KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny "F" DENGAN POST OP APENDISITIS DI RUANG BERNADETH IIRUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

THERESIA LORENZA GOWASA
E1714401043
YULIANTI BEMEY
E1714401049

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS
PROGRAM STUDI DIPLOMA III
MAKASSAR
2020

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya tulis ilmiah dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY “F” DENGAN POST OP APPENDISITIS DI RUANG BERNADETH 2 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR” telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan di pertanggungjawabkan di depan penguji.

Di ajukan oleh :

1. Theresia Lorenza Gowasa (E1714401043)
2. Yulianti Bemey (E1714401049)

Di setujui Oleh :
Pembimbing

(Felisima Ganut S.Kep.,Ns)

Menyetujui
Wakil Bidang Akademik

(Henny Pongantung.,Ns.,MSN.,DSN)
NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM D III KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya tulis ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "F" DENGAN POST OP APPENDISITIS DI RUANG BERNADETH 2 RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" telah di pertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang di laksanakan pada :

Hari/Tanggal : Rabu, 17 Juni 2020

Pukul : 08:00 – 08:40

Tempat : Ruangan C

Tim Penguji :

1. Rosdewi, S.Kep., MSN ( )
2. Jenita Laurensia Saranga', Ns., M.Kep ( )
3. Felisima Ganut, S.Kep., Ns (Moderator) ( )

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN.0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Theresia Lorenza Gowasa
Tempat/Tanggal Lahir	: Nias, 13 Januari 2000
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Katolik
Alamat	: Jl. Maipa No.19, Makassar

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Rara Dodo / Francisca
Agama	: Katolik
Pekerjaan	: Petani / Ibu rumah tangga
Alamat	: Kab. Kep Mentawai Desa Bukit Pamewa

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 17 Filial	: 2005 - 2011
SMP Negeri 2 Sipora	: 2011 - 2014
SMA Negeri 2 Sipora	: 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makasar	: 2017 - 2020

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Yulianti Bemey
Tempat/Tanggal Lahir	: Bonggrang, 11 Juli 1994
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Protestan
Alamat	: Jl. Rajawalim Lorong 13B

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Yulianus Bemey / Yomina Kreku
Agama	: Protestan
Pekerjaan	: Petani / Ibu rumah tangga
Alamat	: Jayapura

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SDN 12 Kwansu	: 2005 - 2011
SMP YPPK Santo Paulus	: 2011 - 2014
SMA 2 Mimika	: 2014 - 2017
STIK Stella Maris Makasar	: 2017 - 2020

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat serta penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah ini dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "F" DENGAN POST OP APENDISITIS DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR ".

Dalam menyelesaikan karya tulis ini penulis mendapat banyak dukungan baik moril, materil maupun spiritual dari berbagai pihak. Tanpa dukungan dan bantuan dari segala pihak penulis tidak mungkin dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sebagaimana mestinya.

Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sedalam – dalamnya kepada :

1. Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes Selaku ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN.,DN.,Sc. Selaku Wakil Ketua Bidang Aademik STIK Stella Maris Makassar.
3. Rosdewi.,S.Kep.,MSN. Selaku Wakil Ketua Bidang Administrasi dan keuangan.
4. Sr.Dr. Teorocci Luisa Nunuhitu, S.JMJ, M,Kes Selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris beserta staf yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan.
5. Mery Solon.,S.Kep.,Ns.,M.Kes Selaku ketua program studi D.III keperawatan dan pembimbing akademik yang selalu membimbing dan memberikan motivasi.

6. Felisima Ganut Selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis selama proses menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Teristimewa untuk kedua orang tua penulis tercinta, serta semua keluarga yang telah memberikan dukungan, motivasi, bantuan doa, perhatian dan kasih sayang selama penulis mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris Makassar. Terimakasih juga untuk saudara Sutrisno yang selalu mendukung dan memberikan motivasi bagi penulis selama mengikuti pendidikan di STIK Stella Maris
8. Buat teman-teman di asrama kampus Stella Maris dan buat teman – teman Program DIII Keperawatan angkatan 2017 yang telah memberikan semangat serta masukan bagi penulis dalam menyelesaikan pendidikan dan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini memiliki banyak kekurangan oleh karena untuk itu penulis mengharapkan adanya kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini.

