan secara rinci tentang Studi Kasus Asuhan Keperawatan Perioperatif dengan Apendektomi *et causa* Apendisitis pada Ny.Y.M di RSU Gunung Maria Tomohon. Tujuan dari studi kasus yang dilakukan ini adalah untuk memperoleh pemahaman perihal masalah yang terjadi pada klien serta manfaat dari pelaksanaan asuhan Keperawatan Perioperatif.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus dalam karya tulis ilmiah ini adalah Ny.Y.M dengan masalah utama Apendisitis di Irina St. Fransiskus di RSU Gunung Maria Tomohon.

3.3 Definisi Operasional

- 1) Asuhan Keperawatan adalah rangkaian proses kegiatan pada praktik keperawatan yang dengan secara langsung diberikan kepada pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan Standar Asuhan keperawatan dan Standar Operasional Prosedur yang berlaku.
- 2) Keperawatan Perioperatif/konsep keperawatan yang dalam praktiknya memberikan asuhan keperawatan melalui 3 fase yaitu sebelum pembedahan (*pre operatif*), selama pembedahan (*intra operatif*) dan setelah pembedahan.
- 3) Apendisitis merupakan nama medis dari penyakit radang usus buntu. Apendisitis terjadi karena adanya peradangan yang diakibatkan oleh terjadinya obstruksi pada lumen apendiks. Apendektomi tindakan pembedahan yang merupakan tatalaksana medis penyakit apendisitis. Terdapat 2 jenis apendektomi yaitu apendektomi terbuka dan laparaskopi apendektomi.

BAB II

TINJAUAN TEORETIS

2.1 Konsep Dasar Penyakit Apendisitis Akut

2.1.1 Definisi Apendisitis Akut

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis yang faktor penyebabnya masih diperdebatkan. Dalam beberapa penelitian mengungkapkan bahwa apendisitis terjadi karena adanya peradangan ataupun sumbatan pada apendiks yang bersifat episodic dan hilang timbul dalam waktu yang lama. Apendisitis ini adalah merupakan salah satu kasus yang sering dijumpai pada bidang bedah abdomen. Nyeri pada abdomen bersifat akut dan membutuhkan tindakan pembedahan untuk mencegah komplikasi yang lebih serius dan berbahaya seperti gangrenosa, terjadi perforasi atau bahkan peritonitis generalisata (Dewi & Iriani, 2022).

Peradangan akut yang terjadi pada apendiks vermiformis disebut dengan Apendisitis Akut. Apendisitis akut ini lebih dikenal dengan sebutan Peradangan pada usus buntu (Miranika et al., 2021).

Apendisitis merupakan kondisi dimana terjadinya inflamasi yang diikuti dari adanya penyumbatan di lumen apendiks oleh karena adanya *fecaliths* atau karena hiperplasia limpod yang memicu timbulnya inflamasi apendiks (Putra & Suryana, 2020).

Apendektomi merupakan penatalaksanaan tindakan operasi yang dilakukan pada organ apendiks. *Procedure* pembedahan apendektomi dilakukan dengan mengganggu apendiks yang mengalami peradangan (Sayuti et al., 2022).

Apendisitis adalah keadaan dimana apendiks vermiformis atau umbai caecum di usus mengalami peradangan ataupun sumbatan. Peradangan yang terjadi bisa disebabkan oleh infeksi bakteri. Gangguan pada umbai caecum yang terjadi bisa bersifat akut yang dimana hal ini memerlukan tindakan pembedahan segera. Pada dasarnya penyakit ini ditandai dengan nyeri tekan lepas yang dirasakan pada kuadran kanan bawah abdomen penderitaanya.

Tindakan apendektomi merupakan penatalaksanaan dari penyakit usus buntu atau Apendisitis. Apendektomi ini dilakukan dengan tujuan mengganggu apendiks yang mengalami peradangan.

2.1.2 Etiologi

Penyebab apendisitis biasanya karena terjadi obstruksi pada lumen apendiks yang menyebabkan terjadinya inflamasi atau peradangan. Penyumbatan yang terjadi pada lumen apendiks dikarenakan oleh hyperplasia jaringan limfoid, fekalit, benda tidak diketahui dan lainnya yang dapat menginfeksi lumen apendiks. Penyumbatan yang terjadi pada apendiks, menjadi media perkembangan bakteri. *Eschericia coli* adalah jenis bakteri yang sering mengakibatkan infeksi pada apendiks sehingga terjadi peradangan hingga obstruksi (Pratama, 2022).

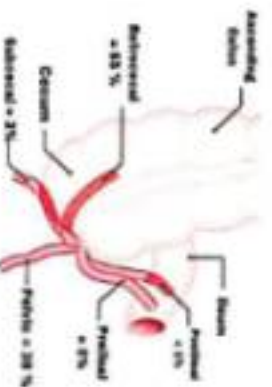
Ditinjau dari teori Blum ada 4 faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya apendisitis pada seseorang yaitu :

- 1) Faktor Biologi dimana apendisitis mengenai semua usia dan juga jenis kelamin, namun laki-laki dan rentang usia 20-30 tahun memiliki faktor risiko yang lebih tinggi. (Cristie et al., 2021).
- 2) Faktor Lingkungan yaitu bakteri, virus, parasit, cacing, dan sanitasi lingkungan yang kurang baik
- 3) Faktor perilaku atau gaya hidup yang kurang baik seperti pola makan yang tidak baik, sering mengonsumsi makanan cepat saji.
- 4) Faktor pelayanan kesehatan baik fasilitas maupun non fasilitas (Didel & Nurhuda, 2022)

Menurut Cristie et al., (2021) ada tumbuhan mengenai factor yang mempengaruhi terjadinya apendisitis pada seseorang, yaitu Konsistensi feces.

2.1.3 Anatomi dan Fisiologi

Anatomi Apendiks / Umbai cacing



Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Apendiks (Lecturio, 2024)

(Sumber :https://www.lecturio.com/concepts/colon-cecum-and-appendix/)

Apendiks Vermiformis adalah kantung berbentuk tabung dan berukuran kecil yang ujungnya buta dan menempel pada dinding posteromedial sekum biasanya 1,7 cm berada dibawah katup ileocecal. Pada dasarnya apendiks muncul dari konvergensi taenia coli yang menjadikan titik ini sebagai petunjuk untuk tindakan pembedahan yang sangat berguna. Dianggap sebagai organ sisa apendiks ini biasanya berukuran 8 – 10 cm untuk orang dewasa.

Letak apendiks berada pada anterior pleksus hantalis dan otot ileopsoas dan posterior omentum mayor. Apendiks ini tertempel pada ileum terminal melalui mesoapendiks, lipatan mesenterium berbentuk segitiga yang terhubung juga dengan sekum. Panjang mesoapendiks ini lebih pendek dibanding apendiks sehingga membuat apendiks kelihatan bengkok atau melengkung.

Biasanya letak apendiks ini pada kuadran kanan bawah perut. Namun ada juga yang ditemukan pada kuadran kiri atas, garis tengah anterior kiri, dan juga garis tengah bagian bawah. Posisi apendiks memiliki beberapa orientasi seperti pada panggul yang mengarah ke otot psoas dan menggantung di bagian tepi panggul; subcecal yang terletak di fossa ilika daninferior dari sekum. Retrocecal letaknya pada posterior ileum; dan praileum yang terletak pada anterior ileum.

Fisiologi Apendiks

Apendiks menghasilkan 1-2 ml lendir dalam satu hari. Lendir itulah yang kemudian secara normal dicurahkan ke lumen apendiks dan akan mengalir menuju sekum. Apendiks memiliki otot dan juga terdapat jaringan limfoid pada dindingnya, jaringan limfoid ini yang bekerja pada system kekebalan tubuh. Jaringan limfoid dapat merangsang pertumbuhannya jenis bakteri yang baik yang tersimpan di usus buntu. (Kementerian Kesehatan, 2022)

Apendiks pada awalnya dianggap sebagai organ sisa ataupun organ tambahan yang tidak memiliki fungsi apapun. Tapi fungsi apendiks sudah diketahui saat ini . yaitu sebagai organ imunologiik dan berperan aktif pada sekresi immunoglobulin (kekebalan tubuh) yang memiliki kelenjar limfoid. (Kementerian Kesehatan, 2021)

2.1.4 Patofisiologi

Apendisitis atau peradangan pada apendiks terjadi karena adanya obstruksi atau sumbatan pada lumen apendiks . Pada dasarnya fungsi dari organ usus buntu belum diketahui dengan jelas, walaupun adanya jaringan limfatik pada apendiks menunjukkan peranan terhadap sistem kekebalan tubuh. Pada sebagian besar kasus apendisitis yang ditemukan kejadian patogenik yang utama dipercaya merupakan sebab dari obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks.

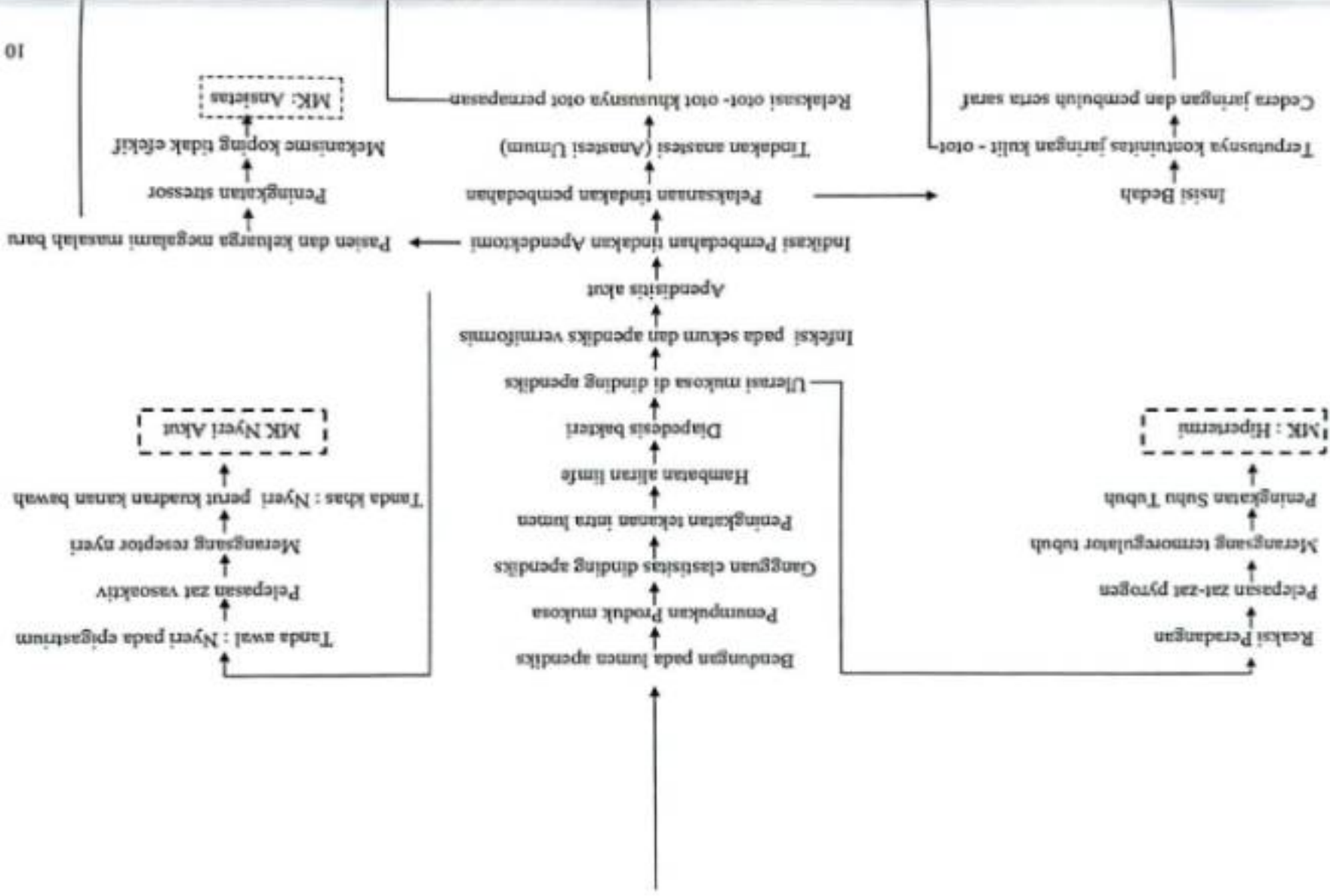
Apendisitis terjadi karena adanya obstruksi pada lumen apendiks karena hiperplasia jaringan limfoid, fekalit, benda asing, neoplasma, ataupun striktur karena fibrosis yang diakibatkan oleh peradangan sebelumnya. Obstruksi yang terjadi itu menyebabkan mucus hasil produksi dari mukosa mengalami pembendungan. Sering berjalannya waktu, mucus yang tersumbat semakin banyak sehingga terjadi peningkatan tekanan pada intralumenn karena keterbatasan pada elastisitas dinding apendiks. Meningkatnya akan menghambat aliran limfe yang akhirnya mengakibatkan terjadinya edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Keadaan inilah terjadinya apendisitis akut folial dan diandai dengan nyeri pada epigastrium. Tekanan akan terus mengalami peningkatan jika sekresi mucus berlanjut hal ini akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah dan bakteri akan menembus dinding.

Peradangan yang terjadi ini akan semakin meluas hingga ke peritoneum setempat dan menimbulkan nyeri pada daerah kanan bawah, keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut. Infark pada dinding apendiks, apendiks akan lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis terjadi apabila aliran arteri terganggu. Mengikuti terjadinya gangren maka stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Jika dinding apendiks yang mengalami penipisan dan telah rapuh ini pecah maka terjadi apendisitis perforasi. Proses penyakit yang lambat maka omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak menuju apendiks sehingga timbulah mas lokal yang biasa disebut ilifirrate apendikularia. Pada peradangan apendiks ini dapat menjadi abses ataupun mengkilang.

Nyeri dirasakan pada abdomen kanan bawah dan biasa disertai oleh demam ringan, mual, muntah, dan hilangnya nafsu makan (Tambunan et al., 2023).

2.1.5 Skema Patofisiologi





2.1.6 Manifestasi Klinis

Nyeri Perut dirasakan pada periumbilikal, sentral ataupun epigastrium. Nyeri kemudian akan berpindah pada kuadran kanan bawah abdomen. Nyeri biasanya dirasakan bersamaan dengan mual muntah dan anoreksia meskipun gejala tersebut tidak terjadi pada semua kasus. Diare atau obstipasi merupakan gejala yang timbul dan biasanya dapat memunda diagnosis karena memiliki gejala yang sama dengan gastroenteritis akut (Pratama, 2022).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Purnamasari et al., 2023) pada manifestasi klinis yang ditemukan juga pada pasien yaitu nyeri ulu hati pada awal gejala apendisitis kemudian nyeri pada seluruh bagian perut, nyeri juga dirasakan berpindah pada kuadran kanan bawah abdomen. Kemungkinan suhu tubuh atau demam timbul sebagai reaksi dari peradangan yang terjadi pada apendiks.

Selain itu tanda dan gejala terjadi berdasarkan posisi dari apendiks ketika sedang terjadi peradangan (Rangki et al., 2023).

- 1) Letak apendiks retrocecal retroperitoneal, yaitu berada di belakang sekum. Biasanya nyeri kanan bawah tidak terlalu jelas dirasakan dan tidak adanya tanda rangsangan peritoneal. Nyeri lebih di rasakan di perut kanan dan timbul pada saat melakukan pergerakan seperti berjalan, bernafas, batuk dan juga menggejan. Nyeri ini timbul karena adanya kontraksi M. Psoas mayor yang mengang.
- 2) Letak apendiks berada di rongga pelvis didaki ataupun menempel pada rectum akan timbul gejala dan rangsangan sigmoid atau diare rectum sehingga peristaltic meningkat. Pengosongan pada rectum akan menjadi lebih cepat dan secara berulang (terjadi diare)
- 3) Bila apendiks terletak di dekat atau menempel pada kantung kemih. Hal ini menyebabkan peningkatan frekuensi pada kantung kemih karena rangsangan pada dinding kantung kemih.

Tanda lainnya yang ditemukan pada pasien dengan apendisitis adalah

melaui pemeriksaan berikut :

- 1) Rovsing Sign, adalah nyeri yang dirasakan pada perut kanan bawah pada saat diberi tekanan pada perut kiri bawah.
- 2) Blumberg Sign, adalah nyeri yang dirasakan apabila tekanan pada perut kanan bawah dilepas.

- 3) Posas Sign, adalah nyeri dirasakan pada saat otot posas di rangsang.
- 4) Obturator Sign, adalah nyeri yang terjadi saat lutut dan pinggul di tekuk.

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut (Saputro, 2018) ada beberapa pemeriksaan yang menunjang untuk menclapkan diagnosa pada penyakit apendisitis, yaitu :

- 1) Pemeriksaan Fisik
 - a) Inspeksi : tampak adanya pembengkakan (swelling) pada rongga perut dimana adanya distensi sehingga perut tampak mengencang.
 - b) Palpasi : Apabila pada perut kanan bawah diberi tekanan akan terasa nyeri dan apabila dilepaskan akan terasa nyeri (Nyeri Tekan Lepas). Jika diberi tindakan tungkai bawah kanan dan paha ditekuk dengan kuat ataupun mengangkat tungkai dengan tinggi nyeri akan berangsur lebih parah
 - c) Rektum atau vagina timbul rasa nyeri
 - d) Suhu rektum lebih meningkat dari suhu di ketiak.
 - e) Skoring Alvarado dan Skoring RLPASA untuk penentuan diagnosis Apendisitis berdasarkan interpretasi nilai skoring.
- 2) Pemeriksaan Laboratorium.
 - a) Leukosit atau sel darah putih berada diatas $12.000/mm^3$.
Neutrofil mengalami peningkatan mencapai angka 75 %
 - b) Urinalisis : Normal, mungkin terdapat sel darah putih atau leukosit dan sel darah merah atau eritrosit
- 3) Pemeriksaan Radiologi
 - a) Ultrasonografi atau USG
Ultrasonografi merupakan pemeriksaan yang sering digunakan untuk mengevaluasi nyeri perut akut. Pemeriksaan USG kurang sensitive dibandingkan dengan Pemeriksaan CT-Scan perut.
CT Scan
 - b) CT Scan
CT-Scan perut memiliki nilai akurasi yaitu 95% untuk mendiagnosa adanya apendisitis. Kriteria CT untuk apendisitis

yaitu apendiks yang membesar (diameter melebihi 6mm) ,
penebalan dinding apendiks (lebih dari 2mm) adanya
apendicolitis (sekitar 25 %).

- c) X-Ray / Roigen Abdomen
- f) Apendikogram

Apendikogram merupakan pemeriksaan yang dilakukan pada
apendiks berupa foto barium apendiks yang dapat membantu
melihat adanya sumbatan dan pus dalam apendiks

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi pada apendisitis . Komplikasi ini terjadi karena
inflamasi yang terjadi di apendiks atau usus buntu akan menimbulkan kerusakan
pada jaringan ikat serta terjadinya vaskularisasi apendiks.

Menurut Tambunan., et al (2023) Komplikasi pada apendisitis dapat
dikategorikan menjadi, yaitu :

1) Abses

Abses merupakan peradangan yang terjadi pada apendiks yang berisikan
pus. Massa Lunak Pus awalnya merupakan fleghmon yang berkembang
menjadi rongga yang berisikan pus di dalamnya (Saputo, 2018). Keadaan
ini dapat terjadi jika peradangan terus menerus terjadi hingga menjadi
peradangan hebat sehingga semakin banyak ekudai neutrofil atau pus pada
dinding apendiks veruiformis dan menjadi massa.

2) Perforasi

Perforasi adalah dimana produk infeksi dan pus menembus dinding lapisan
menuju ke rongga abdomen. Kejadian perforasi dapat diketahui pada fase
pra operatif, 70% kasus memiliki gejala klinis, seperti suhu badan yang
meningkat, nyeri tekan pada seluruh bagian abdomen, leukostosis
khususnya *Polymorphonector* (PMN). Keadaan perforasi ini dapat
menyebabkan komplikasi berupa Peritonitis

3) Peritonitis

Peradangan pada peritoneum atau peritonitis merupakan komplikasi yang
paling berbahaya dan terjadi dalam bentuk akut ataupun kronis. Jika infeksi
terjadi secara luas pada permukaan peritoneum menyebabkan peritonitis

akut. Aktivitas peristaltik usus dapat berkurang hingga timbul ileus peristaltic, usus menjadi renggang, dan juga kehilangan cairan elektrolit dalam tubuh.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada kasus apendisitis terbagi atas 2 bentuk (Firmanah & Prastya, 2021) yaitu :

1) Non-operatif

Dalam penanganan, pasien yang telah didiagnosa dengan apendisitis akut harus diberi edukasi untuk puasa terlebih dahulu serta diberikan analgetik juga antiemetik jika perlu agar dapat mengurangi gejala. Prosedur pengobatan yaitu pengobatan awal antibiotik yang diberikan secara intravena yaitu selama 1-3 hari kemudian diikuti dengan pemberian antibiotik secara oral selama 7 hari. Jenis antibiotik yang akan diberikan yaitu pencampuran antara sefalosporin dan tinidazol atau penisilin spektrum luas yang dikombinasikan dengan pelanbat belakian sedang. Pasien yang menderita apendisitis harus dirawat inap di rumah sakit dengan pemantauan kondisi pasien yang ketat dan jika gejala klinis tidak membaik bahkan semakin memburuk akan dilakukan persiapan tindakan operasi apendisitis. Namun apabila kondisi pasien beragur-agur membaik pasien bisa dipulangkan namun masih harus mengonsumsi obat yaitu antibiotik yang diberikan. Jika pengobatan non-operatif yang di berikan ini berhasil maka disarankan kepada pasien untuk melakukan beberapa jenis tes dalam waktu 6 bulan untuk mengetahui komplikasi keganasan penyakit. Pemeriksaan yang di sarankan adalah tes kolonoskopi, USG (Ultrasonografi), ataupun CT-Scan. Pada tatalaksana konservatif antibiotik dengan apendisitis tanpa komplikasi memiliki resiko penyakit apendisitis berulang dengan presentase 16-40% pada pengobatan awal dalam kurun waktu 1 tahun. Jika pengobatan dengan antibiotik ini belum berhasil maka penatalaksanaan berikutnya adalah dengan tindakan operatif yaitu apendektomi

2) Operatif

Menurut Handaya (2017) Tindakan operatif yang dilakukan pada pasien dengan diagnosa Apendisitis

a) Apendektomi

Apendektomi adalah prosedur pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apendiks yang meradang, prosedur ini dilakukan segera mungkin untuk meminimalisir resiko perforasi. Apabila seseorang sudah mendapat diagnosa apendisitis maka kemungkinan besar akan dilakukan apendektomi. Pada tindakan ini dilakukan insisi panjang sekitar 5-8 cm pada abdomen kuadran kanan bawah.

b) Apendektomi Laparaskopi

Apendektomi laparaskopi merupakan prosedur invasif minimal. Prosedur ini dilakukan dengan insisi kecil pada 3 titik dan dengan alat (laparaskop) yang memiliki kamera dan monitor. Teknik ini memiliki keuntungan yaitu insisi luka menjadi lebih kecil sehingga nyeri post operasi akan lebih berkurang. Perawatan pada tindakan ini lebih simple jadi proses penyembuhan pasca operasi lebih cepat.

c) Laparotomi

Laparotomi merupakan prosedur tindakan bedah mayor yang dilakukan dengan insisi pada lapisan dinding perut sehingga lebih mudah untuk mendapatkan organ perut yang mengalami masalah contohnya perforasi. Tindakan laparotomi ini dilakukan pada kasus bedah seperti apendisitis, hernia inguinalis, kanker lambung, obstruksi usus, inflamasi usus kronis, kolesistitis, dan peritonitis.

2.2.1 Evidence Based Nursing Perawatan Apendicitis

Analisis Jurnal Menggunakan PICOT : P (*Population*), I (*Intervention*), C (*Comparison*), O (*Outcome*), T (*Time*).