Makassar, Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
HALAMAN PERSETUJUAN ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
RIWAYAT HIDUP iv
KATA PENGANTAR vi
DAFTRA ISI vii
DAFTAR TABEL x
DAFTAR GAMBAR xi
BAB I PENDAHULUAN 1
A. Latar Belakang 1
B. Tujuan Penulisan 3
C. Manfaat Penulisan 4
D. Metode Penulisan 4
E. Sistematika Penulisan 6
BAB II TINJAUAN TEORISTIS 7
A. Konsep Dasar Medis 7
1. Pengertian 7
2. Anatomi Fisiologi 8
3. Klasifikasi 9
4. Etiologi 10
5. Patofisiologi 11
6. Manifestasi Klinis 12
7. Tes Diagnostik 13
8. Komplikasi 13
9. Penatalaksanaan 14
B. Konsep Dasar Keperawatan 16
1. Pengkajian 16

2. Diagnosa Keperawatan.....17
3. Intervensi Keperawatan 17
BAB III TINJAUAN KASUS 22
A. Pengkajian.....24
B. Analisa Data.....43
C. Diagnosa Keperawatan 46
D. Rencana Keperawatan 47
E. Implementasi Keperawatan 50
F. Evaluasi Keperawatan.....61
G. Daftar Obat.....68
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....72
A. Pengkajian.....72
B. Analisa Data.....74
C. Diagnosa Keperawatan 76
D. Implementasi Keperawatan 76
E. Evaluasi Keperawatan.....77
BAB V KESIMPULAN 78
A. Kesimpulan.....78
B. Saran.....79
DAFTAR PUSTAKA.....81

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Pemeriksaan Laboratorium 42
Tabel 3.2 Analisa Data 43
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan.....46
Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 47
Tabel 3.5 Impelemntasi Keperawatan.....50
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan 61

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi.....8
Gambar 3.1 Genogram.....26

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sehat merupakan suatu keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Salah satu fenomena masalah utama yang berpengaruh adalah perubahan lingkungan yang berpengaruh terhadap derajat dan upaya kesehatan. (Masriadi,2016)

Pola kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi yang akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semua ini akan mempermudah timbulnya apendisitis. (Masriadi, 2016)

Apendisitis adalah suatu penyakit yang ditandai dengan adanya peradangan pada usus atau disebut juga dengan apendiks. Apendisitis sendiri adalah suatu benjolan kecil, yang mana benjolan ini terletak pada bagian usus tepatnya pada bagian usus besar pada daerah perbatasan antara usus halus,benjolan ini mempunyai bentuk mirip jari dan berukuran kecil. Meskipun usus ini tergolong organ pertahanan bagi tubuh, namun banyak dikatakan sebagai organ yang kurang penting, apabila penderita mengalami peradangan pada usus sebaiknya dilakukan pengobatan dengan segera (Masriadi,2016).

Penyebab obstruksi lumen paling sering adalah oleh batu feses. Faktor lain yang dapat menyebabkan obstruksi lumen apendiks antara lain hyperplasia jaringan limfoid, tumor, benda asing dan sumbatan oleh cacing. Studi lainnya menyebutkan bahwa ada peranan kebiasaan mengonsumsi makanan redah serat yang mempengaruhi terjadinya konstipasi, sehingga terjadi apendisitis.

World Health Organization (WHO) memperkirakan kejadian apendisitis di dunia pada tahun 2010 mencapai 8% dari keseluruhan penduduk dunia. WHO menyatakan angka kematian akibat apendisitis di dunia adalah 0,2-0,8% serta meningkat sampai 20% pada penderita yang berumur kurang dari 18 tahun dan lebih dari 70 tahun (Juliansyah, 2011). Berdasarkan data dunia di negara-negara berkembang menurut World Health Organization di beberapa negara berkembang memiliki prevalensi yang tinggi seperti di negara Singapura berjumlah 15% pada anak-anak dan 16,5% pada dewasa, Thailand 7% pada anak-anak dan dewasa, dan di negara maju seperti Amerika Serikat berjumlah 11%.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyatakan pada tahun 2008 jumlah penderita apendiksitis mencapai 591.819, pada tahun 2009 sebesar 596.132 orang dan insiden ini menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatan perut lainnya (Depkes RI, 2013).Dinkes sulawesi selatan menyebutkan pada tahun 2009 jumlah kasus apendicitis sebanyak 5.980 penderita, dan 177 penderita diantaranya menyebabkan kematian.