1) Studi Kasus : Pengaruh Terapi Aroma Lemon Terhadap Tingkat Nyeri

Pasien Post Operasi Apendektomi (Sutrisna et al., 2024)

The Effect Of Lemon aroma Therapy On The Pain Level Of Post Appendectomy Patients.

P (*Population*): Jumlah sampel yang digunakan pada penelitian ini sebanyak 15 sampel dengan subjek studi pasien post operasi apendektomi.

I (*Intervention*): Intervensi yang diberikan pada pasien adalah dengan terapi non farmakologis yaitu pemberian aroma terapi lemon setelah 4 jam post operasi apendektomi. Dalam implementasinya, terlebih dahulu dilakukan pengukuran skala nyeri yang dirasakan pasien. Pengukuran skala nyeri juga dilakukan pada evaluasi pasien setelah diberikan terapi non farmakologis yaitu pemberian aromaterapi lemon. Pengukuran skala nyeri ini menggunakan teknik pengukuran nyeri NRS (*Numerical Rating Scale*). Terapi ini diberikan dengan cara meneteskan 4 tetes minyak esensial lemon pada *diffuser* dan menyarankan pasien menghirup aromaterapi selama 30 menit. Setelah 30 menit dilakukan evaluasi dengan mengukur skala nyeri, ekspresi wajah, tekanan darah dan frekuensi nadi. Setelah 4 jam dari pemberian obat analgetik pasien diberikan terapi nonfarmakologi yaitu aromaterapi lemon yang diharapkan dapat membantu menurunkan nyeri pada pasien. Evaluasi akhir didapatkan setelah pemberian aromaterapi lemon selama 3 hari.

C (*Comparison*): Penelitian ini dilakukan menggunakan penelitian kuantitatif dengan *pre-posttest one group design without control*, yang berarti tanpa kelompok control.

O (*Outcome*): Hasilnya terapi non farmakologi yang diberikan dengan menggunakan aromaterapi lemon memiliki pengaruh terhadap skala nyeri pada pasien post operasi apendektomi. Selain itu terapi ini membantu meningkatkan kenyamanan pasien. Terapi ini juga dapat dilakukan di luar Rumah sakit saat pasien sudah rawat jalan.

- T (*Time*) : Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret-April 2024.
2. Studi Kasus: Efektifitas Mobilisasi Dini Terhadap Penyembuhan Luka Paska Operasi Apendektomi. (Daulay et al., 2019)

P (*Population*): Penelitian ini dilakukan pada 15 pasien dengan penatalaksanaan apendektomi.

I (*Intervention*): Cara untuk mempercepat hari rawat pasc apendektomi yaitu dengan melakukan mobilisasi dini. Mobilisasi yang dilakukan bukan hanya memiringkan badan ke kiri dan ke kanan tapi lebih mengarah pada kemampuan berjalan. Mobilisasi dini merupakan faktor yang dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Penelitian ini proses penyembuhan menggunakan penilaian berdasarkan skala REEDA. Analisa data yang digunakan pada penelitian ini yaitu *Univariate* dan *Bivariate*. Analisa Univariate menjelaskan bahwa usia (pemeran), jenis kelamin (cenderung pada laki-laki), pendidikan (pengetahuan), dan jenis pekerjaan berpengaruh pada proses penyembuhan luka. Hasil analisa bivariat menunjukkan bahwa efektifitas dilakukannya mobilisasi dini berpengaruh pada proses penyembuhan luka.

C (*Comparison*): Penelitian ini dilakukan tidak menggunakan kelompok control sebagai bahan perbandingan intervensi.

O (*Outcome*): Adanya efektifitas pada penerapan mobilisasi dini yang dilakukan pada pasien pasca operasi apendiktomi dalam mempercepat proses penyembuhan luka. Penyembuhan luka pada pasien yang diberikan mobilisasi dini lebih efektif dibandingkan dengan pasien yang tidak diberikan mobilisasi dini.

T (*Time*): November 2019

2.1 Konsep Dasar Keperawatan Perioferatif

Konsep Perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan keragaman fungsi dari asuhan keperawatan yang berkaitan dengan pembedahan pasien. Perioperatif merupakan suatu istilah yang menggabungkan 3 tahap keperawatan dalam suatu proses pembedahan yaitu fase pre operatif, fase intra operatif dan fase post operatif.

Perioperatif terdiri atas 3 fase yaitu Fase Pre Operatif Tahapan ini adalah tahap awal dari keperawatan perioperatif. Tahap ini dimulai saat pada saat pasien di diagnose dengan penyakit dan membutuhkan tindakan pembedahan segera dan berakhir saat pasien dipindahkan ke meja operasi. Fase Intra Operatif Tahapan intra operatif akan dimulai ketika pasien berada di meja operasi dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan (*Recovery Room*). Fase Post Operatif Tahap ini merupakan tahapan terakhir dalam proses keperawatan perioperative. Tahap ini dimulai pada saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan hingga pasien dalam proses pemulihan baik dalam kondisi rawat inap sampai pasien pulih dan rawat jalan (Susanti, 2022).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan awal yang dilakukan dalam proses keperawatan untuk mendapatkan data dasar pasien yang berhubungan dengan kondisi klinis dan diagnosis yang akan di tetapkan. Data yang didapat melalui pengkajian yang dilakukan terhadap pasien harus data lengkap dan nyata meliputi pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah. (Hiko & Zedmatu, 2022)

1. Fase Pra Operatif

Menurut Munandar (2022) pengkajian pra operatif terdiri dari beberapa hal yang harus di kaji diantaranya :

- a) Pengkajian secara umum meliputi identitas pasien dan persetujuan tindakan operasi (*informed consent*)
- b) Riwayat kesehatan yang sedang dialami dan pernah dialami oleh pasien
- c) Psikososial yaitu kecemasan, citra diri, dan pengetahuan pasien tentang penyakit yang di alami
- d) Pengkajian mengenai pola hidup

- e) Pemeriksaan fisik yang mencakup keadaan pasien, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital dan pemeriksaan *head to toe* (Khususnya di bagian abdomen)

- f) Pemeriksaan Penunjang seperti hasil laboratorium dan radiologi.

2. Fase Intra Operatif

Pengkajian pada fase intra operatif merupakan pengujian yang kompleks yang dilakukan secara ringkas dan cepat oleh perawat di kamar bedah agar pasien segera mendapatkan tindakan keperawatan yang sesuai sehingga kejadian pada pasien baik bersifat resiko dan actual dapat teratasi.

Pengkajian yang dilakukan pada fase Intraoperatif diantaranya

- a) Validasi data identitas pasien
- b) Proses keperawatan pemberian anestesi dan prosedur pembatalan
- c) Konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi

3. Fase Post Operatif

Pengkajian pada fase post operatif / pasca operatif dilakukan sejak pasien dipindahkan ke *Recovery Room* (RR) hingga ke ruang pemulihan.

- a) Pengkajian Respirasi
- b) Pengkajian Sirkulasi
- c) Suhu Tubuh
- d) Kondisi Luka operasi
- e) Nyeri
- f) Gastrointestinal
- g) Cairan dan elektrolit
- h) Keamanan Peralatan

2.2.2 Diagnosis

Diagnosa Keperawatan berperan penting dalam proses keperawatan yaitu menentukan arah perawatan yang akan dilakukan pada tahap pembedahan.

Diagnosa keperawatan memiliki karakteristik tertentu sesuai data yang diperoleh ketika dilakukannya pengkajian. Diagnosa keperawatan menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia yang muncul pada proses asuhan keperawatan perioperatif di fase preoperatif dan post operatif adalah sebagai berikut:

- 1) Fase Pre Operatif
 - a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencodera fisiologis (Inflamasi) (D.0077).
 - b. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan operasi (D.0080).
- 2) Fase Post Operatif
 - a) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencodera fisik (Luka Operasi) D.0077.
 - b) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054).
 - c) Resiko Infeksi dihubungkan dengan efek prosedur invasif (D.0142).
 - d) Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan nyeri luka operasi (D.0035).
 - e) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan. (D.0109).

2.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan salah satu tahap dalam proses keperawatan, yang merupakan suatu perencanaan yang dilakukan oleh perawat terhadap diagnosa keperawatan dan diagnosa pasi yang sudah didapat agar pasien dapat memiliki status kesehatan yang baik. Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* atau hal hal yang dilakukan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis demi tercapainya *outcome* atau hasil yang diharapkan.

- 1) Nyeri akut (D.0077).

Luaran : Tingkat Nyeri (L.08066) Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

Kriteria Hasil : Kemampuan memulakan aktivitas aktivitas meningkat, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaforesis menurun, perasaan depresi menurun, perasaan takut mengalami cedera berulang menurun, anoreksia menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, perilaku membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik.

Intervensi : Manajemen Nyeri (L.08238)

- a) Monitor tanda-tanda vital
- b) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri
- c) Identifikasi skala nyeri
- d) Identifikasi respon nyeri non verbal
- e) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- f) Berikan teknik non farmakologi
- g) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- h) Tatalaksana pemberian obat analgetik sesuai anjuran dokter

2. Ansietas

Luaran : Tingkat Ansietas (L.09093) Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang menimbulkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Kriteria Hasil : Verbalisasi kebingungan menurun, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun, keluhan pusing menurun, palpitasi menurun, frekuensi pernapasan menurun, frekuensi nadi menurun, tekanan darah menurun, diaforesis menurun, tremor menurun, pucat menurun.

Intervensi : Reduksi Ansietas (L.09314)

- a) Monitor tanda-tanda ansietas
- b) Ciptakan suasana terapeutik untuk memantapkan kepercayaan

- e) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- d) Informasikan mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis

3. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Luaran : Mobilitas Fisik (L.05173) Kemampuan menggerakkan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Kriteria Hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, gerakan terbatas membaik, kelemahan fisik membaik.

Intervensi : Dukungan Mobilitasi (L.05173)

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilitasi
- c) Fasilitas aktivitas mobilitasi dengan alat bantu
- d) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- e) Jelaskan tujuan mobilitasi
- f) Ajaran mobilitasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

4. Resiko infeksi (D.0142)

Luaran : Tingkat Infeksi (L.14137) Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi.

Kriteria hasil : Kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, vesikel menurun, cairan berbau busuk menurun, kadal sel darah putih membaik, kultur darah membaik, kultur urine membaik, kultur area luka membaik.

Intervensi : Pencegahan Infeksi (L.12406)

- a) Monitor karakteristik luka
- b) Monitor tanda-tanda infeksi
- c) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- d) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih montoksik, sesuai kebutuhan
- e) Berikan salep yang sesuai ke kulit/jika perlu
- f) Pasang balutan sesuai jenis luka

- g) Pertahankan teknik sterili saat melakukan perawatan luka
- i) Ajarikan prosedur perawatan luka secara mandiri
- k) Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu

4. Gangguan pola tidur (D.0055)

Luaran : Pola Tidur (L.05045) Ketidakefektifan kualitas tidur dan kuantitas tidur.

Kriteria Hasil: Dukungan Tidur (I.09265) keluhan sulit tidur meningkat, keluhan sering terjaga meningkat, keluhan pola tidur berubah meningkat, keluhan isirahat tidak cukup meningkat.

- a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- b) Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
- c) Modifikasi lingkungan
- d) Tetapkan jadwal tidur rutin
- e) Anjurkan mempati kebersihan tidur
- f) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

5. Defisi perawatan diri (D.109)

Luaran : Perawatan Diri (L.11103) Kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri.

Kriteria Hasil: Kemampuan mandi meningkat, kemampuan menggunakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat.

- a) Monitor tingkat kemandirian
- b) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhisap dan makan
- c) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks dan privacy)
- d) Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)
- e) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

2.2.4 Implementasi

Implementasi meliputi pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat-hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi intervensi dilaksanakan sesuai rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan kemampuan interpersonal, intelektual, dan teknis, intervensi harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan fisiologi di lindungi dan didokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan yang terdiri dari observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Munandar, 2022)

2.2.5 Evaluasi

Fase akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan yang diberikan hal-hal ini yang di evaluasi adalah kecukupan, kelengkapan dan kualitas data, teratasi atau tidak masalah klien, mencapai tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan (Munandar, 2022)



BAB III METODELOGI PENELITIAN

3.1 Jenis/Desain Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan studi kasus yang deskriptif (*case studies*) dengan bertujuan untuk menjelaskan secara rinci tentang Studi Kasus Asuhan Keperawatan Periperatif dengan Apendektomi *et causa* Apendisitis pada Ny.Y.M di RSUD Gunung Maria Tomohon. Tujuan dari studi kasus yang dilakukan ini adalah untuk memperoleh pemahaman perihal masalah yang terjadi pada klien serta manfaat dari pelaksanaan asuhan Keperawatan Periperatif.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus dalam karya tulis ilmiah ini adalah Ny.Y.M dengan masalah utama Apendisitis di Irama St. Fransiskus di RSUD Gunung Maria Tomohon.

3.3 Definisi Operasional

- 1) Asuhan Keperawatan adalah rangkaian proses kegiatan pada praktik keperawatan yang dengan secara langsung diberikan kepada pasien di berbagai tataana pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan Standar Asuhan keperawatan dan Standar Operasional Prosedur yang berlaku.
- 2) Keperawatan Periperatif konsep keperawatan yang dalam praktiknya memberikan asuhan keperawatan melalui 3 fase yaitu sebelum pembedahan (*pre operasi*), selama pembedahan (*intra operasi*) dan setelah pembedahan.
- 3) Apendisitis merupakan nama medis dari penyakit radang usus buntu. Apendisitis terjadi karena adanya peradangan yang disebabkan oleh terjadinya obstruksi pada lumen apendiks. Apendektomi tindakan pembedahan yang merupakan tataaksana medis penyakit apendisitis. Terdapat 2 jenis apendektomi yaitu apendektomi terbuka dan laparaskopi apendektomi.

Pre Operatif

- a. Nyeri akut adalah nyeri yang dirasakan pasien pada perut bagian bawah sebelah kanan, nyeri bertambah saat pasien bergerak sehingga diberikan beberapa intervensi untuk mengurangi nyeri tersebut.
- b. Ansietas adalah rasa cemas yang dirasakan pasien pada saat menghadapi operasi, pasien hanyut takut dengan kondisinya sekarang yaitu tentang penyakitnya dan prosedur pembedahan yang akan dijalannya akan mengalami kegagalan.

Post Operatif

- a. Nyeri akut pada post operatif ini berbeda dengan nyeri yang ada pada pre operatif di mana nyeri yang dirasakan pasien adalah nyeri setelah operasi dilakukan sehingga membuat pasien merasa tidak nyaman pada luka operasi di bagian abdomen kanan bawah.
- b. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan penurunan kekuatan otot di mana pasien tidak dapat bergerak secara bebas atau mobilitasnya terbatas dikarenakan adanya gangg uan pad a ekstremitas bagian bawah pasien.
- c. Gangguan pola tidur adalah gangguan di mana kualitas tidur pasien terganggu dikarenakan nyeri berat yang dirasakan pada luka operasi di abdomen kanan pasien, sehingga diberikan beberapa intervensi demi kenyamanan tidur pasien.
- d. Risiko Infeksi adalah berbagai risiko yang akan dialami pasien jika tidak menjalankan hal-hal yang harus dilakukan berkaitan dengan luka operasi yang bisa saja menimbulkan berbagai infeksi yang serius.

3.4 Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Lokasi Penelitian karya tulis ilmiah bertempat di Irian St. Fransiskus RSU Gunung Maria Tomohon. Waktu pelaksanaan pengambilan studi kasus melalui permintaan persetujuan dan kesiediaan dari Ny. Y.M pada tanggal 12 Maret 2024 sampai pada tanggal 15 Maret 2024 yang dilakukan selama 3 hari perawatan secara menyeluruh.

3.5 Proses Pengumpulan Data

3.5.1 Keperpustakaan

1. Literatur buku

Penulis menggunakan data dan referensi yang diambil dari buku konsep dasar keperawatan perioperatif, buku asuhan keperawatan perioperatif, buku saluran cerna (digestif), buku penentuan diagnosis dan asuhan keperawatan SDKI, SLKI, dan SIKI

2. Literatur jurnal online

Penulis menggunakan jurnal-jurnal online baik yang berbahasa Indonesia maupun berbahasa Inggris yang di dalamnya terdapat materi tentang penyakit appendisitis dan juga Penulis mengumpulkan sumber data dan referensi dari website resmi untuk melihat prevalensi.

3. Literatur internet

Penulis mengumpulkan data dan mengambil referensi dari beberapa website yang resmi.

3.5.2 Kasus Asuhan Keperawatan

1. Wawancara : Penulis mewawancarai keluarga/penjaga juga dengan pasien sendiri untuk memperoleh informasi terkait data yang dibutuhkan untuk melengkapi pengkajian keperawatan perioperatif.
2. Observasi : Penulis melihat atau mengamati secara langsung keadaan pasien yang mencakup pengumpulan data, pemberian tindakan dan mengevaluasi tindakan yang telah diberikan.
3. Pemeriksaan Fisik : Penulis melakukan pemeriksaan kesehatan pada Ny. Y.M dengan melakukan pemeriksaan *head to toe* dengan menggunakan cara yaitu Inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.
4. Implementasi Tindakan Keperawatan: Penulis melakukan implementasi berdasarkan intervensi yang sudah tersusun dan berdasarkan diagnosis yang telah diperoleh untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah yang dialami
5. Pendokumentasian : Penulis mendokumentasikan hasil tindakan yang diberikan dan juga pemeriksaan-pemeriksaan yang menunjang seperti laboratorium.

6. Diskusi : Penulis berdiskusi dengan pasien dan keluarga mengenai tindakan yang akan dilakukan. Penulis juga berdiskusi dengan dosen pembimbing dan beberapa rekan mahasiswa serta pegawai di rumah sakit terkait tindakan yang akan diberikan.

3.6 Penyajian Data

3. Narasi

a. Data Umum Pasien dan Keluarga

Penulis melakukan pengkajian pada pasien dan keluarga pasien untuk memperoleh data-data umum yang dibutuhkan seperti identitas pasien dan keluarga, identitas saudara kandung, riwayat kesehatan, genogram, riwayat psikososial, Riwayat spiritual, riwayat pembedahan

b. Reaksi Hospitalisasi

Penulis melakukan pengkajian terhadap Riwayat hospitalisasi, dengan mencari tahu apakah pengalaman pasien dan keluarga tentang rawat inap dan bagaimana pemahaman pasien tentang rawat inap

c. Pengkajian Pola Kesehatan

Penulis melakukan pengkajian terhadap pengkajian pola Kesehatan untuk mengetahui pola-pola persepsi pasien, nutrisi pasien, eliminasi pasien, aktivitas dan latihan, kognitif-persepsi, konsep diri, pola hubungan peran, pola reproduksi dan pola keyakinan pasien dan keluarga

d. Pemeriksaan Fisik

Penulis melampirkan data terkait pemeriksaan fisik yang sudah dilakukan pada klien dan keluarga dalam bentuk narasi

2. Tabel

a. Hasil Laboratorium

Penulis mencantumkan hasil-hasil dari pemeriksaan laboratorium pasien baik pemeriksaan darah dalam bentuk tabel

b. Analisa Data

Penulis mencantumkan analisa data pasien dalam bentuk tabel untuk lebih mengetahui dan mudah dipahami

c. Instrumen Bedah

Penulis mencantumkan instrumen bedah yang digunakan saat pasien menjalankan operasi appendicitis dalam bentuk tabel agar mudah diketahui dan dipahami

d. Pengkajian Skoring RIPASA dan Skoring Alvarado

Penulis mencantumkan hasil dari skoring RIPASA dan Alvarado yang telah dilakukan pada pasien dalam bentuk table agar mudah dalam menilai hasilnya.

e. Pemeriksaan Fisik dan Psikis

Penulis mencantumkan hasil pemeriksaan fisik dan psikis yang telah di berikan kepada pasien dalam bentuk tabel.

f. Rencana Asuhan Keperawatan

Penulis membuat susunan perencanaan asuhan keperawatan yang akan dilakukan pada keluarga dalam bentuk tabel.

g. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Penulis melampirkan hasil implementasi dan evaluasi dari asuhan keperawatan yang telah diberikan pada keluarga dalam bentuk tabel.

3.7 Etika Penelitian

3.7.1 Pnsip *Respect to Person* (Hormat)

1. Teori Informed Consent (IC)

Informed consent atau persetujuan tindakan medis atau persetujuan tindakan kedokteran merupakan suatu persetujuan yang dibuat oleh pasien atau keluarganya, untuk memberikan izin terhadap dokter atau perawat dalam melakukan serangkaian pemeriksaan, menetapkan diagnosis, melakukan pemeriksaan fisik dan penunjang medis dan melakukan tindakan medis tertentu kepada pasien. Persetujuan tersebut diberikan oleh pasien atau keluarganya setelah melalui suatu proses komunikasi interpersonal dua arah yang berimbang. Dalam proses komunikasi tersebut dokter atau perawat

memberikan penjelasan atau informasi medis kepada pasien perihal diagnosa penyakit dan tata cara tindakan medis (Mukhlis, 2022)

Dalam hal ini penulis memberikan asuhan keperawatan dengan terlebih dahulu meminta persetujuan pada klien melalui komunikasi yang baik dengan Ny.Y.M dan keluarga

2. *Anonymity* (Prinsip Tanpa Nama)

Anonymity adalah prinsip untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak boleh mencantumkan nama responden, tetapi pada lembar tersebut diberikan kode. Penulis tidak mencantumkan nama, melainkan inisial (Universitas Alma Ata, 2019). Dalam hal ini penulis melakukan prosedur yang memastikan bahwa identitas klien dan semua data yang terkait dengan klien harus dirahasiakan. Dalam kaitannya dengan klien, penulis tidak mencantumkan nama asli klien tetapi hanya inisial saja.

3. *Autonomy* (Prinsip Kebebasan)

Prinsip *Autonomy* didasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat sendiri, memilih dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan individu yang menuntut pembedaan diri. Praktik profesional merefleksikan otonomi saat perawat menghargai hak-hak klien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya (Universitas Alma Ata, 2019). Dalam hal ini penulis tidak memaksakan kehendak yang memang klien tidak ingini untuk itu terjadi, penulis membebaskan klien untuk memilih mana yang klien rasa mau untuk klien lakukan dan penulis menghargai klien jika memang klien tidak mau mengikuti kehendak penulis.

4. *Confidentiality* (Prinsip Kerahasiaan)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan adalah informasi tentang klien harus dijaga privasi dari klien tersebut. Segala sesuatu yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan klien. Tidak ada seorang pun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diizinkan oleh klien dengan bukti persetujuan. Diskusi tentang klien diluar area pelayanan, menyampaikan pada teman atau keluarga tentang klien dengan tenaga kesehatan lain harus dihindari (Universitas Alma Ata, 2019).

Dalam hal ini penulis telah berdiskusi dengan klien, sebagaimana halnya saat penulis datang untuk meminta persetujuan klien (informed consent) tentang kasus klien yang akan penulis angkat untuk dijadikan karya tulis ilmiah, penulis telah mengatakan bahwa akan merahasiakan memang segala informasi pribadi klien. Penulis mengatakan juga, tidak ada seorang pun yang dapat memperoleh informasi pribadi klien kecuali memang di ijinan oleh klien dengan bukti persetujuan dari klien sendiri.

3.7.2 *Prinsip Benefience (Bermanfaat)*

Perawat melakukan yang terbaik bagi klien untuk kebaikan pasien dan keluarga, di mana peneliti harus menyadari dan memastikan agar tindakan-tindakan yang dilakukan benar-benar bermanfaat dalam kehidupan pasien dan keluarga untuk membantu mengurangi risiko terjadinya hal-hal yang tidak diinginkan (Universitas Alma Ata, 2019)

Dalam hal ini, penulis memberikan yang terbaik untuk kesembuhan klien. Dalam asuhan keperawatan yang telah penulis berikan, di dalamnya terdapat intervensi-intervensi yang dapat membantu klien untuk mencapai tingkat kesembuhan yang optimal. Penulis juga tidak sembarang dalam melakukan segala tindakan yang ada, karena di dampingi dan di awasi oleh perawat senior yang ada. Juga beberapa intervensi yang penulis berikan, banyak terdapat dari Jurnal-jurnal resmi yang mana yang sangat bermanfaat untuk kesembuhan klien.

3.7.3 *Prinsip Justice (Keadilan)*

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk tercapainya keadilan terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam praktik profesional ketika perawat bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktik dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan Kesehatan (Universitas Alma Ata, 2019).

Dalam hal ini penulis, penulis sebisa mungkin untuk bersikap adil dan tidak memaksakan kehendak klien.



BAB IV TINJAUAN KASUS

4.1 Asuhan Keperawatan Pre Operatif

4.1.1 Pengkajian Pre Operatif

Ruang Perawatan	: Fransiskus	Auto Anamnese	: ✓
Kamar	: 102 bed I	Allo Anamnese	: ✓
Nomor CM/DM	: 334582	Tanggal MRS	: 11/03/2024
Nomor Register	: 0030345	Tanggal Dikaji	: 12/03/2024

1 Identitas

a. Pasien

Nama inisial	: Ny. Y.M
Umur	: 28 Tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status	: Menikah
Agama	: Katolik
Suku bangsa	: Minahasa
Warga Negara	: Indonesia
Bahasa yang digunakan	: Bahasa Indonesia
Pendidikan terakhir	: SMA
Pekerjaan	: Swasta
Alamat	: Woloan III

b. Identitas Penanggung

Nama inisial	: Tn R.R
Umur	: 30 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Alamat	: Woloan III
Pekerjaan	: Swasta
Hubungan dengan pasien	: Suami

2 Data Medik

a. Diagnosa Medik

Saat masuk (<i>hari tanggal</i>)	: Gastroenteritis Akut
Saat pengkajian (<i>hari tanggal</i>)	: Apendisitis Akut

- b. Riwayat Alergi : Pasien Mengatakan Tidak Ada Alergi

3 Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit sedang, Pasien terpasang IVFD RL 20 tetes per menit di tangan sebelah kiri

a) Pemeriksaan Status Kesadaran

Kualitatif : Sadar Penuh

Kuantitatif : GCS (*Glasgow Coma Scale*)

Respon Motorik : nilai 6, Pasien tampak mengikuti sesuai perintah

Respon Bicara : nilai 5, Pasien tampak dapat berorientasi dengan baik, dengan menggunakan kalimat lengkap.

Respon Mata : nilai 4, pasien dapat membuka mata secara spontan.

Jumlah : 15

Kesimpulan : Compos Mentis

b) Pemeriksaan Tanda Vital Tubuh

1) Tekanan Darah

Lokasi : Di lengan Kanan

Hasil : 130/80 mm/Hg

MAP : $\frac{(2 \times 80) + 130}{3}$

Kesimpulan MAP : 96,66 mmHg / MAP Normal.

2) Nadi

Nadi 89x / menit di arteri Radialis dengan irama teratur.

3) Pernapasan

Pernapasan 20 x per menit dengan menggunakan pernapasan dada, irama teratur

4) Suhu Tubuh

Hasil 36°C, di axila sebelah kiri

c) Pengukuran

Tinggi Badan : 156 cm

Berat Badan : 56 kg

Indeks Massa Tubuh

$$\text{Rumus } \frac{bb}{TB(m)^2} = \frac{56}{1,56 \times 1,56} = 23$$

Hasil : Pasien memiliki IMT Normal.

4 Pengkajian Khusus Nyeri (PQRST)

Lokasi Nyeri :

1) P (*Palliative/Provocative*) :

Pasien Mengatakan Nyeri pada perut bagian bawah sebelah kanan dan bertambah nyeri saat pasien bergerak.

2) Q (*Quality/Quantity*) :

Pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk, dengan sifat nyeri yang hilang timbul.

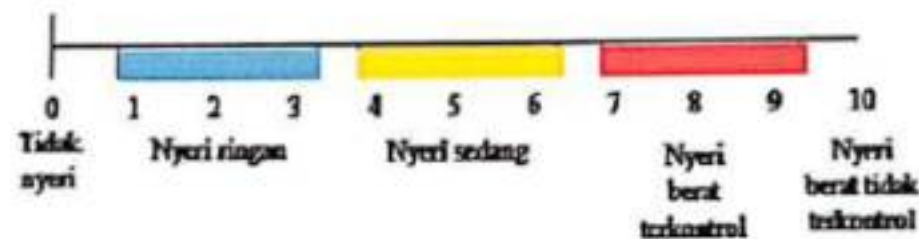
3) R (*Region/Radiation*) :

Pasien mengatakan nyeri dirasakan di perut bagian bawah sebelah kanan, menyebar di bagian ulu hati dan ke kaki kanan pasien.

4) S (*Scale/Severity*) :

Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan di angka 8-9 yaitu Nyeri Berat Terkontrol.

Skala Nyeri menurut Smeltzer, S.C bare B.G (2002), yg merupakan gabungan antara Skala Nyeri Numerik (NRS : Numeric Rating Scale) dan Skala Nyeri Deskriptif Verbal (VDS : Verbal Descriptor Scale)



5) T (*Time*):

Pasien mengatakan durasi nyeri yang dirasakan kurang lebih sekitar 3 menit dan hilang sekitar 10-15 menit dan muncul kembali.

5 Pemeriksaan Fisik *Head To Toe*

a. Kulit

Saat dilakukan pemeriksaan, Pasien tidak tampak adanya tanda dehidrasi karena setelah di lakukan *finger print* kembali dalam >2 detik. Palpasi akral teraba hangat, Kulit pasien bersih, lembab tidak ada peradangan atau lesi.

b. Kepala dan Rambut

Saat dilakukan pemeriksaan, kulit kepala tidak terdapat luka atau benjolan tidak juga terdapat nyeri tekan.

c. Mata

Saat dilakukan pemeriksaan, pasien menggunakan kacamata, dengan minus 2,5 sebelah kanan dan sebelah kiri normal . Tidak tampak adanya edema palpebrae, konjungtiva pasien tidak anemis, sklera pasien tidak ikterus dengan pupil pasien yang isokor.

d. Telinga

Saat dilakukan pemeriksaan, canalis kiri dan kanan bersih, adanya sedikit serumen, pasien tidak menggunakan alat bantu mendengar, dan fungsi pendengaran pasien baik.

e. Hidung

Saat dilakukan pemeriksaan, tidak ada sekret dan peradangan pada mukosa hidung pasien, dan fungsi penciuman normal dan tidak ada gangguan.

f. Rongga Mulut, Gigi, Lidah dan Tonsil

Saat dilakukan pemeriksaan, rongga mulut pasien bersih, terdapat bau mulut, tidak terdapat sariawan, tidak ada luka pada mukosa bibir, gigi lengkap tidak menggunakan gigi palsu dan kawat gigi. lidah tampak kotor dan tidak ada peradangan pada tonsil. Ukuran Tonsil T1 dalam batas normal.

g. Leher

Saat dilakukan pemeriksaan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening, tidak kaku kuduk.

h. Thorax dan Pernapasan

Saat dilakukan pemeriksaan, frekuensi napas pasien normal 20 x per menit, pernapasan teratur, pasien mengatakan nyaman saat bernapas (tidak dispneu). Perkusi paru normal, suara napas vesikuler dan tidak ada suara napas tambahan.

i. Jantung

Saat dilakukan pemeriksaan, ictus cordis tidak tampak dan teraba pada ICS V midklavikularis sinistra. *Heart Rate* pasien 89 x per menit.

j. Abdomen

Saat dilakukan pemeriksaan, abdomen pasien tampak membuncit dan tidak ada luka operasi, peristaltik usus meningkat 40x per menit. Pemeriksaan menggunakan obturator sign positif nyeri dan pemeriksaan pada titik Mc.Burney nyeri tekan lepas.

k. Ekstremitas

1) Ekstremitas atas

Saat dilakukan pemeriksaan, Menggunakan IVFD jenis cairan RL 20 tetes per menit pada lengan sebelah kiri, tidak ada edema, luka maupun fraktur.

2) Ekstremitas bawah

Saat dilakukan pemeriksaan, pasien mengatakan kaki sebelah kanan pasien terasa kram karena menahan sakit, kedua kaki pasien tampak tidak adanya edema.

$$\frac{5}{5} \mid \frac{5}{5}$$

Kekuatan Otot Ekstremitas atas dan bawah

- *Keterangan :*
- 0 = Tidak ada pergerakan dan kontraksi otot, jatuh pasif 100%
- 1 = Ada sedikit kontraksi, sedikit gerakan dan tahanan sewaktu jatuh

- 2 = Hanya mampu menahan grafitasi, tetapi akan jatuh dengan sentuhan
- 3 = Mampu menahan tegak walupun sedikit didorong, tetapi tidak mampu melawan tekanan/dorongan
- 4 = Kekuatan kurang dibandingkan sisi lain
- 5 = Kekuatan Utuh

Kesimpulan :

Ekstremitas atas dan bawah memiliki kekuatan otot yang masih, tidak ada penurunan fungsi otot kecuali pada ekstremitas bawah bagian kanan pasien mengatakan merasa kram dan nyeri, tidak ada kelainan

l. Kolumna Vertebralis

Saat dilakukan pemeriksaan, Bentuk normal, tidak ada luka dan benjolan.

m. Genetalia

Saat dilakukan pemeriksaan, Pasien berjenis kelamin perempuan, pada genetalia tidak ada luka, peradangan dan nyeri, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih saat di palpasi.

n. Bokong dan Anus.

Saat dilakukan pemeriksaan, Tidak ada luka pada bokong, tidak ada peradangan pada anus dan tidak terdapat hemoroid.

6 Pengkajian 12 Pola Persepsi Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

- 1) Keadaan sebelum sakit Pasien mengatakan sebelum sakit melakukan aktivitasnya dengan baik, seperti bekerja mengurus rumah suami dan anak.
- 2) Riwayat penyakit saat klien masuk rumah sakit
 - a) Keluhan utama masuk saat klien masuk rumah sakit
Pasien mengatakan BAB cair lebih dari 10 kali dalam hari.
 - b) Riwayat keluhan utama saat klien masuk rumah sakit :

Pasien mengatakan sejak 8 Maret 2024 pasien lebih dari 10x BAB cair di Rumah. Kemudian pada 10 Maret 2024 sekitar jam 21.00 WITA pasien di bawah ke RS Gunung Maria Tomohon dan segera memeriksakan dirinya dengan keluhan utama yaitu BAB cair 10 x sehari.

- c) Keluhan lain yang menyertai saat klien masuk rumah sakit:

Pasien mengatakan nyeri pada abdomen terutama di bagian bawah sebelah kanan. Pasien mengatakan juga merasa mual.

3) Riwayat penyakit saat dilakukan pengkajian

- a) Keluhan utama saat dilakukan pengkajian :

Pasien mengatakan nyeri diperut bagian bawah sebelah kanan.

- b) Riwayat keluhan utama saat dilakukan pengkajian:

Pasien mengatakan nyeri abdomen sudah sering dirasakan sekitar 2 minggu sejak tanggal 20 Februari 2024 tapi sering diabaikan karena pasien mengira nyeri yang dirasakan karena riwayat endometriosis yang di deritanya.

- c) Keluhan lain yang menyertai saat dilakukan pengkajian :

Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul dan apabila terasa nyeri maka akan keram hingga pada kaki sebelah kanan dan kakinya menjadi lemah.

- d) Riwayat penyakit yang pernah dialami :

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit yang sama, sering demam flu dan batuk. Pasien mengatakan kebiasaan berobat ketika sakit langsung ke rumah sakit. Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi obat maupun makanan.

b. Pola Nutrisi Dan Metabolik

- 1) Keadaan sebelum sakit

Sebelum Sakit Pasien mengatakan frekuensi makan 3 x sehari dengan jenis makanan pada umumnya yaitu nasi, ikan dan sayur, terkadang juga dengan buah-buahan. frekuensi minum pasien 3x sehari dengan jumlah ± 800 cc atau sekitar 4-5 gelas per harinya jenis minuman yang dikonsumsi yaitu Air Putih.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit nafsu makan menurun tapi pasien tetap makan 3x sehari dengan jenis makanan yang berubah yaitu makanan dengan bubur dan sup telur. Pasien mengatakan sering tidak menghabiskan makanannya karena sakit perut dan rasa ingin untuk ke toilet. Pasien minum air putih dengan jumlah ± 1000 cc jumlah intake minum berubah karena dia merasa sering haus.

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit :

a) Buang Air

Pasien mengatakan BAB 1-2 x dalam sehari pada pagi hari maupun malam hari. Dengan konsistensi lunak berdiameter sesuai bentuk rectum.

b) Pasien mengatakan frekuensi BAK $\pm 4-5$ kali dalam sehari, berbau normal kencing dan berwarna kuning jernih jumlah urin kira-kira 300 cc/24 jam.

2) Keadaan sejak sakit :

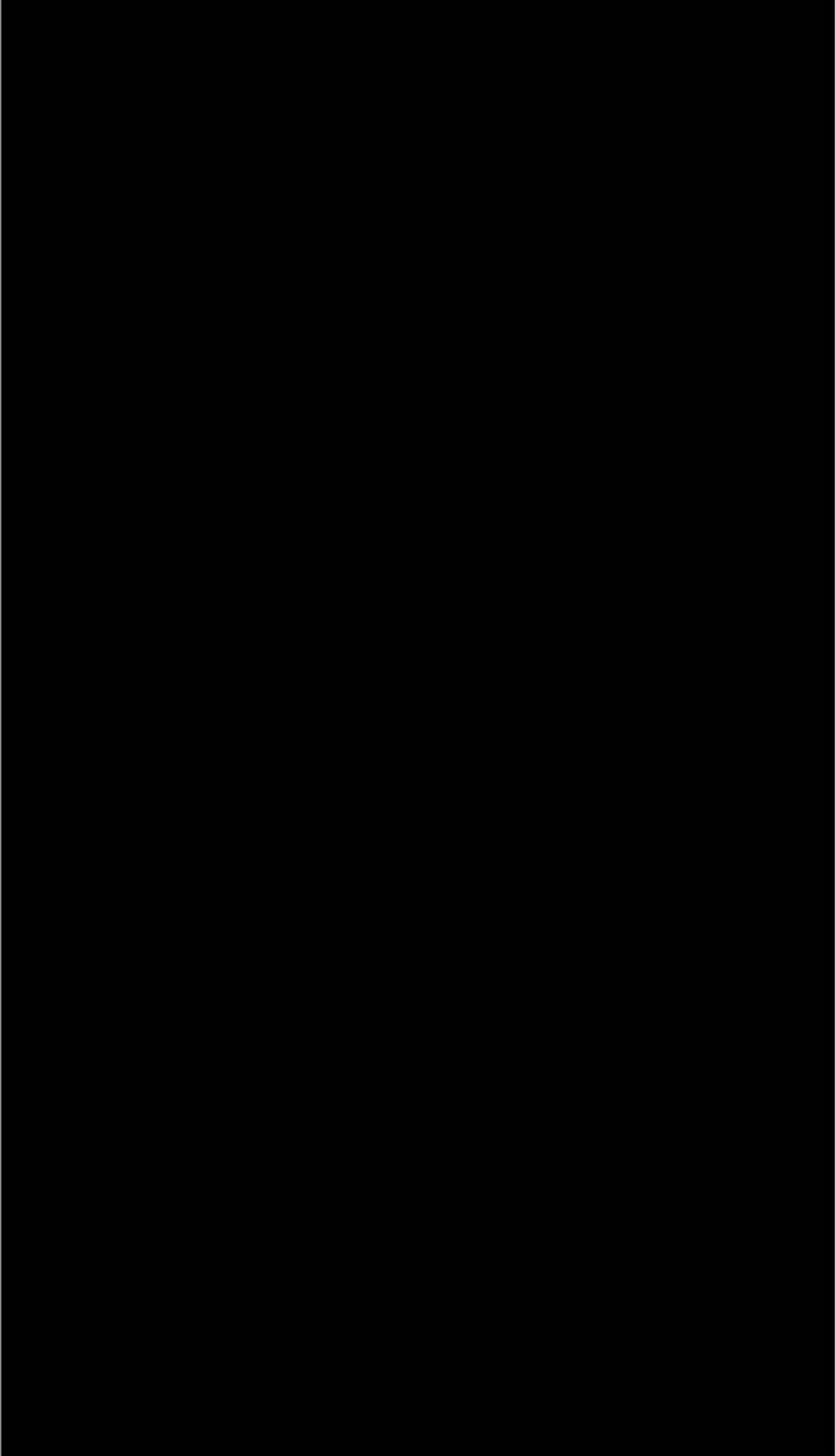
a) Buang air Besar

Pasien mengatakan lebih dari 10x BAB dalam 1 hari dengan konsistensi cair, berwarna kuning kecokelatan. Tetapi saat dikaji frekuensi BAB pasien sekitar 3x dalam sehari dengan konsistensi yang lunak dan berwarna kuning kecokelatan. Pasien mengatakan

b) BAK normal dengan frekuensi 4-5 kali dalam sehari dan berwarna kuning jernih.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

- 1) Keadaan sebelum sakit :
Pasien mengatakan pola aktivitas dilakukan secara mandiri, mandi, makan, mengenakan pakaian, BAB/BAK dan mobilisasi dilakukan sendiri tanpa bantuan orang lain.
- 2) Keadaan sejak sakit :
Pasien mengatakan semenjak sakit kebanyakan aktivitasnya di bantu oleh keluarga yang menjaga seperti mandi, berganti pakaian, jika ingin BAB/BAK ke toilet bahkan jika duduk harus dibantu.
- 3) Observasi aktivitas harian :
 - a) Sebelum sakit Pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri seperti makan, mandi, berpakaian, BAB,BAK, Mobilisasi.
 - b) Sejak Sakit kebanyakan aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat seperti saat melakukan aktivitas Mandi, Berganti pakaian, BAB dan BAK, juga melakukan Mobilisasi.
- e) Pola Tidur dan Istirahat
 - 1) Keadaan sebelum sakit :
Pasien mengatakan pola tidur teratur yaitu sekitar 7-8 jam tanpa tidur siang. Biasanya tidur pada jam 9 malam dan bangun jam 5 pagi untuk mengurus Suami dan Anaknya sebelum pergi bekerja.
 - 2) Keadaan sejak sakit :
Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasakan nyeri pada malam hari, pasien mengatakan merasa tidak puas dengan tidurnya, pasien mengatakan ketika bangun sering merasa pusing. Pasien mengatakan tidur kurang lebih hanya 5 sampai 4 jam, Ekspresi wajah pasien tampak mengantuk.
- g) Pola Persepsi Kognitif



7. Skoring RIPASA dan Skoring Alvarado

1) Skoring RIPASA

Demografi	Pria	-
	Wanita	0,5
	Usia < 39,9 Tahun	1
	Usia > 40	-
Gejala	Nyeri fosa iliaka kanan	0,5
	Migrasi Nyeri kuadran kanan bawah	0,5
	Anoreksia/ Nafsu makan menurun	1
	Mual dan Muntah	1
	Durasi Gejala < 48 jam	-
	Durasi Gejala > 48 jam	0,5
Tanda	Nyeri tekan pada kuadran kanan bawah	1
	Defans	-
	Nyeri tekan lepas	1
	<i>Rosving Sign</i>	2
	Demam > 37°C hingga < 38°C	1
Pemeriksaan Penunjang	Peningkatan leukosit	-
	Analisis Urine Negatif : tidak ada bakteri, darah atau neutrophil	-
Skor Tambahan	Kartu Tanda Penduduk asing	-
TOTAL		10

Tabel 4.1 Skoring Ripasa

Interpretasi Skoring RIPASA.

- 1) Skor < 5 Kemungkinan Bukan Apendisitis
- 2) Skori 5-7 Kemungkinan Kecil Apendisitis
- 3) Skor 7,5 – 11,5 Kemungkinan Besar Apendisitis
- 4) Skor > 12 Diagnosis Pasti Apendisitis

Kesimpulan : *Probable Appendicitis* (Kemungkinan Besar Apendisitis)

- l) Pola Sistem Nilai Kepercayaan
 - 1) Pasien mengatakan menganut agama Katolik
 - 2) peran serta setiap minggunya Pasien dan keluarga pergi untuk masuk gereja sebagai aktivitas yang rutin dilakukan.
 - 3) Pasien mengatakan hambatan yang terjadi sehingga ia biasanya tidak pergi ke ibadah di wilayah rohani apabila sedang sakit tapi jika pasien sakit ringan seperti flu batuk pasien akan berusaha untuk tetap pergi ke ibadah.
 - 4) Selama di rawat di Rumah Sakit pasien diberi penguatan Rohani dengan dikunjungi dan di doakan menurut agamanya oleh kerabat kerabatnya.