Berdasarkan penelitian pada pasien appendisitis di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo periode Januari 2012 sampai dengan Desember 2014 diperoleh kelompok usia yang lebih banyak menderita appendisitis adalah kelompok usia remaja dan dewasa (kelompok 14 sampai 20 tahun) sebanyak 40,6 %, dan di tempat kedua adalah kelompok 21 sampai 27 tahun sebanyak 28,5%. Penderita appendisitis laki-laki dan perempuan paling banyak ditemukan pada kelompok umur 14 – 20 tahun sebesar (37,9%) pada laki-laki dan (44,3%) pada perempuan.

Apendiksitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun jarang terjadi. Insidensi pada pria dengan perbandingan 1,4 lebih banyak daripada wanita (Santacroce dalam Muttaqin, 2013). Komplikasi apendisitis yang

sering terjadi yaitu apendisitis perforasi yang dapat menyebabkan perforasi atau abses sehingga diperlukan tindakan pembedahan (Haryono, 2012).

Appendisitis akut adalah penyebab paling umum dari akut perut. Individu memiliki resiko sekitar 7 % untuk appendisitis semasa hidupnya dan puncaknya terjadi antara usia 10sampai 30 tahun. Insidensi appendisitis cukup tinggi di Indonesia, penyakit appendisitis merupakan pola penyakit pada pasien rawat inap di rumah sakit yang menempati urutan keempat tertinggi di Indonesia pada tahun 2006 dan menempati urutan kesembilan pada tahun 2009 (Marisa, 2012)

Dalam menegakkan diagnosis pada pasien perlu melakukan pemeriksaan penunjang, salah satunya adalah pemeriksaan hitung jumlah leukosit. Pemeriksaan ini sangat menunjang untuk membedakan apendisitis akut dan perforasi, dimana keduanya memiliki penanganan yang berbeda (Omari rt al, 2014)

Berdasarkan alasan tersebut penulis tertarik untuk mengangkat diagnosa yang berjudul “Asuhan Keperawatan dengan Post Op Appendisitis di ruang Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar” dengan harapan mampu menerapakan asuhan keperawatan yang efektif dan berkualitas.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan Apendisitis.

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian pada pasien Apendisitis.
b. Merumuskan diagnosa pada pasien dengan Apendisitis.
c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan Apendisitis.

d. Melaksanakan implementasi pada pasien dengan Apendisitis.
e. Melakukan evaluasi pada pasien dengan Apendisitis.
f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Apendisitis.

C. Manfaat Penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi :

1. Instansi rumah sakit

   Dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan masukan dalam mengambil langkah-langkah yang tepat dalam memberikan pelayanan pada pasien dengan Apendisitis.

2. Institusi/Akademik

   Sebagai bahan acuan dalam menunjang pengetahuan bagi peserta didik dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Apendisitis.

3. Pasien dan Keluarga

   Pasien dapat dijadikan sebagai pedoman dalam mengajarkan cara rawat pasien dengan Apendisitis, dan keluarga mengetahui dan mampu menerapkan cara merawat pasien Apendisitis.

4. Penulis

   Menambah pengetahuan dan pegalaman bagi penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan khususnya merawat pasien Apendisitis.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskripsif dalam bentuk studi kasus.

1. Studi Kepustakaan

Mempelajari literarture-lieratur yang berkaitan atau relevan dengan karya tulis ilmiah baik dari buku-buku maupun internet.

2. Studi Kasus

   Dalam studi kasus penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi pengkajian keperawatan, analisa data, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Untuk mengumpulkan informasi dalam pengkajian, maka penulis melakukan

   a. Observasi

      Melihat secara langsung keadaan pasien selama dalam perawatan.

   b. Wawancara

      Mengadakan wawancara langsung dengan keluarga dan semua pihak yang terkait dalam perawatan pasien.

   c. Pemeriksaan Fisik

      Pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

   d. Diskusi

      Diskusi dilakukan dengan berbagai pihak yang bersangkutan misalnya, pembimbing institusi pendidikan, perawat bagian, dokter, serta rekan-rekan mahasiswa.

   e. Dokumentasi

      Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan kepada pasien termasuk hasil tes diagnostik

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan ini disusun dalam lima bab dimana disetiap bab disesuaikan dengan sub sub bab antara lain bab I pendahuluan, dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang , tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan, bab II tinjauan teoritis, menguraikan tentang konsep-konsep atau teori yang mendasari penulisan ilmiah ini yaitu, konsep dasar medik, yang meliputi pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, tes diagnostik, penatalaksanaan dan komplikasi. Konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, penatalaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi.