2) Skoring Alvarado

	Karakteristik	Skor
Gejala	Nyeri Abdomen berpindah ke kuadran kanan bawah	1
	Nafsu makan menurun / anoreksia	1
	Mual dan Muntah	1
Tanda	Nyeri tekan pada kuadran kanan bawah	2
	Nyeri tekan lepas	1
	Peningkatan suhu oral	1
	Leukositosis >10.000	-
	<i>Leukocytes Left Shift</i>	-
TOTAL		7

Tabel 4.2 Skoring Alvarado

Interpretasi Skoring Alvarado

- 1) 5-6 Kemungkinan Apendisitis (*Compatible*)
- 2) 7-8 Kemungkinan Besar Apendisitis (*Probable*)
- 3) 9-10 Sangat Besar Kemungkinan Apendisitis (*Very Probable*)

Kesimpulan : Kemungkinan Besar Apendisitis (*Probable*)

8. Skala Kecemasan *Hamilton Rating Scale For Anxiety* (HARS)

No	Gejala Kecemasan	Nilai Angka (Score)				
		0	1	2	3	4
1	Perasaan Cemas					
	a. Cemas			✓		
	b. Firasat Buruk		✓			
	c. Takut akan pikiran sendiri			✓		
	d. Mudah tersinggung					

Ketegangan a. Merasa tegang b. Lesu c. Tak bisa istirahat tenang d. Mudah terkejut e. Mudah menangis f. Gemetar g. Gelisah			✓			
Ketegangan : a. Takut pada gelap b. Takut pada orang asing c. Takut ditinggal sendiri d. Takut pada binatang besar e. Takut pada keramaian lalu lintas f. Takut pada kerumunan banyak orang						
Gangguan Tidur a. Sulit Tidur b. Terbangun dimalam hari c. Tidur tidak nyenyak d. Bangun dengan lesu			✓	✓	✓	

e. Banyak mengalami mimpi-mimpi f. Mimpi buruk g. Mimpi menakutkan					
Perasaan depresi : a. Hilangnya minat b. Berkurangnya kesenangan pada hobi c. Sedih d. Bangun dini hari e. Perasaan berubah-ubah sepanjang hari					
Gejala Somatik: a. Tinnitus b. Penglihatan Kabur c. Muka merah atau pucat d. Merasa lemah e. Perasaan di tusuk tusuk		✓			
Gejala Kardiovaskuler: a. Takhikardia b. Berdebar c. Nyeri di dada d. Denyut nadi mengeras e. Perasaan lesu f. Detak jantung menghilang (berhenti sejenak)					

Gejala Respiratori a. Merasa tertekan atau sempit di dada b. Perasaan tercekik c. Sering menarik napas d. Napas pendek atau sesak					
Gejala Pencernaan : a. Sulit menelan b. Perut melilit c. Gangguan pencernaan d. Nyeri sebelum dan sesudah makan e. Perasaan terbakar di perut f. Rasa kembung dan perut penuh g. Mual h. Muntah i. Buang air besar lembek j. Kehilangan berat badan k. Sukar buang air besar		✓ ✓	✓		
Gejala urogenital a. Sering buang air kecil b. Tidak dapat menahan air seni					

	c. Amenorrhoea d. Menorrhagia e. Menjadi dingin (frigid) f. Ejakulasi Praecoeks g. Ereksi hilang h. Impotensi					
	Gejala otonom a. Mulut Kering b. Muka merah c. Mudah berkeringat d. Pusing sakit kepala e. Bulu-bulu berdiri					
	Tingkah laku pada wawancara: a. Gelisah b. Tidak tenang c. Jari gemetar d. Kerut kening e. Muka tegang f. Tonus otot meningkat g. Napas pendek cepat h. Muka merah		✓	✓		
JUMLAH		0	5	22	0	0
TOTAL		27				

Tabel 4.3 Skala Kecemasan HARS

Interpretasi

< 14 : Tidak ada kecemasan

14-20 : Kecemasan ringan

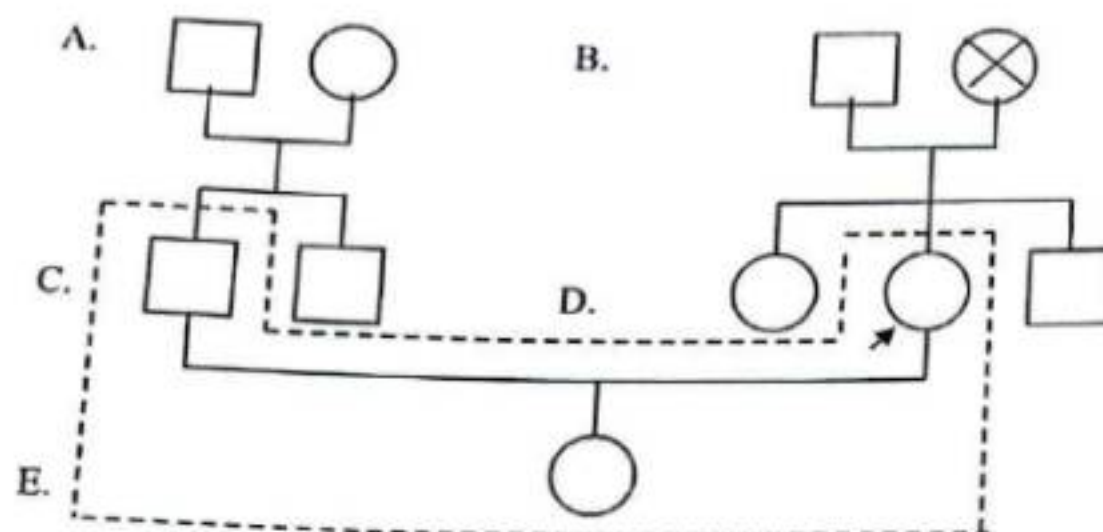
21-27 Kecemasan sedang

28-41 Kecemasan berat

42-56 Kecemasan sangat berat

Hasil : Kecemasan Sedang

9. Pengkajian Genogram



Keterangan :

A : Orang tua suami pasien

B : Orang tua ibu pasien

C : Saudara sekandung suami pasien

D : Saudara sekandung pasien

E : Keturunan pasien

⋯ : Tinggal bersama

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

┌───┐ : Hubungan pernikahan

└───┘ : Keturunan

↗ : Pasien

⊗/⊗ : Meninggal

Hasil Pengkajian Genogram :

1. Pasien merupakan anak kedua dari 3 bersaudara
2. Pasien sudah menikah
3. Pasien memiliki 1 orang anak berjenis kelamin perempuan
4. Pasien tinggal bersama dengan suami dan anaknya

10. Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium

Hari/Tanggal : Senin, 11 Maret 2024

Jenis Pemeriksaan	Nilai	Nilai Rujukan	Satuan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
- Hemoglobin	13.2	12 ~ 18	g/dL
- Hematokrit	38.6	35 ~ 47	%
- Eritrosit	4.65	3.50 ~ 5.00	Juta/dL
- Leukosit	9.50	5 ~ 10	uL
- Trombosit	277	150 ~ 400	uL
Hitung Jenis/DIFF			
- Basofil	0.3	0 ~ 1	%
- Eosinofil	1.7	1 ~ 5	%
- Neutrofil	69.0	40 ~ 70	%
- Limfosit	* 25.2	30 ~ 45	%
- Monosit	4.8	2 ~ 8	%
Index Eritrosit			
- MCV	83.0	80 ~ 100	fL
- MCH	28.3	24 ~ 34	pg
- MCHC	34.1	33 ~ 37	%
- RDW-CV	13.9	11.3 ~ 13.7	%
- RDW-SD	43.3	39 ~ 47	fL
KIMIA KLINIK			
Elektrolit			
- Natrium (Na)	143	135 ~ 147	mEq/L
- Kalium (K)	3.9	3.5 ~ 5.5	mEq/L
- Chlorida (CL)	* 109.0	98.0 ~ 106.0	mEq/L
Glukosa Darah			
- GDS	92	70 ~ 140	mg/dL

11. Terapi Obat

a. Obat oral

1) Lanzoprazole 2 × 60 mg

Indikasi : merupakan terapi yang digunakan pada terapi ulkus gaster, ulkus duodenum, dan GERD (gastroesophageal reflux disease)

Kontraindikasi : memiliki riwayat alergi atau hipersensitivita pada lanzoprazole, tidak bisa diberikan bersamaan dengan rilpivirine.

Efek Samping : Nyeri kepala, pusing, diare, konstipasi, dan nyeri perut

2) New Diatabs 3 × 50 mg

Indikasi : obat antidiare dapat digunakan pada pengobatan simptomatik pada diare nonspesifik.

Kontraindikasi : memiliki riwayat alergi atau hipersensitivitas pada kandungan attapulgin

Efek Samping : Konstipasi ringan dan bersifat sementara

3) Sucralfat 3 × 2 eth (Sendok Teh)

Indikasi : memiliki riwayat gastritis kronis dan ulkus peptikum.

Kontraindikasi : peringatan khusus pada pasien dengan penyakit ginjal kronik dan hemodialisis.

Efek Samping : terjadinya konstipasi.

b. Obat Injeksi

1. Ceftriaxone 1 × 2g

Indikasi : untuk mengatasi infeksi bakteri gram negative maupun positif.

Kontra Indikasi : adanya hipersensitivitas pada penggunaan antibiotic golongan sefalosporin.

Efek samping : reaksi pada area injeksi, eosinolifia, trombositosis, diare, dan leukopenia. Bisa juga terjadi mual dan nyeri pada perut

12. Terapi Cairan

Hari / Tanggal / Jam : Selasa, 12 Maret 2024 / 07.00 WITA

Jenis Cairan : Ringer Laktat (RL)

Komposisi Cairan :

- 1) Calcium Chloride Dihydrate 0,1 g
- 2) Potassium Chloride 0,15 g
- 3) Sodium Lactate 1,55g
- 4) Sodium Chlororide 3g
- 5) Water for injection 500ml
- 6) Osmolaritas 274 mOsm/L
- 7) Na + 130 mEq/L
- 8) K+ 4 mEq/L
- 9) Ca ++ 2,7 mEq/L
- 10) Cl- 108,7 mEq/L
- 11) Lactate 28 mEq/L

Indikasi : Ringer Lactate merupakan cairan yang berjenis kristaloid isotonik yang akan digunakan sebagai larutan seimbang untuk mengganti cairan

Tetes / Menit : 20 Tetes/ Menit

13. Klasifikasi Data

Data subjektif (DS)	Data objektif (DO)
1. Pasien mengatakan nyeri P : (paliative/provokatif) pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah sebelah kanan bertambah saat pasien bergerak Q : (quality/quantity) pasien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul R : (region/radiation) pasien mengatakan nyeri terasa diperut kanan bagian bawah dan menyebar ke bagian uluh hati/epigastrium dan ke kaki kanan S : (scale/severity) pasien mengatakan skala nyeri 8. nyeri berat terkontrol T : (time) pasien mengatakan durasi nyeri kurang lebih 3-5 menit hilang timbul dan hilang sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali 2. Pasien mengatakan tidak bisa bergerak ke kiri/kanan karena nyeri	1. Ekspresi wajah pasien meringis saat bergerak 2. Tanda-tanda vital : TD : 140/90 mmHg N : 89 x / menit R : 20 x/ menit SB : 36 °C SPO2 : 98 % 3. Keadaan umum sedang 4. Kesadaran : compos mentis 5. Pasien tampak pucat 6. Pasien tampak gelisah 7. Pasien terpasang IVFD RL 8. Akral pasien teraba dingin 9. Hasil Skoring RIPASA : Kemungkinan besar apendisitis 10. Hasil Skoring Alvarado : Kemungkinan apendisitis 11. Hasil Skala Kecemasan HARS : Kecemasan Sedang

3. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga 4. Pasien mengatakan saat nyeri kaki kanan terasa kram/mati rasa 5. Pasien mengatakan merasa mual 6. Pasien mengatakan perut bagian bawah sebelah kanan saat ditekan terasa nyeri dan saat dilepas terasa nyeri 7. Pasien mengatakan sulit untuk tidur 8. Pasien mengatakan lumayan takut dengan kondisinya sekarang yaitu tentang penyakitnya dan prosedur pembedahan yang akan dijalannya	
--	--

14. Analisa data

No	Data	Penyebab	Masalah
1	Data subjektif 1. Pasien mengatakan nyeri P : (paliative/provokatif) pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah sebelah kanan bertambah saat pasien bergerak Q :(quality/quantity) pasien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul R : (region/radiation) pasien mengatakan nyeri terasa diperut kanan bagian bawah dan menyebar kebagian uluh hati/epigastrium dan ke kaki kanan S : (scale/severity) pasien mengatakan skala nyeri 8.nyeri berat terkontrol T : (time) pasien mengatakan durasi nyeri kurang lebih 3 menit hilang timbul dan hilang sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali 2. Pasien mengatakan sulit tidur. Data objektif	Agen pencedera fisiologis (inflamasi)	Nyeri akut (D.0077)

	3. Wajah pasien meringis saat bergerak 4. Keadaan Umum : Sedang 5. Kesadaran Compos Mentis 6. GCS : 15 (sadar penuh) 7. Tanda-tanda vital TD : 120/90 mmHg N : 62 x / menit R : 20 x/ menit SB : 36 °C SPO2 : 98 % 8. Hasil Skoring RIPASA : Kemungkinan besar apendisitis 9. Hasil Skoring Alvarado : Kemungkinan apendisitis 10. Hasil Skala Kecemasan HARS : Kecemasan Sedang		
2.	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan takut dengan kondisinya yaitu tentang penyakitnya yang memerlukan tindakan operasi 2. Pasien mengatakan takut jika prosedur pembedahan yang akan dijalannya mengalami kegagalan 3. Pasien mengatakan semalam sulit untuk tidur. Data Subjektif 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak pucat	Kekhawatiran mengalami kegagalan (Tindakan Pembedahan)	Ansietas (D.0080)

3. Tanda – tanda vital pasien : TD : 140/90 mmHg N : 89 x/ menit R : 22 x/ menit Sb : 36°C SpO2 : 98 %		
---	--	--

4.1.2 Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi)
- 2) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami pembedahan

4.1.3 Persiapan Fisik Dan Psikis Pre Operatif

a. Persiapan Fisik

WAKTU	TINDAKAN
12 Maret 2024 09.00 WITA	1. Menganjurkan pasien untuk melakukan puasa dimulai pada jam 09.00 WITA Hasil : Pasien berpuasa mulai pada jam 08.30 WITA hingga jam 14.20 WITA.
09.05 WITA	2. Menganjurkan pasien untuk mandi sebelum operasi Hasil : Pasien dengan bantuan suami dan perawat mandi pada pukul 09.00 WITA
09.07 WITA	3. Menganjurkan pasien untuk melepas aksesoris seperti kalung, cincin, dan jam tangan dan disimpan di tempat yang aman. Hasil : Pasien membantu pasien melepaskan aksesorisnya berupa jam, kalung cincin dan anting dan diberikan pada suaminya untuk di simpan.
14.00 WITA	4. Membantu pasien untuk mengenakan baju operasi sebelum diantar ke kamar bedah. Hasil: Pasien dibantu perawat dan suaminya untuk berganti pakaian operasi.
14.07 WITA	5. Mengukur Tekanan Darah, Nadi, respirasi, suhu dan saturasi oksigen pada pasien sebelum ke kamar bedah. Hasil : TD: 149/80 mmHg, N: 96x/menit, R: 20x/menit, SB: 36°C, SPO2: 98%

14. 20 WITA	6. Membawa pasien menuju ke ruang operasi. Hasil : Pasien dibawa ke ruang operasi pada jam 14.20 WITA dan tiba di Ruangan Operasi Pada jam 14.23 WITA
-------------	---

Tabel 4.6 Persiapan Fisik

b. Persiapan Psikis

WAKTU	TINDAKAN
14.10 WITA	1. Menganjurkan Pasien unruk berdoa sebelum ke ruang bedah Hasil : Pasien dan keluarga berdoa menurut Agama dan kepercayaanya yaitu Katolik
14. 15 WITA	2. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk meredakan rasa takut agar pasien tetap dalam keadaan tenang Hasil : Perawat mengajarkan teknik napas dalam kepada pasien sebagai cara mendistraksi kecemasan dan pasien memahami juga melakukan teknik napas dalam.
14. 23 WITA	3. Mendampingi pasien ketika berada di ruang persiapan pada saat menerima informasi dan edukasi dari perawat bedah mengenai proses tindakan operasi yang akan di lakukan dan jenis anastesi yang akan diberikan. Hasil : Perawat berada didekat pasien dan mendampingi pasien ketika sedang berada diruang tunggu sambil menerima informasi dan edukasi perawat bedah.

14. 25 WITA	4. Memperkenalkan pada pasien perawat dan dokter yang akan bertugas pada proses operasi. Hasil Perawat memperkenalkan nama-nama perawat dan dokter yang akan bertugas pada proses operasinya.
-------------	--

Tabel 4.7 Persiapan Psikis

4.1.4 Intervensi – Implementasi - Evaluasi

Diagnosa Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) ditandai dengan Data subjektif 1. Pasien Mengatakan merasa nyeri P : (Paliative/ Provokatif) Pasien mengatakan nyeri pada abdomen bagian bawah sebelah kanan bagian bawah Q: (Quality/Quantity) Pasien mengatakan Nyeri terada seperti disayat R: (Region/Radiation) pasien mengatakan nyeri pada perut kanan	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 1 x 8 jam maka 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5)	Manajemen nyeri (I.08230) Observasi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri	Manajemen nyeri (I.08230) 08.00 1. Memonitor tanda-tanda vital Hasil : TD : 140/90 mmHg N : 95 x / menit R : 20 x / menit SB : 36 ° C SPO2 : 99 % Skala nyeri : 8 08.05 2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, kualitas dan intensitas nyeri Q : (Quality/Quantity) pasien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul R : (Region/Radiation) pasien mengatakan nyeri terasa diperut kanan bagian bawah dan menyebar kebagian uluh hati/epigastrium dan ke kaki kanan	Selasa 12 Maret 2024 Jam : 14.00 WITA Subjektif : 1. P: (Paliative/Provokatif) pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah sebelah kanan bertambah saat pasien bergerak 2. Q: (Quality/Quantity) pasien mengatakan nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk dan hilang timbul 3. R: (Region/Radiation) pasien mengatakan nyeri terasa diperut kanan bagian bawah dan

bagian bawah dan menyebar ke bagian ulu hati dan ke kaki kanan bertambah saat pasien bergerak S : (Scale/Severity) Pasien mengatakan skala nyeri 8. Nyeri berat terkontrol. T : (Time) Pasien mengatakan durasi nyeri kurang lebih 3 menit (hilang timbul) dan hilang sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali		3. Identifikasi skala nyeri	08.05	T : (Time) pasien mengatakan durasi nyeri kurang lebih 3 menit hilang timbul 3. Mengidentifikasi skala nyeri Cara : Memberikan penjelasan pada pasien tentang skala nyeri dalam bentuk angka dan mempersilahkan pasien memilih skala nyeri yang dirasakan. perawat menjelaskan 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat terkontrol, 10 nyeri hebat tidak terkontrol Hasil : pasien mengatakan skala nyeri 8 karena masih dapat terkontrol dengan tidak bergerak/hanya berbaring nyeri akan berkurang, ekspresi wajah pasien meringis	menyebar ke bagian uluh hati/epigastrium dan ke kaki kanan 4. S : (Scale/Severity) Pasien mengatakan skala nyeri 8. Nyeri berat terkontrol 5. T : (Time) pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul sekitar durasi nyeri kurang lebih 3-5 menit dan hilang 10-15 menit kemudian muncul kembali. 6. Pasien mengatakan merasa nyaman ketika berada pada posisi semifowler. Objektif : 1. Wajah pasien tampak meringis 2. Tanda-tanda vital pasien
		4. Mengidentifikasi respon non verbal	08.10	4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Hasil : Pasien tampak meringis 5. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan meringkan nyeri Hasil :	
		5. Identifikasi factor yang memperberat	08.05		

Data objektif

1. Pasien tampak meringis
2. Pasien tampak gelisah
3. Keadaan Umum : Sedang

4. Kesadaran Compos Mentis 5. Hasil Skoring RIPASA : Kemungkinan Besar Apendisitis 6. Hasil Skoring Alvarado : Kemungkinan besar apendisitis 7. Tanda-tanda vital TD : 140 /90 MmHg N : 89 x / menit R : 24 x/ menit SB : 36°C SPO2 : 98 % Skala nyeri : 8			dan memperingan nyeri Terapeutik 6. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri	09.15	P : (Paliative/Provokatif) pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah sebelah kanan bertambah saat pasien bergerak 6. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Cara : menganjurkan pada pasien untuk menghindari dari posisi yang membuat nyeri semakin bertambah dengan cara membantu pasien untuk merubah posisi pasien menjadi semi fowler 45° Hasil : pasien dalam posisi semi fowler Respon : pasien mengatakan rasa nyeri berkurang jika dalam posisi setengah duduk dan merasa nyaman 7. Memberikan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri Cara : membantu memberikan kompres hangat pada bagian yang nyeri kurang lebih 10-15 menit	TD : 149/80 mmHg N : 96 x /menit R : 20 x /menit SB : 36°C SPO2 : 98% Skala nyeri : 8 <i>Assesment</i> Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) teratasi sebagian <i>Planning</i> Intervensi Keperawatan Manajemen nyeri dihentikan (pasien persiapan untuk fase intra operatif)
		7. Berikan teknik non farmakologi		09.20		

Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan ditandai dengan	Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 8 jam maka tingkat ansietas	Edukasi 8. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	09.35	Hasil : Dibagian perut bawah sebelah kanan pasien diberikan kompres air hangat Respon : pasien mengatakan nyeri berkurang dan pasien mengatakan akan mengompresnya sendiri Edukasi 8. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Cara : memberikan penjelasan edukasi kepada pasien mengenai teknik relaksasi napas dalam dengan menjelaskan (berceramah) Hasil : pasien dengan suaminya mendengarkan tentang edukasi yang diberikan Respon : pasien mengatakan mengerti dengan edukasi yang diberikan	Hari / Tanggal : 12 Maret 2024 Jam : 14.00 WITA Subjektif :
Reduksi ansietas (I.09314) Observasi 1. Monitor tanda-tanda ansietas	08.07	Reduksi ansietas (I.09314) 1. Memonitor tanda-tanda ansietas			

Data subjektif 1. Pasien mengatakan takut dengan kondisinya saat ini yaitu tentang penyakitnya 2. Pasien mengatakan semalam sulit tidur Data objektif 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak gelisah 3. Keadaan umum sedang 4. Kesadaran : compos mentis 5. Tanda-tanda vital TD : 140/90 mmHg R : 24 x /menit N : 89 x /menit SPO2 : 98%	menurun dengan kriteria hasil : 1. Perilaku gelisah menurun (5) 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5) 3. Pucat menurun (5)	Terapeutik 2. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan	08.40	Hasil : Pasien mengatakan takut akan di operasi, Pasien tampak gelisah 2. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan Cara : memberikan penjelasan tentang tenaga kesehatan akan bertugas dalam proses operasi, yaitu orang-orang yang sudah berpengalaman dan minim resiko kegagalan mengajak pasien untuk berdoa sebelum masuk keruangan operasi Hasil : pasien mulai merasa nyaman dan merespon pikiran positif, dan melakukan teknik relaksasi Respon : pasien mengatakan mempercayakan proses operasinya pada dokter dan perawat yang bertugas dan pasien mengatakan rasa cemas akan keadaannya berkurang 3. Menempatkan barang pribadi uang memberikan kenyamanan	1. Pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas 2. Pasien mengatakan sudah tidak takut lagi Objektif : 1. Pasien tampak masih gelisah 2. Pasien tampak tidak pucat 3. Skala kecemasan : 27 Assasment : Masalah Keperawatan Ansietas Teratasi Sebagian Planning : Intervensi dihentikan karena pasien harus masuk ke ruang operasi (CITO)
--	--	---	-------	--	--

12. Hasil Skala
Kecemasan
HARS :
Kecemasan
Sedang

Edukasi

4. Informasikan
mengenai diagnosis,
pengobatan dan
prognosis.

08.55

Hasil : memberikan terapi musik
melalui handphone dan headset.
Respon : pasien mengatakan
merasa nyaman

4. Menedukasikan
/menginformasikan mengenai
diagnosis, pengobatan, dan
prognosis

Cara : menjelaskan kepada pasien
tentang penyakit Appendisitis
akut yang sedang di derita,
menjelaskan tentang cara
penanganannya yaitu dengan
operasi, dan menjelaskan tentang
teknik anastesi yang akan
digunakan.

Respon : Pasien dan keluarga
pasien mendengarkan dan
memperhatikan penjelasan yang
di berikan sehingga mereka
mengatakan lega karena sudah
mengetahuinya.

4.4 Laporan Intra Operatif

1. Identitas Pasien

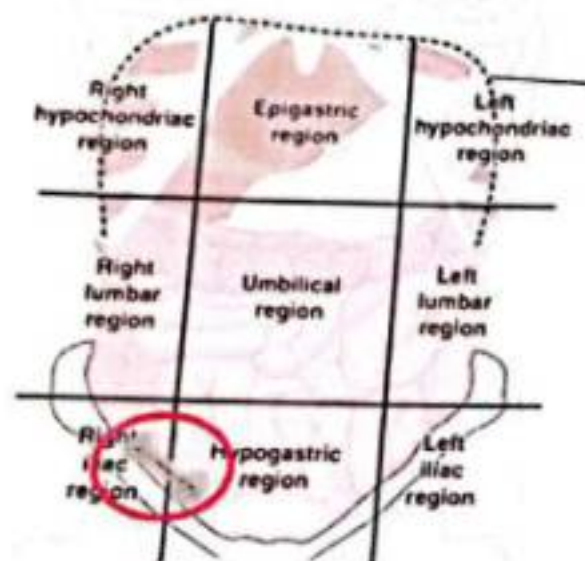
- a. Nama inisial : Ny. Y.M
- b. Umur : 28 Tahun
- c. Jenis kelamin : Perempuan

2. Data Medik

- a. Diagnosa Medik Saat Masuk RS : Gastroenteritis Akut
- b. Diagnosa Medik Saat Pengkajian : Appendisitis Akut

3. Riwayat Kesehatan Saat Dikaji (Saat Operasi Berjalan)

- a. Status kesadaran Baik
- b. Pemapasan Pasien menggunakan Ventilator
- c. Luka Insisi
 - 1) Lokasi : Dari daerah Right iliac (inguinal) region ke daerah Hypogastric (pubic) region
 - 2) Ukuran Luka : Luka memiliki panjang 8cm
 - 3) Posisi luka : Dilakukan insisi dengan posisi Horizontal
 - 4) Gambar posisi luka operasi



Gambar 4.1 Posisi Luka Operasi

d. Tanda Vital Rerata selama Intra Operatif (Terendah Dan Tertinggi)

1) Tekanan darah

- a) Lokasi pengukuran tekanan darah pada lengan kanan dan dipantau melalui monitor.

- b) Tekanan darah dengan hasil terendah adalah 138/87mmHg
- c) Tekanan darah dengan hasil tertinggi adalah 186/118mmHg
- d) MAP pada Tekanan darah terendah $\frac{(2 \times 87) + 138}{3} = \frac{174 + 138}{3} = 104 \text{ mmHg}$
- e) MAP pada Tekanan darah tertinggi $\frac{(2 \times 118) + 186}{3} = \frac{236 + 186}{3} = 140 \text{ mmHg}$

2) Nadi/ Heart Rate

- a) Nadi diukur pada arteri Brakialis dan di pantau di monitor
- b) Nadi dengan hasil terendah adalah 67 x / menit
- c) Nadi dengan hasil tertinggi adalah 115 x/ menit
- d) Irama nadi teratur

3) Respirasi / Pernapasan

- a) Hasil terendah respirasi pasien adalah 12 x / menit
- b) Hasil tertinggi respirasi pasien adalah 26 x / menit

4) Saturasi Oksigen

- a) Hasil Terendah untuk saturasi oksigen pasien adalah 95%
- b) Hasil tertinggi untuk saturasi oksigen pasien adalah 100%

c. Alat Bantu Medis yang terpasang pada pasien :

- 1) Oksigen Masker
- 2) IVFD

4. Laporan Anastesi

- a. Ahli Anastesi : dr. Y.R, M.Kes.,Sp.An
- b. Ahli Beda : dr. P.W.,Sp.B
- c. Diagnosa Pra Bedah : Apendisitis Akut
- d. Jenis Operasi : Apendektomi
- e. Lama Operasi : 45 Menit
- f. Jenis Anastesi : GA-LMA (General Anastesi – Laringeal Mask Airway)
- g. Lama Anastesi : 1 Jam

h. Keadaan Pra Bedah

- 1) Berat Badan : 56 Kg
- 2) Golongan Darah / Rhesus : O/+
- 3) Makan dan Minum terakhir : Jam 8 Pagi
- 4) TD : 140/80 mmHg
- 5) N : 96 x / menit
- 6) SB : 36°C

i. Obat Anastesi

1) Propofol

Dosis : 50mg/IV

Indikasi : Digunakan untuk pemeliharaan pada bius total, berguna juga untuk induksi, serta dapat menjadi sedasi pada keadaan perawatan intensif

Kontraindikasi : Pengurangan penggunaan pada pasien lanjut usia dan pada anak-anak kurang dari 3 tahun (balita) serta tidak dianjurkan digunakan pada ibu hamil.

Efek Samping : Dapat menimbulkan nyeri pada kepala, mual dan muntah, gelisah nyeri pada lokasi penyuntikan dan bingung

2) Ketamin

Dosis : 30 mg/IV

Indikasi : Berguna sebagai anestesik, analgesic, dan kataleptik yang bekerja dengan waktu yang singkat.

Kontraindikasi : Ketamin dapat menyebabkan hipertensi, takikardi, hipersalivasi, sakit kepala, dan apabila sudah selesai anastesi dengan menggunakan ketamin dapat membuat pasien bermimpi buruk, memiliki pandangan yang kabur, mual dan muntah

j. Obat Relaksasi

1) Atracurium

Dosis : 40mg/IV

Indikasi : Adalah obat relaksasi yang memiliki bermanfaat besar pada anestesi dengan jenis general anestesi yakni agar meminimalisir terjadinya cedera karena laringoskop ataupun intubasi trakea menggunakan ETT (endotracheal tube) dan dapat juga merelaksasikan otot pada operasi ventilasi.

- k. Pernapasan tidak spontan karena menggunakan jenis anestesi General Anestesi.
- l. Posisi Pasien saat pembedahan yaitu menggunakan posisi supine
- m. Cairan IVFD

- 1) Hari / Tanggal / Jam : Minggu, 10 Maret 2024 / 23.00
- 2) Jenis Cairan : Ringer Laktat (RL)
- 3) Komposisi Cairan :
 - a) Calcium Chloride Dihydrate 0,1g
 - b) Potassium Chloride 0,15 g
 - c) Sodium Lactate 1,55g
 - d) Sodium Chlororide 3g
 - e) Water for injection 500ml
 - f) Osmolaritas 274 mOsm/L
 - g) Na + 130 mEq/L
 - h) K+ 4 mEq/L
 - i) Ca ++ 2,7 mEq/L
 - j) Cl- 108,7 mEq/L
 - k) Lactate 28 mEq/L

Indikasi : Ringer Lactate merupakan cairan yang berjenis kristaloid isotonik yang akan digunakan sebagai larutan seimbang untuk mengganti cairan

Tetes / Menit : 20 Tetes/ Menit

- n. Keadaan Akhir Bedah:

Pasien tampak bangun dengan rangsangan nyeri. Perfusi kulit pasien tampak hangat, TD : 159/98 mmHg ,Kesadaran Apatis / GCS : 12, Heart Rate : 107x/ menit, Respirasi 20x/ menit dan suhu badan 36°C

- o. Obat Pre Medikasi

1) Dexamethason 5mg/ml

Indikasi : sebagai obat antiinflamasi, dan imunosupresan, contohnya pada penyakit inflamasi sendi

Kontraindikasi : menjalani terapi antidiabetes, tukak lambung/usus, hipertensi.

Efek Samping : sakit perut, mual, sakit kepala, sulit tidur.

2) Ondansentron 4mg/ iv

Indikasi : sebagai obat antiemesis pada prosedur kemoterapi, tindakan operasi, ataupun radioterapi.

Kontraindikasi : memiliki hipersensitivitas atau alergi pada obat ini dan penggunaan bersama dengan obat apomorphin dan dronedarone karena dapat menyebabkan hipotensi dan kesadaran menurun.

Efek Samping : dapat menimbulkan nyeri kepala, dapat juga menimbulkan efek samping pada organ tubuh lainnya seperti pada sistem kardiovaskuler.

p. Obat Medikasi

1) Clonidine 60 mg

Indikasi : menurunkan tekanan darah dengan mendilatasi pembuluh darah sehingga aliran darah dalam berjalan lancar

Kontraindikasi : adanya alergi terhadap obat clonidin,

Efek samping : mulut terasa kering dan badan terasa lelah

q. Jenis Insisi yang digunakan pada pembedahan ini adalah Mc Burney.

r. Jenis Hecting : Hecting Jelujur Subkutikuler

s. Benang :

1) Benang Silk USP 2/0 EP 3

2) Benang Chrom Catgut USP 1 EP 5

3) Benang Plain Catgut USP 2/0 EP 3.5

5. Instruksi Pasca Bedah

a. Cairan IVFD : RL 500ml diberikan 20 tetes / menit

b. Obat Antibiotika

1) Ceftriaxone 1 x 2g

Indikasi : mengatasi infeksi yang terjadi karena bakteri gram negatif ataupun gram positif.

Kontraindikasi : memiliki riwayat hipersensitivitas atau alergi pada ceftriaxone atau golongan obat sefalosporin lainnya

Efek samping : reaksi pada area injeksi, eosinofilia, trombositosis, diare, dan leukopenia.

c. Obat Analgetik

1) Ketorolac 3 × 1 Amp

Indikasi : Digunakan sebagai penatalaksanaan terhadap nyeri akut dalam jangka pendek (kurang dari 5 hari)

Kontraindikasi : memiliki hipersensitivitas pada ketorolac, riwayat perdarahan gastrointestinal, dan perdarahan pada serebrovaskular aktif.

Efek samping : pusing, mual, sakit kepala, dan iritasi pada lambung.

Ranitidine 2 × 1

Indikasi : Tukak lambung, tukak duodenum, refluks esofangitis, dyspepsia episodik kronis.

Kontraindikasi : Riwayat Porfiri Akut

Efek samping : sakit kepala, diare, konstipasi, mual, rasa tidak nyaman, pusing.

- d. Posisi dan Mobilisasi , pasien diberi instruksi apabila sudah di pindahkan ke ruangan secara bertahap mulai jam 9 pagi pada Rabu 13 Maret 2024 melakukan mobilisasi, pasien dapat sedikit demi sedikit menaikkan kepala menuju posisi semi-fowler dan terus bertambah hingga dapat ke posisi fowler sesuai kenyamanan pasien.
- e. Hidrasi dan Nutrisi Oral, pasien diberi instruksi untuk makan sedikit demi sedikit tapi sering dengan makanan yang lunak secara bertahap.
- f. Perawatan Luka, instruksi yang diberikan untuk pasien adalah merawat luka dengan steril dan memperhatikan jika ada tanda infeksi contohnya ruam merah di sekitar luka operasi ataupun luka bernaah.

g. Perawatan Drain, pasien tampak tidak dipasang drain

Laporan Instrumen bedah

6.

Nama instrumen	Jumlah	Kegunaan/ Fungsi
1) Pinset anatomis	1	Digunakan untuk memegang jaringan yang halus.
2) Pinset sirugris	1	Digunakan untuk menjepit jaringan yang keras dan digunakan juga sebagai alat jepit jarum.
3) Gunting Jaringan	2	Digunakan untuk menggunting jaringan
4) Gunting Benang	2	Digunakan untuk menggunting benang atau kasa dalam tindakan operasi
5) Koher	2	Digunakan untuk menjepit bagian yang keras
6) Langen	2	Digunakan untuk mengait atau menarik lokasi insisi agar terbuka lebar
7) Retractor	2	Digunakan untuk membuka area operasi
8) Ringtang	1	Digunakan untuk menjepit dan memindahkan alat dan bahan steril yang akan digunakan dalam tindakan operasi
9) Needle Holder	1	Digunakan untuk menjepit jarum jahit serta digunakan juga untuk memasang bisturi pada scapel
10) Duk Klem	4	Digunakan untuk menjepit duk atau kain operasi yang steril
11) Babcock Klem	4	Digunakan untuk memegang atau menjepit jaringan halus

12) Hemostat Pean	6	Digunakan untuk menjepit pembuluh darah
13) Kom Steril	1	Digunakan sebagai wadah untuk cairan desinfektan
14) Bengkok	1	Digunakan sebagai wadah untuk meletakkan kasa yang sudah digunakan
15) Benang Bedah Silk	1	Untuk mengikat Apendiksa.
16) Benang Bedah Chrom Catgut	1	Untuk menjahit Lemak, otot dan lapisan subdermis.
17) Benang Bedah Plain	1	Untuk menjahit lapisan dalam
18) Kasa Steril	20	Digunakan untuk desinfeksi area pembedahan, membantu menyerap jika ada perdarahan, dan menutup luka operasi.
19) Handscoon Steril	3	Digunakan oleh Dokter, dan Asisten dalam melakukan tindakan operasi
20) Gagang Pisau	1	Digunakan sebagai gagang Bisturi.
21) Bisturi	1	Digunakan sebagai alat untuk melakukan insisi pada daerah operasi

Tabel 4.10 Instrumen Bedah

4.3 Asuhan Keperawatan Post Operatif

4.3.1 Pengkajian Post Operatif

1. Identitas Pasien

- a. Nama inisial : Ny. YM
- b. Umur : 27 Tahun
- c. Jenis kelamin : Perempuan

2. Riwayat Kesehatan Saat Ditaji

1) Pengkajian ABCDEF(1,2)G

a. A (*Airway*)

Jalan napas bebas, adanya sumbatan jalan napas yaitu kendur tapi dapat dilatasi dengan suction, suara napas pasien normal.

b. B (*Breathing*)

Frekuensi napas pasien 24 x/menit, bunyi napas vesikuler, irama napas teratur, pasien tampak menggunakan pernapasan dada dan tidak menggunakan otot bantu napas.

c. C (*Circulation*)

Perfusi kulit pasien hangat, pasien tidak menunjukkan adanya tanda-tanda sianosis, CRT dalam keadaan normal. Tekanan Darah 163/109mmHg, lokasi pengukuran pada lengan kanan. Nadi Pasien teraba di arteri Radialis dengan hasil 97 x / menit dengan irama teratur, Tidak terdapat perdarahan, kulit teraba lembab, turgor kulit pasien normal dan tidak ada Mual muntah. Cairan IVFD . Pasien menggunakan RL 300ml 20 tetes/menit

d. D (*Disability*)

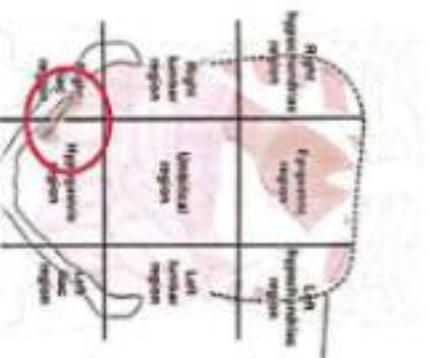
Tingkat Kesadaran, Pasien dengan kesadaran Compos Mentis, GCS 15 Kesimpulannya pasien dalam keadaan sadar penuh. Pupil pasien tampak isokor dengan diameter pupil 3mm respon pupil terhadap cahaya (+), Posisi mobilisasi pasien adalah posisi semiowler sesuai kenyamanan dan instruksi dokter untuk melakukan mobilisasi secara bertahap

Kekuatan otot

Kiri	5	5	Kanan
Kiri	5	5	Kanan

e. E (*Exposure*)

- 1) Lokasi : luka operasi pasien dari daerah right iliac (inguinal region) ke daerah hypogastric (pubic) region
- 2) Panjang luka operasi 8 cm
- 3) Gambar daerah luka post operasi



Gambar 4.2 Posisi Luka Post Operasi

- 4) Keadaan luka operasi Perawatan Steril tidak ada tanda-tanda infeksi, Warna jaringan sekitar luka operasi berwarna merah muda, Keadaan balutan luka bersih, Tidak menggunakan Drainage.

f. F1 (*Fahrenheit*) Suhu Tubuh

Lokasi pengukuran suhu tubuh pada Axilla dengan hasil 36°C

g. F2 (*Foley Catheter*)

Pasien tidak menggunakan Kateter

h. G (*Gastric*)

- 1) Intake Nutrisi

Makan : Pasien mengatakan makan makanan yang lunak seperti bubur dan sup.

Minum : Air putih 1,5 liter per hari.

2) Eliminasi

BAB : Pasien belum BAB

BAK : Pasien mengatakan BAK dilakukan 3 kali

Flatul : Pasien mengatakan 2 kali flatul

Pasien tidak menggunakan NGT

3. Pemeriksaan Khusus Nyeri

1) *P (Pain/Inte/Provocative)*

Pasien mengatakan nyeri akan bertambah jika pasien bergerak dan akan berkurang jika pasien berbaring atau tidur dan saat pasien tidak melakukan pergerakan.

2) *Q (Quality/Quantity)*

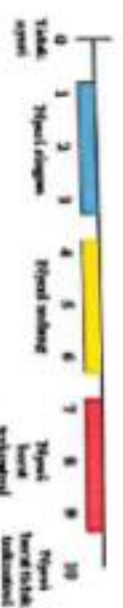
Pasien mengatakan merasakan nyeri perih seperti di sayat-sayat dan hilang timbul.

3) *R (Region/Radiation)*

Pasien mengatakan lokasi nyeri pada luka operasi tidak dan menyebar

4) *S (Scale/Severity)*

Skala Nyeri menurut Smeltzer, S.C bare B.G (2002), yg merupakan gabungan antara Skala Nyeri Numerik (NRS : *Numeric Rating Scale*) dan Skala Nyeri Deskriptif Verbal (VDS : *Verbal Descriptor Scale*)



Pasien mengatakan dari 1-10 nyeri diaangka 8-9 yaitu nyeri berat terkontrol

5) *T (Time)*

Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul sekitar 3 menit dari waktu pertama kali nyeri muncul dan hilang sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali.

4. Keluhan lain pasien

a. Data Subjektif

- 1) Pasien mengatakan badan lemah
- 2) Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi
- 3) Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitasnya sendiri
- 4) Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat
- 5) Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dibagian perut
- 6) Pasien mengatakan pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi
- 7) Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri
- 8) Pasien mengatakan merasa kurang puas tidur dan tidak cukup istirahat
- 9) Pasien mengatakan tidur $\pm$ 5 jam pada malam hari
- 10) Pasien mengatakan badannya terasa kram
- 11) Pasien mengatakan terdapat luka operasi di perut bagian bawah sebelah kanan

b) Data Objektif

- 1) Pasien tampak lemah
- 2) Ekspresi wajah pasien meringis
- 3) Keadaan umum sedang (lemah)
- 4) Pasien tampak sakit sedang
- 5) Pasien tampak menghindari posisi yang memperberat nyeri
- 6) Pasien tampak bergerak secara terbatas
- 7) Pasien tampak dibantu oleh keluarga
- 8) Pasien tampak pucat
- 9) Pasien tampak sulit mengangkat eksremitas bawah kanan
- 10) Pasien tampak banyak menguap
- 11) Pasca operasi : Apendektomi

- 12) Luka tampak berwarna merah disekita tempat insisi
- 13) Tanda-tanda vital
 - TD : 169/109 mmHg
 - N : 97x/menit
 - R : 22x/menit
 - SB : 36,5 °C
 - SpO₂ : 97 %

5. Terapi Obat

a. Obat Injeksi

1) Ceftriaxone 1 × 2g

Indikasi : Digunakan sebagai antibiotik untuk mengatasi infeksi yang terjadi karena bakteri gram negatif maupun gram positif.

Kontraindikasi : Memiliki riwayat hipersensitivitas atau alergi pada ceftriaxone atau obat golongan sefalosporin lainnya.

Efek samping : Reaksi pada area injeksi, eosinofilia, trombositosis, diare, dan leukopenia.

2) Ketotolac 3 × 1 Amp (jika perlu)

Indikasi : Untuk meredakan peradangan dan nyeri pasca operasi, nyeri akibat sakit kepala dan nyeri pada tulang belakang dan jaringan lunak.

Kontraindikasi : Adanya hipersensitivitas terhadap kandungan pada obat ketorolac, tukak lambung kronis, gangguan ginjal, dan perdarahan.

Efek samping : Menggunakan ketorolac dapat menyebabkan nafsu makan yang meningkat, sulit tidur dan sakit kepala.

3) Ranitidine 2 × 1

Indikasi : Tukak lambung, tukak duodenum, refluks esofangitis, dyspepsia episodik kronis.

Kontraindikasi : Riwayat Porfiria Akut

Efek samping : sakit kepala, diare, konstipasi, mual, rasa tidak nyaman, pusing.

6. Terapi Cairan

1) RI/ Ringer Laktat

20 tetes per menit

7. Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data Objektif
1. Pasien menyebutkan nyeri di luka operasi P (palatif/provokatif) : pasien mengatakan nyeri akan bertambah jika pasien bergerak dan akan berkurang jika pasien hanya berbaring/tidur dan tidak melakukan pergerakan Q (quality/quantity) : pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk,dan hilang timbul R (region/ radiation) : pasien mengatakan lokasi nyeri pada luka operasi dan menyebar keseluruhan bagian perut hingga punggung S (scale/severity) : pasien mengatakan skala nyeri 8-9. Nyeri berat terkontrol T (time) : nyeri dirasakan hilang timbul sekitar 3 menit dari waktu pertama kali nyeri muncul dan hilangsekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali. 2. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas sendiri 3. pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat	1. Pasien tampak lemah 2. Ekspresi wajah pasien meringis 3. Keadaan umum sedang lemah 4. Pasien tampak sakit sedang 5. Pasien tampak menghidup postei yang memperberat nyeri 6. Tanda-tanda vital Td : 169/109 mmhg N : 97 x / menit R : 22 x / menit Sb : 36,5 °c Spo2 : 97 % 7. Pasien tampak bergerak terbatas 8. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga 9. Pasien tampak pucat 10. Pasien tampak sulit mengangkat ekstremitas bagian atas kanan dan kiri dan kanan dan kiri bagian bawah 11. Pasien tampak menguap 12. Pasca operasi : apendektomi 13. Pasien tampak meringis 14. Luka tampak berwarna merah disekitar tempat insisi dilakukan

4. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dibagian perut	
5. Pasien mengatakan badan terasa lemah	
6. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi	
7. pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri	
8. Pasien mengatakan merasa kurang puas tidur dan tidak cukup istirahat	
9. pasien mengatakan tidur $\pm$ 5 jam saat malam hari	
10. Pasien mengatakan badannya terasa kram dan lemas	
11. Pasien mengatakan terdapat luka operasi diperut bagian bawah sebelah kanan	

Analisa data

8. Data	Efektif	Masalah
Data Objektif : Terdapat luka operasi pada abdomen kuadran kanan bawah pasien. Data Subjektif : - Data subjektif 1. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat 2. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dibagian perut 3. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas sendiri 4. Pasien mengatakan badan terasa lemas Data objektif 1. Pasien tampak bergerak terbatas aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga. 2. Pasien tampak sulit mengangkat ekstremitas bagian atas kanan dan kiri dan kanan dan kiri bagian bawah	Efek prosedur invasif Kecanggaman melakukan pergerakan	Risiko infeksi (D.0142) Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
Data subjektif	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur (D.0055)

1. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi 2. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri 3. Pasien mengatakan merasa kurang puas tidur dan tidak cukup istirahat 4. Pasien mengatakan tidur kurang lebih 5 jam saat malam hari		
Data objektif 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak menguap		
Data subjektif 1. Pasien mengatakan badannya terasa kram dan lemas 2. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas sendiri 3. Pasien mengatakan aktivitas dibantu keluarga Data objektif 1. Pasien tampak bergerak terbatas 2. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga	Kelemahan	Defisit perawatan diri (D.0109)

4.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)
2. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077).