Bab III tinjauan kasus ini, meliputi pengamatan kasus pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi. Bab IV pembahasan kasus, merupakan laporan hasil ilmiah yang meliputi kesenjangan antara teori dan praktek. Bab V penutup, terdiri dari kesimpulan

BAB II
TINJAUAN TEORISTIS

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Apendisitis adalah suatu benjolan kecil,yang mana benjolan ini terletak pada bagian usus tepatnya pada bagian usus besar pada daerah perbatasan antara usus halus,benjolan ini mempunyai bentuk mirip jari dan berukuran kecil. (Masriadi, 2016).

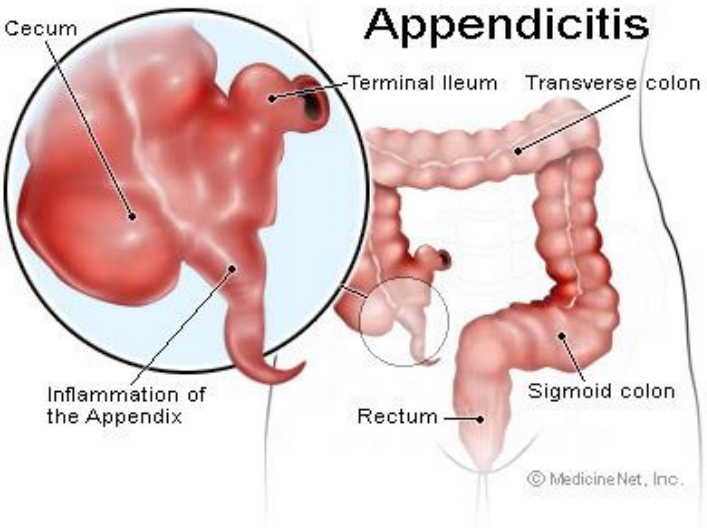
Apendiks adalah organ tambahan kecil yang menyerupai jari, melekat pada sekum tepat dibawah katup ileosekal. Karena apendiks mengosongkan diri dengan tidak efisien, dan lumennya kecil, maka apendiks mudah mengalami obstruksi dan rentan terjadi infeksi (appendicitis).

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (cecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya. (Nurarif dan Kusuma, 2015).

Apendisitis merupakan penyebab yang paling umum dari inflamasi akut kuadran kanan bawah abdomen dan penyebab yang paling umum dari pembedahan abdomen darurat. Pria lebih banyak terkena daripada wanita, remaja lebih banyak dari orang dewasa; insiden tertinggi adalah mereka yang berusia 10 sampai 30 tahun. (Baughman dan Hackley, 2016).

2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



b. Fisiologi

Pada jaringan apendiks, arteri apendiks terdapat di dalam lipatan mesenterika, yang merupakan cabang terminal dari arteri ileokolika dan berjalan berdekatan dengan dinding apendiks. Suplai darah apendiks berasal dari arteri apendikularis yang merupakan arteri tanpa kolateral. Jika terjadi sumbatan pada arteri tersebut, misalnya karena trombosis pada infeksi, apendiks dapat menjadi gangrene.

Drainase vena apendiks melalui vena ileokolika dan vena kolik kanan ke vena portal, dan drainase limfatik apendiks terjadi melalui nodus ileokolika sepanjang perjalanan mesenterika arteri superior ke kelenjar celiac dan cisterna chyli.

Dalam sehari mukus yang dihasilkan jaringan apendiks sekitar 1-2 mL. Pada keadaan normal, mukus tersebut mengalir ke dalam lumen dan menuju sekum.

Aliran mucus yang terhambat pada muara apendiks berperan pada patogenesis apendisitis. GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue) mensekresikan IgA pada jaringan apendiks, dimana IgA sangat efektif sebagai proteksi terhadap infeksi. Namun, system imun tubuh tidak terlalu dipengaruhi dengan pengangkatan jaringan apendiks karena jumlah jaringan limfoid pada apendiks hanya sebagian kecil dari jumlah jaringan limfoid yang ada di sepanjang saluran cerna dan seluruh tubuh.

3. Klasifikasi

Menurut Nurarif & Kusuma (2013) klasifikasi Apendisitis yaitu:

a. Apendisitis akut merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteria.dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu hyperplasia jaringan limfoi d,fikalit (tinja batu), tumor apendiks, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasit.
b. Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukanya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bla serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendisitis tidak pernah kembali kebentuk asinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.
c. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu,radang kronik apendiks secara makroskopi dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh didinding apendiks, sumbatan persial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltasi

sel inflamasi kronik), dan keluhan menghilang setelah apendikto.

4. Etiologi

Penyebab apendisitis belum diketahui secara pasti. Namun, ada beberapa faktor yang mempermudah terjadinya radang apendiks. Diantaranya sebagai berikut (Hariyanto & Rini, 2015) :

a. Faktor sumbatan (hyperplasia submucosa, fecolith, benda asing, strieture, tumor) merupakan faktor terpenting terjadinya apendicitis (90%) yang diikuti oleh infeksi.
b. Faktor adanya bakteri beberapa bakteri yang bisa menyebabkan apendicitis antara lain Bacterodes fragilils, E.coli, Splanchicus, Lacto-basilus, Psudomonas, dan Bacteriodes splanicus.
c. Faktor ras dan diet, negara maju yang mengkomsumsi makanan tinggi serat beresiko lebih rendah terkena apendicitis dari pada negara berkembang yang tidak mengkomsumsi tinggi serat.
d. Faktor Environment

   Urbanisasi mempengaruhi transisi demografi dan terjadi perubahan pola makan dalam masyarakat seiring dengan peningkatan penghasilan yaitu konsumsi tinggi lemak dan rendah serat.40 Penelitian epidemiologi menunjukkan peran konsumsi rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya appendicitis. Kebiasaan konsumsi rendah serat mempengaruhi defekasi dan fekalith menyebabkan obstruksi lumen sehingga memiliki risiko appendicitis yang lebih tinggi.

5. Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folokel limfoid, fekalit, benda asing, striktutur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan.

Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Apabila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding.

Obstruksi lumen apendiks disebabkan oleh penyempitan lumen akibat hiperplasia jaringan limfoid submukosa. Feses yang terperangkap dalam lumen apendiks mengalami penyerapan air dan terbentuklah fekolit yang akhirnya menjadi penyebab sumbatan tersebut. Sumbatan lumen tersebut menyebabkan keluhan sakit disekitar umbilikus dan epigastrium, mual dan muntah.

Proses selanjutnya adalah invasikuman Entamoeba Coli dan spesies bakteroides dari lumen ke lapisan mukosa, submukosa, lapisan muskularis dan akhirnya ke peritoneum parietalis kemudian terjadilah peritonitis lokal kanan bawah, hal ini menyebabkan suhu tubuh mulai naik.

Gangren dinding apendiks disebabkan oleh oklusi pembuluh darah dinding apendiks akibat distensi lumen apendiks. Bila tekanan intra lumen meningkat maka akan terjadi perforasi yang

ditandai dengan kenaikan suhu tubuh dan menetap tinggi. Tahapan peradangan apendisitis dimulai dari apendisitis akuta yakni sederhana tanpa perforasi, kemudian menuju apendisitis akuta perforata yakni apendisitis gangrenosa.

6. Manifestasi Klinis
    a. Nyeri dikuadran kanan bawah disertai dengan demam ringan, dan terkadang muntah kehilangan nafsu makan kerap dijumpai konstipasi dapat terjadi.
    b. Pada titik Mc Burney(terletak diantara pertengahan umbilicus dan spina anterior ileum), terasa nyeri tekan local dan kekakuan otot bagian bawah rektus kanan.
    c. Nyeri pantul dapat dijumpai lokasi apendiks menentukan kekuatan nyeri tekan, spasme otot dan adanya diare atau konstipasi.
    d. Jika apendiks pecah, nyeri lebih menyebar abdomen menjadi lebih terdistensiakibat ileus paralitik dan kondisi memburuk (Brunner & Suddarth, 2014).
    e. Nafsu makan menurun, Kehilangan nafsu makan, bersamaan dengan sakit perut yang parah dan muntah bisa jadi tanda utama usus buntu meradang. Penderita usus buntu kerap tidak nafsu makan karena perutnya terasa begah dan kembung. Umumnya, kembung atau begah yang dirasakan penderita usus buntu bisa berlangsung lama.
    f. Demam terjadi saat infeksi yang menyerang usus buntu kondisinya sudah parah, suhu tubuh akan meningkat.