3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan (D.0054)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri (D.0055)
5. Defisi Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)

4.3.3 Intervensi – Implementasi – Evaluasi (Post Operatif)

Diagnosa keperawatan	Luaran keperawatan	Intervensi keperawatan	Implementasi	Evaluasi	
Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 13 jam, diharapkan pasien dapat memenuhi kriteria hasil : Tingkat infeksi : 1. Kebersihan badan meningkat (5) 2. Nyeri menurun (5) 3. Kultur area luka membaik (5) Kontrol resiko : 4. Kemampuan mencari informasi tentang faktor resiko meningkat (5) 5. Kemampuan menghindari faktor resiko meningkat (5)	Pencegahan infeksi (L.14540) Observasi 1. Monitor tanda- tanda infeksi lokal dan sistematis Terapeutik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Edukasi 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.	Jam 08.15 08.17 08.20 3.	Pencegahan infeksi (L.14540) 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil : Tidak terlihat adanya tanda- tanda infeksi seperti pembengkakan, luka tampak bersih. 2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Hasil : Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien, mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan setelah dari lingkungan pasien. Mengajarkan pada pasien pentingnya untuk mencuci tangan demi kebersihan luka agar tidak terjadi infeksi. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil : Menjelaskan pada pasien tentang tanda dan gejala infeksi pada luka	Rabu, 13 maret 2024 Jam : 08.30 WITA Subjektif : 1. Pasien mengatakan tidak merasakan tanda dan gejala panas dan gatal pada luka insisi Objektif : 1. Terdapat insisi post operasi di abdomen sebelah kanan 2. Insisi post operasi terlihat bersih 3. Tidak ada tanda- tanda infeksi Assasmen : Masalah keperawatan risiko infeksi tidak terjadi Planning : Intervensi dilanjutkan

Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) dibuktikan dengan Data subjektif 1. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi 2. PQRST - P : Pasien mengatakan nyeri akan bertambah jika pasien	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 13 jam maka tingkat nyeri 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Tekanan darah menurun (5)	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi 1. Monitor ttv	Jam 16.00	Manajemen nyeri (I. 08238) 1. Memonitor Tanda-tanda vital Hasil : Tanda-Tanda Vital Td : 169/109 mmhg N : 97 x / Menit R : 22 x / Menit Sb : 36,5 °C, Spo2 : 97 % Skala nyeri :8 2. Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	Respon : Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan. 4. Anjurkan meningkatkan asupan cairan	08.24	Respon : Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan. 4. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan Hasil : Menjelaskan pada pasien tentang pentingnya air putih dan manfaatnya pada proses pemulihan pasien. Pasien dianjurkan untuk minum air putih 2 liter per hari.	1. Monitor tanda-tanda infeksi lokal dan sistematis 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 4. Ajarkan cara memeriksa luka atau luka operasi	Rabu, 13 Maret 2024 Jam : 08.30 WITA Subjektif : 1. PQRST P : Pasien mengatakan nyeri akan bertambah jika pasien bergerak dan akan berkurang jika pasien hanya berbaring/tidur dan tidak melakukan pergerakan. Q : Pasien mengatakan nyeri
---	--	---	--------------------------------	--	--	---------------------	---	---	--

bergerak dan akan berkurang jika pasien hanya berbaring/tidur dan tidak melakukan pergerakan Q : Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat, dan dirasakan hilang timbul R : Pasien mengatakan okasi nyeri pada luka Operasi dan tidak menyebar keseluruh bagian perut hingga punggung S : Pasien mengatakan skala nyeri 8 T : Durasi nyeri dirasakan selama kurang lebih 3 menit kemudian menghilang 10-15		kualitas, intensitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri	16.05 16.10	Q : Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, dan dirasakan hilang timbul R : Pasien mengatakan lokasi nyeri pada luka operasi dan tidak menyebar T : Nyeri dirasakan hilang timbul sekitar 5 menit dari waktu pertama kali nyeri muncul dan hilang sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali. 3. Mengidentifikasi skala nyeri Cara : Memberikan penjelasan pada pasien tentang skala nyeri dalam bentuk angka dan mempersilahkan pasien memilih skala nyeri yang dirasakan. Perawat menjelaskan 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat terkontrol, 10 nyeri hebat tidak terkontrol Hasil : Pasien mengatakan skala nyeri 8 karena masih dapat terkontrol dengan tidak bergerak/hanya berbaring nyeri akan berkurang.	seperti di tusuk-tusuk dan dirasakan hilang timbul R : Pasien mengatakan masih nyeri diperut tepatnya pada luka operasi dan tidak menyebar. S : Skala nyeri yang dirasakan 7 T : Kurang lebih 3 menit kemudian menghilang 10-15 menit dan muncul kembali 2. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi napas dalam Objektif : 1. Wajah Pasien Tampak Meringis 2. Tanda-Tanda Vital Td : 130/80 MmHg N : 80 x/menit R : 20 x/menit Sb : 36 °c
--	--	--	---------------------------	---	--

menit dan muncul kembali Data objektif : 1. Pasien tampak lemah 2. Ekspresi wajah wajah pasien meringis 3. Keadaan umum sedang lemah 4. Pasien tampak sakit sedang 5. Pasien tampak menghindar posisi yang memperberat nyeri 6. Tanda-Tanda Vital TD : 69/109 Mmhg N : 97 X / Menit R : 22 X / Menit Sb : 36,5 °C Spo2 : 97 % Skala nyeri : 8	4. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 6. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.	16.05 17.15 17.20	Respon : Ekspresi wajah pasien meringis 4. Identifikasi respon nyeri non verbal Hasil : Pasien tampak meringis. 5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. P : Pasien mengatakan nyeri akan bertambah jika pasien bergerak dan akan berkurang jika pasien hanya berbaring/tidur dan tidak melakukan pergerakan. 6. Memberikan teknik nonfarmakologi Hasil : Pasien diberikan aromaterapi,minyak kayu putih. Respon : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman . 7. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Cara : Menganjurkan pasien untuk menghindar posisi yang membuat	Spo2 : 96 % Skala nyeri : 7 Assasment : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) belum teratasi Planning : Intervensi manajemen nyeri lanjut 1. Monitor ttv 2. Identifikasi lokasi nyeri,karakteristik,durasi,frukuensi,kualitas,intensitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
--	--	--	---	--

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

melakukan pergerakan dibuktikan dengan Data subjektif - Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat - Pasien mengatakan merasa tidak nyaman dibagian perut - Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas sendiri - Pasien mengatakan badan terasa lemah Data objektif - Pasien tampak bergerak terbatas - Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga	selama 3 x 13 jam maka gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan dapat teratasi dengan kriteria hasil - Pergerakan ekstremitas meningkat (5) - Gerakan terbatas menurun (5)	- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan mobilisasi	17.10 17.13 17.30	- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil : Adanya nyeri luka operasi pada bagian abdomen kuadran kanan bawah dengan skala nyeri 8 - Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur agar tidak terjadi resiko jatuh pada pasien Hasil : Memasang pagar tempat tidur pasien agar pasien tidak terjatuh. Respon : Pasien mengatakan tubuhnya dapat digerakan secara bertahap. - Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : Mengajukan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan - Menjelaskan tujuan mobilisasi	- Pasien mengatakan badan masih terasa lemah - Pasien mengatakan masih merasa tidak nyaman di bagian perut - Pasien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri - Pasien mengatakan masih kesulitan beraktivitas sehingga harus dibantu oleh keluarga dan perawat Objektif : - Pasien tampak bergerak terbatas - Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat Assasment : Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi
--	---	--	--	--	--

			17.37	5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis,duduk ditempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi)	Hasil : Pasien diberikan edukasi tentang tujuan dari mobilisasi untuk mengalihkan perhatian pasien dari nyeri yang dirasakan Respon : Pasien mengerti pada saat dijelaskan. 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis,duduk ditempat tidur,duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi) Hasil : Pasien belum bisa duduk tetapi hanya bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti miring kiri dan miring kanan.	Hasil : Pasien diberikan edukasi tentang tujuan dari mobilisasi untuk mengalihkan perhatian pasien dari nyeri yang dirasakan Respon : Pasien mengerti pada saat dijelaskan. 5. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis,duduk ditempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi) Hasil : Pasien belum bisa duduk tetapi hanya bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti miring kiri dan miring kanan.	Planning : Intervensi dilanjutkan 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 3. Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis,duduk ditempat tidur,duduk disisi tempat tidur,pindah dari tempat tidur ke kursi)
Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan Nyeri Data subjektif : 1. Pasien mengatakan sulit tidur karena	Pola tidur (L.05045) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 13 jam Diharapkan gangguan pola tidur	Dukungan tidur (I.09265) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur	20.10	Dukungan tidur (I.09265) 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil : Pasien mengatakan pola tidur berubah karena sering	Rabu, 13 maret 2024 Jam : 08.30 WITA Subjektif : 1. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi		

nyeri pada luka operasi 2. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri 3. Pasien mengatakan merasa kurang puas tidur dan tidak cukup istirahat 4. Pasien mengatakan tidur kurang lebih 5 jam saat malam hari Data objektif : 1. Pasien Tampak Pucat 2. Pasien Tampak Menguap	membaik, dengan kriteria hasil 1. Kesulitan tidur menurun (1) 2. Keluhan tidak puas tidur menurun (1) 3. Keluhan sering terjaga menurun (1) 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun (1)	2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) Terapeutik 3. Modifikasi lingkungan 4. Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi 5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	20.15 20.17 20.20 20.23	terbangun tengah malam dan sulit untuk tidur kembali. Waktu tidur malam kurang lebih 5 jam 2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) Hasil : Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena nyeri pada luka operasi 3. Memodifikasi lingkungan Cara: Membantu meredupkan pencahayaan ruangan pasien dengan mematikan lampu sebelum tidur. Respon : Pasien mengatakan nyaman dengan kondisi ruangan. 4. Menetapkan jadwal tidur rutin Hasil : Menetapkan jadwal tidur rutin pasien yaitu pada jam 9 malam Respon : Pasien mengatakan akan mengikuti perintah untuk tidur jam 9 malam. 5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil : Menjelaskan pada pasien pentingnya tidur yang cukup untuk	2. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari arena merasa nyeri 3. Pasien mengatakan kurang puas tidur dan tidak cukup istirahat 4. Pasien mengatakan tidur 5. Kurang lebih 5 jam saat malam hari Objektif : 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak menguap Assasmen : Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi Planning : Intervensi dilanjutkan 1. Modifikasi lingkungan
--	---	--	---	--	--

				mendukung kesehatan maupun pemulihan pasien. Respon : Pasien mengerti dan memahami tentang pentingnya tidur pada masa pemulihan 6. Anjurkan menepati kebiasaan untuk tidur Hasil : Pasien tidur jam 9 malam Respon : Pasien tertidur	2. Tetapkan jadwal tidur rutin 3. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 6. Anjurkan menepati kebiasaan untuk tidur
Defisit perawatan diri (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) dibuktikan dengan Data subjektif : 1. Pasien mengatakan badannya terasa kram dan lemas 2. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas mandiri 3. Pasien mengatakan	Perawatan diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 13 jam, maka perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil 1. Kemampuan mandi meningkat (5) 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (5) 3. Melakukan perawatan diri meningkat (5)	Dukungan perawatan diri (L.11348) Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian Terapeutik 2. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	06.00 07.00	Dukungan perawatan diri (L.11348) 1. Memonitor tingkat kemandirian Hasil : Tingkat kemandirian pasien masih kurang. Pasien mengatakan aktivitas yang dapat dilakukan secara makan. 2. Mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri. Cara: Membantu pasien ke kamar mandi untuk mandi. Hasil: Pasien mandi pada pukul 07.00 dengan bantuan perawat dan suaminya. Respon: Pasien mengatakan dapat mandi dengan bantuan perawat.	Rabu, 13 maret 2024 Jam : 08.30 WITA Subjektif : 1. Pasien mengatakan badannya terasa kram dan lemas 2. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas mandiri 3. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga Objektif : 1. Pasien tampak bergerak terbatas

Hari ke 2 : Rabu, 13 maret 2024 Risiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan efek prosedur invasif Subjektif : - Pasien mengatakan tidak merasakan tanda dan gejala panas dan gatal pada luka insisi Objektif : - Terdapat insisi post operasi di abdomen sebelah kanan - Insisi post operasi terlihat bersih - Tidak ada tanda-tanda infeksi Assasmen : Masalah keperawatan risiko infeksi tidak terjadi Planning : Intervensi dilanjutkan - Monitor tanda-tanda infeksi lokal dan sistematis - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. - Jelaskan tanda dan gejala infeksi. - Ajarkan cara memeriksa luka atau luka operasi	08.00	Pencegahan infeksi (L.14540) - Memonitor tanda-tanda infeksi Hasil : Tidak terlihat adanya tanda-tanda infeksi seperti pembengkakan, luka tampak bersih. - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Hasil : Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien, mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan setelah dari lingkungan pasien. Mengajarkan pada pasien pentingnya untuk mencuci tangan demi kebersihan luka agar tidak terjadi infeksi.	Hari/tanggal : Kamis, 14 Maret 2024 Jam : 08.00 WITA Subjektif : - Pasien mengatakan tidak merasakan tanda dan gejala panas dan gatal pada luka insisi Objektif : - Terdapat insisi post operasi di abdomen sebelah kanan - Insisi post operasi terlihat bersih - Tidak ada tanda-tanda infeksi Assasmen : Masalah keperawatan risiko infeksi tidak terjadi Planning : Intervensi lanjut
---	-------	---	--

	08.10	7. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil : Menjelaskan pada pasien tentang tanda dan gejala infeksi pada luka Respon : Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan. 8. Mengajarkan meningkatkan asupan cairan Hasil : Menjelaskan pada pasien tentang pentingnya air putih dan manfaatnya pada proses pemulihan pasien. Pasien dianjurkan untuk minum air putih 2 liter per hari	
Hari ke 3 : Jumat,15 maret 2024 Risiko infeksi (D.0142) dibuktikan dengan efek prosedur invasif	08.00	Pencegahan infeksi (L.14540) 1. Memonitor tanda-tanda infeksi	Hari ke 3 : Jumat,15 maret 2024 Jam : 14.00 Subjektif : 1. Pasien mengatakan tidak merasakan tanda dan gejala panas dan gatal pada luka insisi

		Hasil : Tidak terlihat adanya tanda-tanda infeksi seperti pembengkakan, luka tampak bersih.	Objektif : 1. Terdapat insisi post operasi di abdomen sebelah kanan 2. Insisi post operasi terlihat bersih 3. Tidak ada tanda-tanda infeksi
08.00		2. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Hasil : Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien, mencuci tangan setelah kontak dengan pasien dan setelah dari lingkungan pasien. Mengajarkan pada pasien pentingnya untuk mencuci tangan demi kebersihan luka agar tidak terjadi infeksi.	Assasmen : Masalah keperawatan risiko infeksi tidak terjadi Planning : Intervensi dihentikan
08.05			
08.10		3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil : Menjelaskan pada pasien tentang	

		tanda dan gejala infeksi pada luka Respon : Pasien mengatakan mengerti dengan penjelasan yang diberikan.	
		4. Menganjurkan meningkatkan asupan cairan Hasil : Menjelaskan pada pasien tentang pentingnya air putih dan manfaatnya pada proses pemulihan pasien. Pasien dianjurkan untuk minum air putih 2 liter per hari	
Hari ke 2 : Rabu, 13 maret 2024 Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) dibuktikan dengan Subjektif : I. PQRST P : Pasien mengatakan masih nyeri akan bertambah jika pasien bergerak dan akan berkurang jika pasien hanya berbaring/tidur dan tidak melakukan pergerakan.	Jam 09.00	Manajemen nyeri (I. 08238) 5. Memonitor Tanda-tanda vital Hasil : Tanda-Tanda Vital Td : 169/109 mmhg N : 97 x / Menit R : 22 x / Menit	Hari/tanggal : Kamis 14 Maret 2024 Jam : 20.00 WITA Subjektif : I. PQRST P : Pasien mengatakan nyeri akan bertambah jika pasien bergerak dan akan berkurang jika pasien hanya berbaring/tidur dan tidak melakukan pergerakan. Q : Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dan dirasakan hilang timbul

Q : Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat dan dirasakan hilang timbul R : Pasien mengatakan masih nyeri diperut tepatnya pada luka operasi dan tidak menyebar. S : Skala nyeri yang dirasakan 7 T : Durasi nyeri dirasakan kurang lebih 3 menit kemudian menghilang 10-15 menit dan muncul kembali 2. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi napas dalam Objektif : 3. Wajah Pasien Tampak Meringis 4. Tanda-Tanda Vital Td : 130/80 Mmhg N : 80 x/menit R : 20 x/menit Sb : 36 °c Spo2 : 96 % Skala nyeri : 7 Assasment : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) belum teratasi Planning : Intervensi manajemen nyeri lanjut 8. Monitor ttv	Sb : 36,5 °C, Spo2 : 97 % Skala nyeri : 7 6. Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Q : Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, dan dirasakan hilang timbul R : Pasien mengatakan lokasi nyeri pada luka operasi dan tidak menyebar T : Durasi nyeri dirasakan kurang lebih 3 menit kemudian menghilang dan timbul kembali sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali 7. Mengidentifikasi skala nyeri Cara : Memberikan penjelasan pada pasien	09.05	R : Pasien mengatakan masih nyeri diperut tepatnya pada luka operasi dan tidak menyebar. S : Skala nyeri 6 T : Durasi nyeri kurang lebih 3 menit kemudian menghilang sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali. 2. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi napas dalam Objektif : 1. Wajah pasien tampak meringis 2. Tanda-Tanda Vital Td : 125/80 Mmhg N : 85 x/menit R : 20 x/menit Sb : 36 °c Spo2 : 98% Skala nyeri : 6 Assasment : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) mulai teratasi Planning : Manajemen nyeri lanjut 1. Monitor ttv
--	---	--------------	---

9. Identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 10. Identifikasi skala nyeri 11. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 12. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 13. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 14. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. 10. Pemberian analgetik, jika perlu		tentang skala nyeri dalam bentuk angka dan mempersilahkan pasien memilih skala nyeri yang dirasakan. Perawat menjelaskan 1-3 nyeri ringan, 4-6 nyeri sedang, 7-9 nyeri berat terkontrol, 10 nyeri hebat tidak terkontrol Hasil : Pasien mengatakan skala nyeri 7 karena masih dapat terkontrol dengan tidak bergerak/hanya berbaring nyeri akan berkurang. Respon : Ekspresi wajah pasien meringis		2. Identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 6. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. 9. Pemberian analgetik, jika perlu
	09.10	8. Identifikasi respon nyeri non verbal Hasil : Pasien tampak meringis.		
	09.10			
	11.00	8. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.		

P : Pasien mengatakan nyeri akan bertambah jika pasien bergerak dan akan berkurang jika pasien hanya berbaring/tidur dan tidak melakukan pergerakan.

11.30

9. Memberikan teknik nonfarmakologi
Hasil : Pasien diberikan aromaterapi,minyak kayu putih.
Respon : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman .

10. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
Cara : Menganjurkan pasien untuk menghindar posisi yang membuat nyeri semakin bertambah dengan cara membantu pasien merubah posisi

14.00

		pasien menjadi semi fowler. Hasil : Pasien dalam posisi semi fowler Respon : Pasien mengatakan rasa nyeri berkurang.	
18.00	9. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Cara : Pasien diajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk meredakan nyeri Hasil : Pasien dan keluarga mendengarkan edukasi yang diberikan Respon : Pasien dan keluarga mengatakan memahami edukasi yang diberikan.		
		10. Penatalaksanaan pemberian obat analgetik Ketorolac 3 x 30 mg 1 ampul melalui intravena	

Hari ke 3 : Jumat, 15 maret 2024 Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) dibuktikan dengan		Manajemen nyeri (I. 08238)	Hari/tanggal : Jumat 15 Maret 2024 Jam : 09.00 WITA
Subjektif : 1.PQRST P : Pasien mengatakan nyeri akan bertambah jika pasien bergerak dan akan berkurang jika pasien hanya berbaring/tidur dan tidak melakukan pergerakan. Q : Pasien mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat dan dirasakan hilang timbul R : Pasien mengatakan masih nyeri diperut tepatnya pada luka operasi dan tidak menyebar. S : Skala nyeri yang dirasakan 6 T : Durasi nyeri dirasakan kurang lebih 3 menit kemudian menghilang sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali. 2. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi napas dalam	09.10	1. Memonitor Tanda-tanda vital Hasil : Tanda-Tanda Vital Td : 169/109 mmhg N : 97 x / Menit R : 22 x / Menit Sb : 36,5 °C, Spo2 : 97 % Skala nyeri : 5	Subjektif : 1.PQRST P : Pasien mengatakan sudah tidak nyeri pada saat bergerak Q : Pasien mengatakan nyeri sedang dirasakan hilang timbul R : Pasien mengatakan sedikit nyeri diperut tepatnya pada luka operasi dan tidak menyebar S : Skala nyeri yang dirasakan 5 T : Durasi nyeri dirasakan kurang lebih 3 menit kemudian menghilang sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali.
Objektif : 3. Wajah pasien tampak meringis 4. Tanda-Tanda Vital Td : 125/80 Mmhg N : 85 x/menit R : 20 x/menit Sb : 36 °c Spo2 : 98%	09.10	2. Mengidentifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Q : Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk, dan dirasakan hilang timbul R : Pasien mengatakan lokasi nyeri pada luka operasi dan tidak menyebar T : Nyeri dirasakan hilang timbul sekitar 5	2. Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi napas dalam Objektif : 1. Wajah pasien masih tampak meringis 2. Tanda-Tanda Vital Td : 120/80 Mmhg N : 85 x/menit R : 20 x/menit Sb : 36 °c Spo2 : 98% Skala nyeri : 5

Skala nyeri : 7 Assasment : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) mulai teratasi Planning : Manajemen nyeri lanjut 1. Monitor ttv 2. Identifikasi lokasi nyeri,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas,intensitas nyeri 3. Identifikasi skala nyeri 4. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal 5. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 6. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 7. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. 10. Pemberian analgetik,<i>jika perlu</i>	09.10	menit dari waktu pertama kali nyeri muncul dan hilang sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali. 3. Mengidentifikasi skala nyeri Cara : Memberikan penjelasan pada pasien tentang skala nyeri dalam bentuk angka dan mempersilahkan pasien memilih skala nyeri yang dirasakan. Perawat menjelaskan 1-3 nyeri ringan,4-6 nyeri sedang,7-9 nyeri berat terkontrol,10 nyeri hebat tidak terkontrol Hasil : Pasien mengatakan skala nyeri 6 karena masih dapat terkontrol dengan tidak bergerak/hanya berbaring nyeri akan berkurang.	Assasmen : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) teratasi Planning : Intervensi manajemen nyeri dihentikan
	09.30		
	09.30		

Respon : Ekspresi wajah pasien meringis

4. Identifikasi respon nyeri non verbal
Hasil : Pasien tampak meringis.

13.00

5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.
P : Pasien mengatakan nyeri akan bertambah jika pasien bergerak dan akan berkurang jika pasien hanya berbaring/tidur dan tidak melakukan pergerakan.

13.05

6. Memberikan teknik nonfarmakologi
Hasil : Pasien diberikan aromaterapi,minyak kayu putih.
Respon : Pasien mengatakan merasa lebih nyaman .

14.00

7. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Cara : Mengajarkan pasien untuk menghindari posisi yang membuat nyeri semakin bertambah dengan cara membantu pasien merubah posisi pasien menjadi semi fowler.

Hasil : Pasien dalam

posisi semi fowler

Respon : Pasien

mengatakan rasa nyeri berkurang.