7. Tes Diagnostik
    a. Diagnosis berdasarkan klinis, namun sel darah putih (hampir selalu leukositosis) dan CRP (biasanya meningkat) sangat membantu
    b. Ultrasonografi untuk massa apendiks dan jika masuh ada keraguan untuk menyingkirkan kelainan pelvis lainnya (misalnya kista ovarium)
    c. Laparoskopi biasanya digunakan untuk menyingkirkan kelainan ovarium sebelum dilakukan apendisektomi pada wanita muda
    d. CT scan (heliks) pada pasien usia lanjut atau di mana penyebab lain masih mungkin.

8. Komplikasi
    a. Abses

        Abses merupakan peradangan appendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau kawasan pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan menjelma rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi bila Apendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum.

    b. Perforasi

        Perforasi yaitu pecahnya appendiks yang berisi pus sehingga kuman menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama semenjak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam semenjak sakit, panas lebih dari 38,5ºC, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositosis terutama polymorphonuclear

(PMN). Perforasi, baik berupa perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan peritonitis.

c. Peritononitis

Peritonitis yaitu peradangan peritoneum, merupakan komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang hingga timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit menjadikan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oligouria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis.

9. Penatalaksanaan

Pada penatalaksanaan post operasi apendiktomi dibagi menjadi tiga yaitu:

a. Sebelum operasi

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah munculnya keluhan perlu diobservasi ketat karena tanda dan gejala apendisitis belum jelas. Pasien diminta tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis. Diagnosis ditegakkan dengan lokasi nyeri pada kuadran kanan bawah setelah timbulnya keluhan.

2) Antibiotik

Apendisitis ganggrenosa atau apenditis perforasi memerlukan antibiotik, kecuali apendiksitis tanpa komplikasi tidak memerlukan antibiotik. Penundaan tindakan bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau preforasi.

b. Operasi

Operasi / pembedahan untuk mengangkat apendiks yaitu apendiktomi. Apendiktomi harus segera dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum dengan pembedahan abdomen bawah atau dengan laparoskopi. Laparoskopi merupakan metode terbaru yang sangat efektif

Apendiktomi dapat dilakukan dengn menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka (pembedahan konvensional laparatomi) atau dengan teknik laparoskopi yang merupakan teknik pembedahan minimal invasive dengan metode terbaru yang sangat efektif.

1) Laparatomi

Laparatomi adalah prosedur vertical pada dinding perut ke dalam rongga perut. Prosedur ini memungkinkan dokter melihat dan merasakan organ dalam untuk membuat diagnosa apa yang salah. Laparatomi dibutuhkan ketika ada kedaruratan perut. Operasi laparatomi dilakukan bila terjadi masalah kesehatan yang berat pada area abdomen, misalnya trauma abdomen.

Bila klien mengeluh nyeri hebat dan gejala-gejala lain dari masalah internal yang serius dan kemungkinan penyebabnya tidak terlihat seperti usus buntu, tukak peptik yang berlubang, atau kondisi ginekologi maka dilakukan operasi untuk menemukan dan mengoreksinya sebelum terjadi keparahan lebih.

2) Laparoskopi

Laparaskopi berasal dari kata lapara yaitu bagian dari tubuh mulai dari iga paling bawah samapi

dengan panggul. Teknologi laparoskopi ini bisa digunakan untuk melakukan pengobatan dan juga mengetahui penyakit yang belum diketahui diagnosanya dengan jelas.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Perubahan pemelihaaan kesehatan yang dapat menimbulkan masalah dalam kesehatannya.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Adanya mual dan muntah, penurunan nafsu makan selama sakit, lidah kotor, dan rasa pahit waktu makan sehingga dapat mempengaruhi status nutrisi.