18.00

8. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Cara : Pasien diajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk meredakan nyeri

Hasil : Pasien dan

keluarga mendengarkan edukasi yang diberikan

		Respon : Pasien dan keluarga mengatakan memahami edukasi yang diberikan. 9. Penatalaksanaan pemberian obat analgetik Ketorolac 3 x 30 mg 1 ampul melalui intravena			
Hari ke 2 : Rabu, 13 maret 2024 Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan dibuktikan dengan Subjektif : 5. Pasien mengatakan badan masih terasa lemah 6. Pasien mengatakan masih merasa tidak nyaman di bagian perut 7. Pasien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri 8. Pasien mengatakan masih kesulitan beraktivitas sehingga harus dibantu oleh keluarga dan perawat Objektif : 3. Pasien tampak bergerak terbatas 4. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat	09.00	Dukungan mobilisasi (I.05173) 6. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil : Adanya nyeri luka operasi pada bagian abdomen kuadran kanan bawah dengan skala nyeri 8 7. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur agar tidak	Hari/tanggal : Kamis, 14 Maret 2024 Jam : 09.00 WITA Subjektif : 1. Pasien mengatakan badan masih terasa lemah 2. Pasien mengatakan masih merasa tidak nyaman di bagian perut 3. Pasien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri 4. Pasien mengatakan masih kesulitan beraktivitas sehingga harus dibantu oleh keluarga dan perawat Objektif : 1. Pasien tampak bergerak terbatas 2. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat		

		melakukan mobilisasi sederhana seperti miring kiri dan miring kanan.	
Hari ke 3 : Jumat, 15 maret 2024 Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan dibuktikan dengan Subjektif : 1. Pasien mengatakan badan masih terasa lemah 2. Pasien mengatakan masih merasa tidak nyaman di bagian perut 3. Pasien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri 4. Pasien mengatakan masih kesulitan beraktivitas sehingga harus dibantu oleh keluarga dan perawat Objektif : 3. Pasien tampak bergerak terbatas 4. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat Assasment : Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik mulai teratasi Planning : Intervensi dilanjutkan	09.00 09.00 09.10	Dukungan mobilisasi (L05173) 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil : Adanya nyeri luka operasi pada bagian abdomen kuadran kanan bawah dengan skala nyeri 5 2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur agar tidak terjadi resiko jatuh pada pasien Hasil : Memasang pagar tempat tidur pasien agar pasien tidak terjatuh. Respon : Pasien mengatakan tubuhnya	Hari/tanggal : Jumat 15 Maret 2024 Jam : 14.00 WITA Subjektif : 1. Pasien mengatakan badan tidak terasa lemah 2. Pasien mengatakan sedikit merasa nyaman di bagian perut 3. Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri 4. Pasien mengatakan tidak lagi kesulitan beraktivitas Objektif : 1. Pasien tampak bergerak bebas 2. Aktivitas pasien tampak sudah mandiri Assasment : Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik teratasi Planning : Intervensi dihentikan

		dapat digerakan secara bertahap.
10.00	3.	Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Hasil : Mengajarkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan
10.05	4.	Menjelaskan tujuan mobilisasi Hasil : Pasien diberikan edukasi tentang tujuan dari mobilisasi untuk mengalihkan perhatian pasien dari nyeri yang dirasakan Respon : Pasien mengerti pada saat dijelaskan.
	5.	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk

		ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) Hasil : Pasien belum bisa duduk tetapi hanya bisa melakukan mobilisasi sederhana seperti miring kiri dan miring kanan.			
Hari ke 2 : Rabu, 13 maret 2024 Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan Subjektif : 6. Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi 7. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari arena merasa nyeri 8. Pasien mengatakan kurang puas tidur dan tidak cukup istirahat 9. Pasien mengatakan tidur 10. Kurang lebih 5 jam saat malam hari Objektif : 3. Pasien tampak pucat 4. Pasien tampak menguap	09.30 11.00	Dukungan tidur (I.09265) 7. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil : Pasien mengatakan pola tidur berubah karena sering terbangun tengah malam dan sulit untuk tidur kembali. Waktu tidur malam kurang lebih 5 jam 8. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)	Hari/tanggal : Kamis, 14 Maret 2024 Jam : 09.00 WITA Subjektif : 1. Pasien mengatakan masih sulit tidur karena nyeri pada luka operasi 2. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri 3. Pasien mengatakan kurang puas tidur dan tidak cukup istirahat 4. Pasien mengatakan tidur kurang lebih 5 jam saat malam hari Objektif : 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak menguap Assasmen : Masalah keperawatan belum teratasi		

Assasmen : Masalah keperawatan gangguan pola tidur belum teratasi Planning : Intervensi dilanjutkan 4. Modifikasi lingkungan 5. Tetapkan jadwal tidur rutin 6. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 7. Anjurkan menepati kebiasaan untuk tidur	18.00	Hasil : Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena nyeri pada luka operasi 9. Memodifikasi lingkungan Cara: Membantu meredupkan pencahayaan ruangan pasien dengan mematikan lampu sebelum tidur. Respon : Pasien mengatakan nyaman dengan kondisi ruangan.	Planning : Intervensi dilanjutkan 3. Modifikasi lingkungan 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 6. Anjurkan menepati kebiasaan untuk tidur
	18.03	10. Menetapkan jadwal tidur rutin Hasil : Menetapkan jadwal tidur rutin pasien yaitu pada jam 9 malam Respon : Pasien mengatakan akan mengikuti perintah untuk tidur jam 9 malam.	
	18.05		

		11. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil : Menjelaskan pada pasien pentingnya tidur yang cukup untuk mendukung kesehatan maupun pemulihan pasien. Respon : Pasien mengerti dan memahami tentang pentingnya tidur pada masa pemulihan	12. Mengajarkan menepati kebiasaan untuk tidur Hasil : Pasien tidur jam 9 malam Respon : Pasien tertidur	Hari/tanggal : Jumat, 15 maret 2024 Jam : 13.00 WITA Subjektif : 1. Pasien mengatakan sudah bisa tidur 2. Pasien mengatakan masih sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri 3. Pasien mengatakan sudah puas tidur dan cukup istirahat
Hari ke 3 : Jumat, 15 maret 2024 Gangguan pola tidur (D.0055) berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan Subjektif : 1. Pasien mengatakan masih sulit tidur karena nyeri pada luka operasi 2. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri	08.00	Dukungan tidur (I.09265) 1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur Hasil : Pasien mengatakan pola tidur berubah karena sering terbangun tengah malam dan sulit untuk tidur kembali. Waktu tidur		

3. Pasien mengatakan kurang puas tidur dan tidak cukup istirahat	08.05	malam kurang lebih 5 jam	4. Pasien mengatakan tidur kurang lebih 6 jam saat malam hari
4. Pasien mengatakan tidur kurang lebih 5 jam saat malam hari			
Objektif : 1. Pasien tampak pucat 2. Pasien tampak menguap Assasmen : Masalah keperawatan belum teratasi	08.05	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) Hasil : Pasien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena nyeri pada luka operasi	Objektif : 1. Pasien tampak sudah bisa tidur Assasmen : Masalah keperawatan dukungan tidur teratasi Planning : Intervensi dihentikan
Planning : Intervensi dilanjutkan		3. Memodifikasi lingkungan Cara: Membantu meredupkan pencahayaan ruangan pasien dengan mematikan lampu sebelum tidur. Respon : Pasien mengatakan nyaman dengan kondisi ruangan.	
3. Modifikasi lingkungan 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 6. Anjurkan memepati kebiasaan untuk tidur	08.10	4. Menetapkan jadwal tidur rutin Hasil : Menetapkan jadwal tidur rutin pasien yaitu pada jam 9 malam	

Hari ke 2 : Rabu,13 maret 2024 Defisit perawatan diri (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) dibuktikan dengan Subjektif :	08.15	Respon : Pasien mengatakan akan mengikuti perintah untuk tidur jam 9 malam. 5. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit Hasil : Menjelaskan pada pasien pentingnya tidur yang cukup untuk mendukung kesehatan maupun pemulihan pasien. Respon : Pasien mengerti dan memahami tentang pentingnya tidur pada masa pemulihan 6. Mengajarkan menepati kebiasaan untuk tidur Hasil : Pasien tidur jam 9 malam Respon : Pasien tertidur	
Hari ke 2 : Rabu,13 maret 2024 Defisit perawatan diri (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) dibuktikan dengan Subjektif :	15.00	Dukungan perawatan diri (I.11348) 3. Memonitor tingkat kemandirian	Hari/tanggal : Kamis,14 maret 2024 Jam : 20.00 WITA Subjektif :

4. Pasien mengatakan badannya terasa kram dan lemas 5. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas mandiri 6. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga Objektif : 3. Pasien tampak bergerak terbatas 4. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga Assasmen : Masalah keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi Planning : Intervensi lanjut 5. Monitor tingkat kemandirian 6. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berpakaian,berhias dan makan 7. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis,suasana hangat,rileks dan privacy) 8. Siapkan keperluan pribadi (mis,parfum,sikat gigi,dan sabun mandi)	15.00	Hasil : Tingkat kemandirian pasien masih kurang. Pasien mengatakan aktivitas yang dapat dilakukan secara makan. 4. Mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri. Cara:Membantu pasien ke kamar mandi untuk mandi. Hasil:Pasien mandi pada pukul 07.00 dengan bantuan perawat dan suaminya. Respon:Pasien mengatakan dapat mandi dengan bantuan perawat. 4. Memfasilitasi pasien mengenakan pakaian Hasil : Pasien dibantu uleh perawat dalam mengenakan pakaian	1. Pasien mengatakan badannya masih terasa kram dan lemas 2. Pasien mengatakan masih tidak dapat melakukan aktivitas mandiri 3. Pasien mengatakan aktivitas masih dibantu oleh keluarga Objektif : 1. Pasien tampak bergerak terbatas 2. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga Assasmen : Masalah keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi Planning : Intervensi lanjut 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berpakaian,berhias dan makan 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis,suasana hangat,rileks dan privacy) 4. Siapkan keperluan pribadi (mis,parfum,sikat gigi,dan sabun mandi)
	15.05		

		Respon : Pasien mengatakan dapat mengenakan pakaian dengan bantuan perawat 5. Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : Pasien dianjurkan untuk melakukan perawatan diri 2 kali dalam sehari. Mandi pada pagi hari dan membersihkan diri dengan mengelap bagian tubuhnya, dan mencuci wajah. Respon : Pasien mengatakan paham dengan anjuran yang diberikan dan akan melakukannya.	
Hari ke 3 : Jumat, 15 maret 2024 Defisit perawatan diri (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) dibuktikan dengan Subjektif :	14,00	Dukungan perawatan diri (L.11348) 1. Memonitor tingkat kemandirian	Jumat, 15 maret 2024 Jam : 20.00 WITA Subjektif :

1. Pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa kram dan lemas 2. Pasien mengatakan perlahan-lahan sudah dapat melakukan aktivitas secara mandiri 3. Pasien mengatakan aktivitas sudah tidak lagi dibantu oleh keluarga	14.00	Hasil : Tingkat kemandirian pasien masih kurang. Pasien mengatakan aktivitas yang dapat dilakukan secara makan.	1. Pasien mengatakan badannya sudah tidak terasa kram dan lemas 2. Pasien mengatakan sudah dapat melakukan aktivitas secara mandiri 3. Pasien mengatakan aktivitas sudah tidak lagi dibantu oleh keluarga
Objektif : 1. Pasien tampak bergerak bebas 2. Aktivitas pasien tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga Assasmen : Masalah keperawatan defisit perawatan diri mulai teratasi	14.05	2. Mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri. Cara:Membantu pasien ke kamar mandi untuk mandi. Hasil:Pasien mandi pada pukul 07.00 dengan bantuan perawat dan suaminya. Respon:Pasien mengatakan dapat mandi dengan bantuan perawat.	Objektif : 1. Pasien tampak bergerak bebas 2. Aktivitas pasien tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga Assasmen : Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi
Planning : Intervensi lanjut 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,berpakaian,berhias dan makan 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis.suasana hangat,relaks dan privacy) 4. Siapkan keperluan pribadi (mis.parfum,sikat gigi,dan sabun mandi)	14.05	5. Memfasilitasi pasien mengenakan pakaian Hasil : Pasien dibantu oleh perawat dalam mengenakan pakaian	Planning : Intervensi dibentikan

		Respon : Pasien mengatakan dapat mengenakan pakaian dengan bantuan perawat	
		6. Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan Hasil : Pasien dianjurkan untuk melakukan perawatan diri 2 kali dalam sehari. Mandi pada pagi hari dan membersihkan diri dengan mengelap bagian tubuhnya, dan mencuci wajah. Respon : Pasien mengatakan paham dengan anjuran yang diberikan dan akan melakukannya.	



BAB V PEMBAHASAN

Pada bab ini, secara singkat penulis secara singkat menguraikan mengenai kesenjangan dan kesamaan yang terdapat dalam tinjauan teoritis dan tinjauan kasus yang penulis temukan dalam Studi Kasus Asuhan Keperawatan Perisoperatif Apendektomi *et causa* Apendisitis pada Ny. Y.M di Ruang Fransiskus Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon.

5.1 Pengkajian

Tahapan awal dalam memulai proses keperawatan merupakan pengkajian. Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan informasi mengenai keadaan yang dirasakan pasien sehingga dapat mengetahui masalah kesehatan pada pasien.

Penyakit apendisitis merupakan penyakit pada sistem pencernaan. Penyebab dari apendiks secara umum karena adanya obstruksi pada lumen apendiks yang menimbulkan peradangan atau inflamasi pada organ apendiks. Adapun faktor resiko yaitu faktor biologi (meliputi usia, jenis kelamin, ras), faktor lingkungan (infeksi bakteri atau virus dan sanitasi lingkungan yang buruk) faktor pelayanan kesehatan (upaya promotif, preventif, rehabilitatif dan pengendalian penyakit), faktor perilaku (pola diet dan pola konsumsi yang kurang baik) (Didef & Nurhuda, 2022).

Berdasarkan faktor predisposisi maupun faktor presipitasi yang ada antara tinjauan kasus dan tinjauan teoritis peradangan pada usus buntu dapat terjadi karena adanya obstruksi ataupun infeksi bakteri pada lumen apendiks. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor dan memiliki keterkaitan dengan pengkajian yang didapatkan pada Ny. Y.M terutama pada faktor biologis dan faktor perilaku mengenai pola konsumsi yang kurang baik, usia pasien yaitu 28 tahun yang merupakan umur produktif, pasien sering makan makanan cepat saji (*junk food*) yang dipesan secara *online*. Penyakit apendisitis bisa terjadi pada siapa saja dan dari kalangan apa saja. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Crisdie, dkk (2021) yang menyatakan bahwa pada usia produktif 20-30 tahun lebih beresiko terkena apendisitis karena secara anatomi apendiks pada orang

dewasa dan apendiks pada balita berbeda, dan pada usia tersebut orang lebih cenderung mengabaikan pola konsumsi maknanya.

Adapun gejala klinis yang dirasakan pasien pada tinjauan kasus, Ny.Y.M yaitu pasien mengalami diare atau obstipasi yang dirasakan pada tanggal 8 Maret 2024 sampai 10 Maret 2024 sebelum akhirnya pada malam hari jam 21.00 dibawa ke Rumah Sakit. Diagnosa awal pada Ny.YM adalah gastroenteritis akut. Dalam praktiknya radang usus buntu atau apendisitis memiliki gejala yang hampir menyerupai gejala pada penyakit gastroenteritis akut (Hasan, 2023). Beberapa pasien mengalami buang air besar yang lebih aktif dengan konsistensi yang cair. Hal ini dikarenakan infeksi yang terjadi pada apendiks yang menyebabkan peradangan pada apendiks peradangan ini kemudian dapat mengiritasi usus besar dan jika tidak diangani secara baik maka komplikasinya adalah inflamasi sistemik (Cleveland Clinic, 2023)

5.1.1 Fase Pre Operatif

Apendisitis merupakan gangguan pada sistem pencernaan dan penyebab dari gejala klinis yaitu nyeri pada abdomen yang diemkan kebanyakan kasus di Rumah Sakit. Biasanya pasien dengan apendisitis memiliki keluhan utama yaitu nyeri pada abdomen dan terlokalisasi di kuadran kanan bawah abdomen. Karakteristik nyeri apendisitis memiliki tanda khusus yaitu *recoiling sign*, *Blumberg sign*, *pusser sign*, *obturator sign* dan *mc burney sign*.

Pada tinjauan kasus penulis melakukan beberapa pemeriksaan tanda klinis apendisitis pada Ny. Y.M yaitu *mc burney sign*, *Blumberg sign*, dan *obturator sign* hasilnya adalah positif. Hasil dari pemeriksaan *mc burney* adalah positif saat abdomen pasien ditepalasi pada titik *mc burney* yaitu sepertiga dari region umbilikus ke inguinal kanan dan pasien mengatakan merasa nyeri. Pemeriksaan ini sesuai dengan penelitian Utami & Pamungkas (2024) menjelaskan bahwa pemeriksaan *mc burney* merupakan pemeriksaan palpsi yang dilakukan dengan melakukan penekanan pada kuadran kanan bawah pada titik *mc burney*.

Pemeriksaan *Blomberg sign*, nyeri dirasakan pasien saat dilakukan palpasi dan penekanan pada kuadran kanan bawah abdomen dan dilepas. Berdasarkan artikel pemeriksaan *Blomberg sign* adalah nyeri yang dirasakan saat kuadran kanan bawah pasien di tekan kemudian dilepaskan.

Pemeriksaan Obuturator sign positif, nyeri di rasakan ketika lutut dan panggul di fleksikan kemudian dirotasikan kearah dalam dan luar. Pada penelitian yang dilakukan oleh Morris dkk (2021) dijelaskan bahwa obuturator sign adalah nyeri yang dirasakan pada kuadran kanan bawah abdomen jika fleksi dilakukan pada lutut dan panggul diikuti dengan rotasi kearah kanan dan kiri.

Dalam proses penegakan diagnosis Apendisitis perlu melalui pengkajian dan melakukan pemeriksaan mengenai tanda dan gejala yang ada pada pasien. Ada beberapa penilaian klinis yang dilakukan demi mendapat hasil diagnosis yang tepat. Skoring Alvarado dan Skoring RIPASA merupakan sistem skoring yang digunakan sebagai penilaian klinis untuk penyakit apendisitis. Pada tinjauan kasus Ny.Y.M diberikan penilaian klinis dengan menggunakan sistem skoring yaitu Skoring Alvarado dan Skoring RIPASA. Berdasarkan Interpretasinya hasil penilaian skoring Alvarado adalah Kemungkinan Apendisitis dengan nilai 7 dan pada skoring RIPASA Kemungkinan Besar Apendisitis dengan nilai 10. Pada praktiknya skoring Alvarado hanya memiliki 8 indikator penilaian dengan jumlah nilai 10 sedangkan skoring RIPASA memiliki 18 indikator penilaian dengan jumlah nilai 17,5. Skoring RIPASA merupakan pengembangan dari skoring Alvarado karena kurangnya sensitifitas skoring Alvarado pada populasi Asia dan Timur tengah (Alfisa Nurric dkk.2021).

Peningkatan jumlah sel darah putih atau leukositosis merupakan respon tubuh terhadap infeksi atau peradangan yang terjadi. Pada penyakit apendisitis, leukositosis sering ditemukan sebagai salah satu data laboratorium yang mendukung diagnosis. Adapun kewenangan yang terjadi antara tinjauan kasus dan tinjauan teoritis, dimana tidak ditemukannya peningkatan jumlah sel darah putih atau leukosit dan tidak ditemukannya peningkatan jenis leukosit neutrofil sebagai respon dari inflamasi

apendisitis yang terjadi pada Ny. Y.M. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Maulana & Salsabila (2022) ditemukan persentase nilai pasien tidak mengalami leukositosis atau kadar sel darah putih adalah sebesar 29,5% dan masih dalam batas normal. Tidak adanya peningkatan leukosit ini terjadi karena kemungkinan apendisitis masih dalam tahapan awal penyakit sehingga respon dari inflamasi belum cukup kuat menyebabkan peningkatan leukosit yang signifikan. Hal ini juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Putri Astuti (2020) yang menjelaskan tentang kadar leukosit pada penderita apendisitis, dan didapatkan bahwa peningkatan leukosit tidak terjadi pada semua pasien dimana terlapat nilai persentase 46,9% pasien tidak mengalami leukositosis.

Tanda dan gejala pada tinjauan teori tetapi tidak di temukan data pada pasien yakni peningkatan suhu tubuh. Pasien mengatakan pada saat masuk Rumah Sakit tepatnya di Ruang Instalasi Gawat Darurat keluhan yang menyertai yaitu adanya riwayat demam, namun pada saat pengkajian keluhan tersebut tidak ditemukan oleh penulis karena keluhan tersebut sudah teratasi.

5.1.2 Intra Operatif

Pada fase intra operatif penulis menemukan data bahwa, pasien yaitu Ny. Y.M akan mengalami penbedahan dengan jenis Apendektomi menggunakan Anastesi general. Pasien terpasang LMA (Laryngeal Mask Airway), dengan *control respiratory* melalui mesin ventilator. Pada pasien diberikan obat anastesi yaitu Propofol 50 mg/IV dan Ketamine 30 mg/IV sebagai obat dalam pemeliharaan bius total sehingga pasien dalam kondisi tidak sadar selama pembetahan di lakukan kemudian dan dikombinasikan dengan obat relaksasi Atracurium 40 mg/IV obat relaksasi dimaksudkan untuk meminimalisir cedera pada general anastesi dan untuk merelaksasikan otot. Pasien diberikan obat premedikasi dengan suntikan intravena yaitu Dexamethasone 5 mg/ml dimaksudkan untuk mencegah edema post operatif dan Ondansetron 4 ml/2 ml sebagai antiemesis pada prosedur tindakan operasi. Adapun obat medikasi yang diberikan pada fase intra operatif yaitu etonidine 60 mg/IV sebagai obat untuk menurunkan

tekanan darah karena pada saat pembedahan tekanan darah pasien meningkat dengan hasil tertinggi adalah 186/118 mmHg.

Setelah tindakan anestesi dilakukan, selanjutnya tindakan operasi dimulai dengan desinfeksi menggunakan cairan desinfektan dalam hal ini betadine dan kassa steril dengan teknik sirkular dari arah dalam ke luar bertitik di kuadran kanan bawah dan kemudian meluas ke bagian abdomen lainnya dan kemudian dipasan duk steril. Kemudian dilakukan insisi pada kuadran kanan bawah pada daerah *hypogastric pubic region* ke arah *right inguinal region* selanjutnya insisi dilakukan pertapisan. Insisi pada kulit kemudian dilanjutkan dengan insisi pada fascia superfisial *campes* kemudian *scarpa* hingga nampak aponeurosis oblikus eksterna, otot oblikus, sampai pada peritoneum pada rongganya dan harus secara hati hati menghindari terjerainya struktur dibawahnya. Setelah apendiks ditemukan kemudian apendiks diangkat dengan cara ligasi pada mesoapendiks menggunakan benang silk dan dipisahkan dari apendiks, kemudian apendiks diangkat. Luka operasi ditutup dengan benang Chrom Catgut USP 1 EP 5 benang Plain Catgut USP 2/0 EP 3,5. Setelah selesai dengan tindakan hecing luka kemudian ditutup dengan kassa steril dan ulirfix. Kemudian perawatan bertugas merawat pasien dan menyatukan pasien dari efek anestesi. Selanjutnya pasien dipindahkan ke ruang pemulihan (*Recovery Room*) untuk memantau kesadaran dan tanda vital pasien.

Adapun Instruksi yang diberikan post operasi adalah terapi cairan Ringier laktat 20 tetes per menit, obat antibiotik Ceftriaxone 1 x 2g dan obat jenis analgetik Ketorolac 3 x 30mg, didampingi dengan obat Ranitidine 2 x 50mg. Posisi mobilisasi secara bertahap mulai pada jam 9 pagi pada tanggal 13 maret 2024 dengan mulai menaikkan tempat tidur bagian atas menuju semi Fowler kemudian ke posisi Fowler. Perawatan luka secara steril dan evaluasi tanda infeksi, dan pasien diberi instruksi makan sedikit demi sedikit tapi sering dengan konsistensi makanan lunak.

5.1.3 Fase Post Operatif

Pada pengkajian fase post operatif ditemukan keluhan utama pasien yaitu nyeri pada luka operasi tepatnya pada kuadran kanan bawah. Pada

pasien juga dilani keterbatasan dalam melakukan aktivitas atau dalam bergerak, pasien mengatakan sulit untuk tidur, pasien juga tidak mampu dalam menuntaskan perawatan dirinya.

Tindakan pembedahan dapat menimbulkan nyeri hebat karena terputusnya kontinuitas kulit dan jaringan pada area pembedahan yang disebut luka operasi, nyeri akan dirasakan beberapa hari, beberapa minggu bahkan hingga 3 bulan setelah tindakan operasi dilakukan (Astuti et al., 2020). Prioritas utama pada perawatan pasien post operasi adalah mengurangi, menghilangkan, dan mengatasi nyeri yang dirasakan pasien (Putri et al., 2023).

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny Y.M pasca tindakan apendektomi ditemukan kesamaan data dimana terdapat Nyeri sebagai masalah utama post operasi. Nyeri dirasakan pasien setelah efek anestesi hilang. Nyeri berada pada kuadran kanan bawah, pada regio inguinal kanan dan hipogastrik tepat pada daerah pembedahan.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada di tinjauan teoritis dan tinjauan kasus:

1. Diagnosa Keperawatan Pre Operatif
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencetus fisiologis (inflamasi) dibuktikan dengan Data subjektif Pasien Mengatakan merasa nyeri P: (Palpative/Provokatif) pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan bagian bawah, Q: (Quality/Quantity), Pasien mengatakan Nyeri terada seperti ditusuk-tusuk, R: (Region/Radiation) Pasien mengatakan nyeri pada perut kanan bagian bawah dan menyebar kebagian ulu hati dan ke kaki kanan bertambah saat pasien bergerak, S: (Scale/Severity), Pasien mengatakan skala nyeri 8. Nyeri berat terkontrol, T: (Time), Pasien mengatakan durasi nyeri Kurang lebih 5 menit dan hilang sekitar 15-20 menit kemudian muncul kembali. Pada klien appendisititis nyeri memang menjadi keluhan yang umum terutama nyeri pada kuadran kanan bawah.
 - b. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran akan mengalami kegagalan operasi ditandai dengan, pasien mengatakan takut operasi

akan gagal, pasien tampak pucat, gelisah sehingga diangkat diagnosis pre operatif Anxietas. Tindakan operasi apendektomi pada pasien dapat menimbulkan *anxiety* atau kecemasan. Faktor pemicu kecemasan pada pasien pre operatif yakni karena pasien merasa takut dan khawatir terhadap tindakan medis yang akan dilakukan seperti ketakutan akan rasa nyeri, kehilangan kesadaran dan takut akan kematian pada saat tindakan operasi sehingga terjadi aktivasi saraf otonom simpatis yang menyebabkan vital sign pasien menjadi tidak stabil sehingga mempengaruhi tindakan operasi dengan pasien yang memang sangat cemas saat akan dilakukan tindakan operasi dikarenakan memang pengetahuan pasien yang kurang mengenai tindakan operasi tersebut membuat pasien sangat cemas bahwa operasi tersebut akan gagal (Sayuati, 2022).

Diagnosis yang ada di tinjauan teori tapi tidak ada di tinjauan kasus:

- a. Hipertensi, penulis tidak mengangkat diagnosis keperawatan ini karena saat dilakukan pengkajian, tidak ada data seperti kenaikan suhu tubuh yang mendukung untuk diangkatnya diagnosis ini.
- b. Kurang pengetahuan, penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat dilakukan pengkajian pada pasien tidak ditemukan adanya keluhan terkait dengan kurangnya pengetahuan.
2. Diagnosa keperawatan post operatif
 - a. Nyeri akut

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Luka Operasi) ditandai dengan pengkajian khusus nyeri PQRST. P: Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak dan hilang saat berbaring dan diam Q: Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dan dirasakan hilang timbul R: Pasien mengatakan masih nyeri dipertengahan pada luka operasi dan tidak menyebar S: Skala nyeri 8 T : Kurang lebih 5 menit dan hilang sekitar 15-20 menit kemudian muncul kembali. Pasien pasca operasi apendektomi mengalami nyeri akut yang berhubungan dengan agen injuri fisik karena insisi pembedahan pada operasi. Luka insisi akan memangsa mediator kimia dari nyeri

mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri. Pasien mengatakan kurang puas tidur dan tidak cukup istirahat, Pasien mengatakan tidur kurang lebih 5 jam saat malam hari. Nyeri merupakan mekanisme fisiologis yang bertujuan untuk melindungi diri. Klien yang mengalami nyeri akan mengganggu tidurnya dan kesulitan untuk dapat tertidur dengan lelap. Nyeri dapat menimbulkan klien selama malam hari dan membuat klien sulit untuk kembali tidur (Hannaliah & Budiyanto, 2022). Peneliti berpendapat bahwa pasien post operasi appendisitis lebih mempersepsikan nyeri ke rentang nyeri berat. Nyeri juga dapat mempengaruhi kualitas tidur tapi pada sebagian orang nyeri tidak terlalu mempengaruhi kualitas tidur karena persepsi masing-masing pasien yang berbeda dan tingkat kebutuhan akan kualitas tidur yang bervariasi kepada setiap pasien yang dipengaruhi oleh sakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stres emosional, diet, motivasi dan obat-obatan (Basbir A 2020).

d. Defisit perawatan diri

Defisit perawatan diri berhubungan dengan agen pencedera fisik (jika operasi) dibuktikan dengan Pasien mengatakan badannya terasa kram dan lemas. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga. Pasien tampak bergerak terbatas. Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga.

e. Risiko Infeksi

Risiko infeksi di tandai dengan Efek Prosedur Infasif dibuktikan dengan pasien yang mempunyai luka bekas operasi yang membutuhkan perawatan steril agar tidak terjadi infeksi sehingga diangkat diagnosis keperawatan risiko infeksi.

Diagnosis yang ada di tinjauan teori tapi tidak ada di tinjauan kasus :

1. Bersihan jalan napas tidak efektif, Penulis tidak mengangkat diagnosis ini karena pada saat dilakukan pengkajian pada pasien tidak

ditemukan data-data yang menunjang seperti hubungan atau penumpukan secret.

2. Pola napas tidak efektif, Penulis tidak mengangakat diagnosis ini karena pada saat dilakukan pengkajian pada pasien tidak ditemukan data yang menunjang seperti hambatan upaya napas (nyeri saat bernapas, dan kelemahan otot pernapasan).
3. Gangguan pemenuhan aktivitas dan latihan, Penulis tidak agnosis ini karena pada saat melakukan pengkajian tidak terdapat data-data yang menunjang seperti penurunan otot pada ekstremitas bawah.

5.3 Intervensi Keperawatan

Tahap ini merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan, di mana setelah menentukan diagnosa keperawatan maka tahap ini merupakan tahap perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien

1. Intervensi Pre Operatif

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis karena adanya nyeri abdomen ditandai dengan Data subjektif yaitu P: Palliative/provokatif, pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah sebelah kanan bertambah saat pasien bergerak Q: Quality/Quantity, pasien mengatakan nyeri terasa seperti disayat-sayat dan hilang timbul. R: Region pasien mengatakan nyeri terasa dipertut kanan bagian bawah dan menyebar kebagian uluh hati/epigastrium dan ke kaki kanan S: Scale pasien mengatakan skala nyeri 8, nyeri berat terkontrol, T: Time pasien mengatakan durasi nyeri kurang lebih 3-5 menit hilang timbul dan hilang sekitar 10-15 menit kemudian muncul kembali. Data objektif Wajah Pasien Masih tampak Meringis Tanda-Tanda Vital Td : 130/80 MmHg. N : 80 x/menit, R : 20 x/menit, Sb : 36 °C, Spo2 : 96 %. Dengan beberapa intervensi yang diberikan Monitor ttv, Identifikasi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri nonverbal, Identifikasi faktor yang mempengaruhi dan peringatan nyeri, Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, Pertimbangkan jenis dan

sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, dan pemberian analgetik, jika perlu.

- b. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan dibuktikan dengan Data subjektif Pasien mengatakan takut dengan kondisinya saat ini yaitu tentang penyakitnya, Pasien Mengatakan takut, Pasien mengatakan seram sulit tidur, Data objektif Pasien tampak pucat, Pasien tampak gelisah, Keadaan umum sedang, Kesadaran : compos mentis, Tanda-tanda vital TD : 140/90 mmHg, R : 24 x /menit, N : 89 x /menit, SpO2 : 98%. Dengan intervensi yang diberikan Monitor tanda-tanda ansietas, Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, Menempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan, Mengedukasikan /menginformasikan mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.

2. Intervensi post operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi) dibuktikan dengan Data subjektif P : Pasien mengatakan masih nyeri saat bergerak dan hilang saat berbaring dan diam, Q : Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk dan dirasakan hilang timbul, R : Pasien mengatakan masih nyeri diperalut tepatnya pada luka operasi dan masih menyebar hingga punggung, S : Skala nyeri 8, T : Kurang lebih 5 menit dan hilang sekitar 15-20 menit kemudian muncul kembali, Pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang saat melakukan teknik relaksasi napas dalam. Data Objektif Wajah Pasien Masih Tampak Merangis, Tanda-Tanda Vital TD : 130/80 MmHg, N : 80 x/menit, R : 20 x/menit, S_b : 36 °C, SpO₂ : 96 %.
- b. Gangguan mobilitas fisik Berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan Dibuktikan dengan Data Subjektif Pasien mengatakan badan masih terasa kaku, Pasien mengatakan masih merasa tidak nyaman di bagian perut, Pasien mengatakan masih tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, Pasien mengatakan masih kesulitan beraktivitas sehingga harus dibantu oleh keluarga dan perawat. Data Objektif yaitu Pasien tampak bergerak terbatas,

Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga dan perawat. Dengan intervensi yang diberikan Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu, Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Ajaran mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

- c. Gangguan pola tidur Berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan Data Subjektif Pasien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka operasi, Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari karena merasa nyeri, Pasien mengatakan kurang puas tidur dan tidak cukup istirahat, Pasien mengatakan tidur kurang lebih 5 jam saat malam hari. Data Objektif Pasien tampak pucat, Pasien tampak menguap. Intervensi yang diberikan Modifikasi lingkungan, Tetapkan jadwal tidur rutin, Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Menetapkan jadwal tidur rutin, Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan menepati kebiasaan untuk tidur.

- d. Defisit perawatan diri Berhubungan dengan Agen pencedera fisik (luka operasi) Dibuktikan dengan Data Subjektif Pasien mengatakan badannya masih terasa kram dan lemas, Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas mandiri, Pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarga. Data Objektif Pasien tampak bergerak terbatas, Aktivitas pasien tampak dibantu oleh keluarga. Intervensi yang diberikan Monitor tingkat kemandirian, Mendampingi pasien dalam melakukan perawatan diri, Memfasilitasi pasien mengenakan pakaian, Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

- e. Risiko infeksi Berhubungan dengan efek prosedur invasif dibuktikan dengan Data Subjektif Pasien mengatakan tidak merasakan tanda dan gejala panas dan gatal pada luka insisi Data Objektif Terdapat insisi post operasi di abdomen sebelah kanan Insisi post operasi terlihat bersih Tidak ada tanda-tanda infeksi. Dengan Intervensi yang diberikan Monitor tanda-tanda infeksi, Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien,

Menjelaskan tanda dan gejala infeksi, Menunjukkan meningkatkan asupan cairan.

5.4 Implementasi Keperawatan

Berdasarkan intervensi yang telah terusun, maka penulis dapat melakukan implementasi tindakan keperawatan pada keluarga pasien dan pasien sesuai dengan masalah tindakan keperawatan sesuai dengan diagnosa yang telah diangkat seperti pada diagnosa tersebut.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, implementasi yang diberikan yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respons non verbal, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, pasien dianjurkan untuk menarik napas melalui hidung dengan hitungan 1,2,3 kemudian tahan sekitar 2 detik lalu hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan (Rusniawati et al., 2022), pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri dengan cara yakni melakukan teknik non farmakologis aroma terapi minyak kayu putih dengan cara mengambil sehelai tisu lalu tuangkan minyak kayu putih,lalu dekatkan pada pasien, gunakan 20 – 30 menit (Utami & Khoiriyah, 2020), mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, tatalaksana pemberian analgetik.
- b. Gangguan mobilitas fisik Implementasi yang dilakukan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi yakni mengedukasi pasien untuk melakukan mobilisasi dini agar dapat mempertahankan fungsi tubuh, mempertahankan tonus otot dan memulihkan pergerakan sedikit demi sedikit dengan beberapa prosedur (Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, 2021).
- c. Gangguan pola tidur implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor

pengganggu tidur (fisik/psikologis), memodifikasi lingkungan, memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur dengan cara menganjurkan pasien, Menjelaskan pada pasien pentingnya tidur yang cukup untuk mendukung kesehatan maupun pemulihan pasien. Mengajarkan mencapai kebiasaan untuk tidur pada jam 9 malam, mengajarkan relaksasi otot autopenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

- d. Defisit perawatan diri dilakukan implementasi yaitu Monitor tingkat kemandirian, Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan, Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis, suasana hangat, rileks dan privacy), Siapkan keperluan pribadi (mis, parfum, sikat gigi, dan sabun mandi), Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

- e. Risiko infeksi dilakukan implementasi yaitu monitor tanda-tanda infeksi lokal dan sistemik, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien dengan memperhatikan 6 langkah mencuci tangan yang baik dan benar (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022), menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan meningkatkan asupan cairan.

5.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi pre operatif

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 hari maka hasil evaluasi yang diperoleh yaitu masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (inflamasi) mulai teratasi di buktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak nyeri lagi pada abdomen sebelah kanan dengan skala nyeri 0.
2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan operasi Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 1 hari maka hasil evaluasi yang diperoleh yaitu masalah ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan operasi mulai teratasi di buktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak takut dan cemas.

Evaluasi post operatif

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Setelah di berikan tindakan keperawatan selama 4 hari maka hasil evaluasi yang diperoleh yaitu masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak nyeri saat berjalan dengan skala nyeri yang mulai berkurang bernilai 4.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 4 hari maka hasil evaluasi yang diperoleh yaitu masalah gangguan mobilitas fisik mulai teratasi di buktikan dengan pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri,Pasien mengatakan tidak lagi kesulitan beraktivitas.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 hari maka hasil evaluasi yang diperoleh yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri mulai teratasi
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan agen pencedera fisik(luka operasi) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari masalah keperawatan teratasi,maka hasil evaluasi yang diperoleh yaitu Pasien mengatakan badannya tidak terasa kram dan lemas,Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas secara mandiri,Pasien mengatakan aktivitas sudah bisa dilakukan secara mandiri.
5. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 hari maka hasil evaluasi yang diperoleh yaitu risiko infeksi dibuktikan mulai teratasi di buktikan dengan tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka operasi pasien.



BAB VI

PENUTUP

Setelah membahas asuhan keperawatan perioperatif dengan penyakit apendisitis pada pasien Ny.Y.M di Ruang St. Fransiskus Rumah Sakit Umum Gunung Maria Tomohon maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran adalah sebagai berikut:

6.1 Kesimpulan

6.1.1 Pada teori penulis menyimpulkan bahwa penyakit Apendisitis merupakan suatu peradangan akibat terjadinya infeksi pada appendix vermiform. Kasus Apendisitis dapat terjadi pada pria maupun pada wanita. Namun pada beberapa penelitian ditemukan hasil bahwa apendisitis beresiko tinggi terjadi pada wanita dengan rentang usia 20-30 tahun. Apendisitis dianggap sebagai penyakit progresif yang dimulai sebagai peradangan akut karena penyumbatan pada usus buntu yang bisa nekrosis dan perforasi, jika tidak segera ditangani, sehingga diperlukan diagnosis dan pengobatan yang cepat untuk mengurangi kejadian, morbiditas pada penyakit apendisitis.

6.1.2 Setelah dilakukan proses pengkajian keperawatan pada Ny.Y.M. maka dapat disimpulkan tanda dan gejala pada pasien dengan penyakit apendisitis yaitu nyeri pada perut bagian bawah sebelah kanan menyebar ke bagian uluh hati/epigastrium dan ke kaki kanan, mual, muntah dan gelisah.

6.1.3 Berdasarkan hasil pengkajian tersebut penulis menyusun 7 diagnosis keperawatan diantaranya 2 diagnosis pre operatif yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan operasi, serta 5 diagnosis keperawatan post operatif yaitu Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi), Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan melakukan pergerakan, Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, Defisit perawatan diri berhubungan dengan agen pencedera fisik (luka operasi).

6.1.4 Implementasi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan yang muncul pada kasus ini sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah disusun sebelumnya

6.1.5 Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan di mana dalam metode ini menggunakan SOAP. Pada kasus ini terdapat lima diagnosis keperawatan yang muncul di mana berdasarkan hasil evaluasi didapatkan bahwa ada lima diagnosis keperawatan belum teratasi sepenuhnya dan harus dilakukan intervensi lanjut untuk setiap diagnosis keperawatan.

6.2 Saran

6.2.1. Pasien dan Keluarga

Hendaknya keluarga dan pasien bekerja sama dengan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan serta dukungan motivasi untuk pasien selama dirawat di rumah sakit untuk menunjang kesembuhan pasien dan juga pasien diharapkan untuk menaati anjuran yang diberikan.

6.2.2 Pelayanan Keperawatan

Hendaknya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara komprehensif sesuai standar dan kode etik keperawatan, agar proses asuhan keperawatan yang diberikan dapat membawa hasil yang baik-baik pasien, keluarga dan perawat sendiri. Untuk perawat sendiri hendaknya selalu meluangkan waktu untuk mendampingi pasien dan keluarga agar tercipta hubungan saling percaya serta kerja sama dengan pasien maupun keluarga pasien.

6.2.3 Institusi Pendidikan Keperawatan

Diharapkan untuk pihak institusi menyediakan fasilitas internet yang mudah dijangkau untuk mahasiswa demi membantu proses belajar mengajar dan juga menyediakan fasilitas perpustakaan yang dilengkapi dengan buku-buku terbaru untuk menjadi acuan referensi dan semoga pembelajaran ini kami dapat menghasilkan calon-calon perawat yang dapat meningkatkan mutu Pendidikan dengan menempatkan keterampilan intelektual dan interpersonal sehingga dapat menjadi perawat yang profesional sesuai dengan standar praktik keperawatan.

6.2.3 Peneliti selanjutnya

peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian yang lebih lanjut terkait dengan masalah Kesehatan yang ada dan menjadi tolak ukur untuk mengembangkan penelitian-penelitian selanjutnya tentang penyakit Appendisitis.

DAFTAR PUSTAKA

- Adhaya, F., & Satria, M. (2024). Apendisitis Akut Pada Pasien Dewasa: Ulasan Singkat. *Apendicitis Akut Pada Pasien Dewasa: Ulasan Singkat Medula 1*, 14(3), 583.
- Alfiahriani, L., Wibowo, A. A., Noor, M. S., Tedjowitono, B., Aflanie, I., Studi, P., Dokter, P., Kedokteran, F., Mangkurat, U. L., Digestif, D. B., Ilmu, D., Masyarakat, K., Kedokteran, F., Lambung, U., Onkologi, D. B., Bedah, D. L., Forensik, D., Kedokteran, F., & Mangkurat, U. L. (2021). *LITERATURE REVIEW: GAMBARAN BERBAGAI SKOR DIAGNOSIS APENDISITIS DENGAN*. 4(2), 473-486.
- Bitang A.A, S. E. (2021). Karakteristik Apendisitis Pada Pasien Di Rumah Sakit Umum Haji Mendan Pada Januari 2017- Desember 2019. *Jurnal Ilmiah Kohesi*, 5(3), 284-292.
- Clinic, C. (2023). *Apendicitis*. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/8095-appendicitis>
- Cristie, J. O., Ary Wibowo, A., Noor, M. S., Tedjowitono, B., & Aflanie, I. (2021). LITERATURE REVIEW: ANALISIS FAKTOR RISIKO YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN APENDISITIS AKUT. *Homeostatis*, 4(1), 59-68.
- Daulay, N. M., Simanona, F. A., Kesehatan, F., & Kesehatan, F. (2019). *Efektifitas mobilisasi dini terhadap penyembuhan luka pasca operasi apendiktomi*. 7(4), 245-248.
- Dewi, A. S., & Iriani, R. (2022). Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Gangguan Rasa Nyeri dengan Post Op Apendisitis di RSUD Budhi Asih Jakarta. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 7(25), 48-55. <https://doi.org/10.56014/jfph.v7i25.289>
- Didel, A., & Nurhuda, M. (2022). *Profil Penderita Apendisitis di Rumah Sakit Islam Siti Rahmah Padang Sumatera Barat Periode 2016-2017 The Profile of Patients with Appendicitis in Rsi Siti Rahmah Padang West Sumatra at The Period of 2016 - 2017*. 1(1), 24-29.
- Finansah, Y. W., & Prasty, a D. (2021). Tata Laksana Apendisitis Akut di Era Pandemi Covid-19. *Jurnal Universitas Muhammadiyah Sumbawa*, 145-155.

- <http://103.114.35.30/index.php/Pro/article/download/7849/3704>
Healthline. (2019). *Rebound Tenderness and Blumberg Sign*.
<https://www.healthline.com/health/rebound-tenderness>
- Karyow Rita. (2023). ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN APPENDISITIS POST OP APPENDIKTOMY DENGAN MASALAH NYERI AKUT MELALUI PENERAPAN INTERVENSI TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM. In *Fakultas Ilmu Kesehatan*.
<https://repositori.stikes-ppni.ac.id/handle/123456789/1833>
- Kementerian Kesehatan. (2022). *Usus Buntu*.
https://yanakes.kemkes.go.id/view_artikel/1552/usus-buntu
- Minatiku, N., Danial, D., & Suprpto, B. (2021). Hubungan antara Usia, Lama Keluhan Nyeri Abdomen, Nilai Leukosit, dan Rasio Neutrofil Limfosit dengan Kejadian Apendisitis Akut Perforasi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Sains Dan Kesehatan*, 3(4); 576–585.
<https://doi.org/10.25026/jsk.v3i4.467>
- Moris, D., Paulson, E. K., & Pappas, T. N. (2021). *Diagnosis and Management of Acute Appendicitis in Adults A Review*. 326(22).
<https://doi.org/10.1001/jama.2021.20502>
- Mukhlis, M. (2022). *MEMAHAMI PROSEDUR PEMBERIAN INFORMED CONSENT DALAM PRAKTEK KEDOKTERAN*.
<https://bpsdm.subselprov.go.id/informasi/detail/menahami-prosedur-pemberian-informed-consent-dalam-praktek-kedokteran>
- Menandar Arif. (2022). *Keperawatan Perioperatif dan Medikal Bedah*. Media sains Indonesia.
- Pratama, Y. (2022). Aspek Klinis dan Tata laksana Apendisitis Akut pada Anak. *Jurnal Kedokteran Nanggroe Medika*, 5(2), 33–42.
- Purnamasari, R., Syahrudin, F. I., & Dirgahayu, A. M. (2023). Karakteristik Klinis Penderita Apendisitis. *UMI Medical Journal*, 8(2), 117–126.
- Putra, C. B. N., & Suryana, S. N. (2020). Gambaran prediktor perforasi pada penderita apendisitis di Rumah Sakit Umum Ari Candi Gianyar, Bali, Indonesia tahun 2018. *Infinisri Sains Medis*, 11(1), 122–128.
<https://doi.org/10.15562/isem.v1i11.575>

- g Happyanto, M., A Adhika, O., & Pramito, D. (2022). An Overview of Patients of Appendicitis and Surgical Site Infection Postappendectomy at Bethesda Hospital Yogyakarta Period 2019-2020. *Journal of Medicine and Health*, 4(2), 154-164. <https://doi.org/10.28932/jmh.v4i2.4140>
- Rangkil, L., Kep, S., Kep, M., Kep, M., Ginanjur, R., Kep, S., Pratiwi, D., Wardani, K., Hadilawi, A., Martisningsih, M. A., & Hadi, T. P. (2023). *Patofisiologi Untuk Mahasiswa Keperawatan* (p. 7). CV. EUREKA MEDIA AKSARA.
- Rustiwati, E., & Bintariawati, Y. (2022). *Efektifitas Teknik Relaksasi Napas dan Imajinasi Terhambing terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Pasca Operasi di Ruang Bedah*. 09(3), 262-269.
- Safita, N., & Prabowo, J. (2023). Terapi antibiotik pada appendisitis akut. *Continuing Medical Education*, 1, 566-574.
- Saputro, N. (2018). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI APENDISITIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KERUSAKAN INTEGRITAS JARINGAN (Di Ruang Rawat Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)*. <https://www.semanticscholar.org/paper/ASUHAN-KEPERAWATAN-PADA-KLIEN-POST-OPERASI-DENGAN-Saputro/3a17e0eacba2890fa213341b38fa73733bd78b18>
- Satyana, A. B. S., Sepa, K., Anugrahanta, I. G. R. P., & Weka, I. K. (2022). Apendisitis Akut Pada Masa Pandemi Covid-19: Sebuah Laporan Kasus. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 6(2), 43-47. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v6i2.4862>
- Sayuti, M., Maulina, N., & Damanik, R. (2022). Gambaran Tingkat Kecemasan Pasien Pre Apendektomi Menggunakan Hamilton Anxiety Rating Scale (HAR-S) di Rumah Sakit Swasta Kota Lhokseumawe. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 12(2), 178-182. <https://doi.org/10.52643/jbik.v12i2.2156>
- Sebagja, E. Iela, Rachmawati, A. S., & Nurlina, F. (2022). Penerapan Terapi Aroma Lavender Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Apendiktomi: Studi Literatur. *Journal Information*, 1(1), 14-27.
- Susanti, E. (2022). *Keperawatan Peripartum*. Global Aksara Pers.
- Sutrisna, M., Hasyimi, Y., & Utami, M. S. (2024). THE EFFECT OF LEMON AROMA THERAPY ON THE PAIN LEVEL OF. *Jurnal Kesehatan*

Medibory, 7, 333-338.

- Tambunan, D., Natus, E., Limbong, M., Indawati, E., Pradawati, D., Natasia, D., Jusianti, E., Anggraini, Y., Siswandi, I., Satriani, Kaslati, Supriadi, F., Wahyudin, M., & Winarti, R. (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Perawatan* (p. 39). Yayasan Kita Menulis.
- Thomas, G. A., Labundulan, I., & Tangkilan, A. (2016). Angka kejadian apendisitis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal E-Link (ICU)*, 4(1), 231-236.
- Tan Pokja SDKI DPP PPNI. (2017a). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tan Pokja SDKI DPP PPNI. (2017b). *Standar Laporan Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tan Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Utami, S., & Panungkas, K. (2024). *Apendisitis akut : Laporan Kasus*. 11(1), 65-70.
- Wijaya, W., Eranto, M., & Alfariqi, R. (2020). Perbandingan Jumlah Leukosit Darah Pada Pasien Apendisitis Akut Dengan Apendisitis Perforasi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 341-343.
<https://doi.org/10.35816/jskh.v11i1.288>