c. Pola eliminasi

Terjadi perubahan pola defekasi karena konsumsi cairan yang tidak sesuai dengan kebutuhan.

d. Pola aktivitas dan latihan

Kebiasaan dalam beraktivitas sehari-hari. Pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik.

e. Pola tidur dan istirahat

Kebiasaan pola tidur terganggu akibat ketidaknyamanan fisik dan peningkatan suhu tubuh gelisah.

f. Pola persepsi kognitif

Pasien akan terganggu aktivitasnya sehari-hari akibat adanya kelemahan fisik.

g. Pola persepsi dan konsep diri

Sejauh mana masalah atau penyakit mempengaruhi konsep diri pasien.

h. Pola peran dan hubungan dengan sesama

Adanya kondisi kesehatan mempengaruhi hubungan dengan sesama serta mengalami hambatan dalam menjalankan perannya selama sakit.

i. Pola reproduksi dan seksulitas

Pada pola reproduksi dan seksualitas pada pasien yang telah menikah akan terjadi perubahan.

j. Pola mekanisme koping dan toleransi terhadap stres

Kemampuan dan strategi yang digunakan pasien dalam mengahadapi masalah/penyakit.

k. Pola system nilai kepercayaan

Timbulnya distress dalam spiritual pasien sehingga pasien menjadi cemas, takut akan kematian serta kebiasaan ibadah terganggu

2. Diagnosa Keperawatan

a. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tirah baring.
b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis.
c. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

3. Intervensi Keperawatan

a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

Hasil yang di harapkan :

Menunjukan perilaku yang memampukan kembali melakukan aktivitas secara mandiri.

Intervensi :

1) Kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas.

Rasional : Mempengaruhi pilihan intervensi.

2) Tingkatkan aktivitas sesuai toleransi.

Rasional : Tirah baring lama dapat menurunkan kemampuan.

3) Tingkatkan tirah baring/istirahat.
   Rasional : Menyediakan energi yang di gunakan untuk penyembuhan.
4) Berikan lingkungan yang tenang.
   Rasional : Lingkungan yang tenang dapat membantu meningkatkan istirahat.
5) Berikan bantuan dalam aktivitas sehari-hari.
   Rasional : Memberikan keamanan pada pasien.

b. Nyeri berhubungan dengan agens cedera biologis

Hasil yang di harapkan :

Gangguan rasa nyaman nyeri teratasi.

Intervensi :

1) Kaji karakteristik nyeri.
   Rasional : Dengan mengkaji karakteristik nyeri dapat di ketahui tingkatan lokasi, frekwensi dan lamnya.
2) Observasi TTV.
   Rasional : Merupakan awal untuk mengetahui perkembangan keadaan umum pasien.
3) Alihkan perhatian pasien.
   Rasional : Dengan mengalihkan perhatian klien untuk tidak berfokus pada nyeri.
4) Anjurkan untuk mengurangi aktivitas.
   Rasional : Dengan istirahat dan mengurangi aktivitas maka akan mengurangi nyeri.
5) Atur posisi yang menyenangkan bagi pasien.
   Rasional : Posisi yang nyaman akan mengurangi nyeri sehinggah pasien merasa lebih nyaman.
6) Ajarkan teknik relaksasi (tarik nafas panjang dan menghembuskan perlahan-lahan).

Rasional : meringankan atau mengurangi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat di terima oleh pasien.

7) Laksanakan instruksi dokter dalam hal pemberian obat analgetik.

   Rasional : Dapat mengurangi nyeri yang timbul.

c. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi.

   Hasil yang diharapkan :

   Menyatakan pemahaman proses penyakit dan pengobatan.

   Intervensi :

   1) Kaji persepsi pasien tentang penyakit yang dialami.

      Rasional : Mengetahui pengetahuan dasar pasien tentang penyakit dan memberikan kesadaran akan kebutuhan belajar.

   2) Berikan informasi kepada pasien tentang penyakitnya.

      Rasional : Informasi dapat menambah pengetahuan dan memberi kesempatan pada pasien untuk belajar dari informasi yang telah diberikan.

   3) Jelaskan tentang obat yang diberikan, tujuan, frekuensi dan kemungkinan efek samping.

      Rasional : Meningkatkan pemahaman dan meningkatkan kerja sama dalam program pengobatan.

   4) Tekankan pentingnya teknik mencuci tangan dengn baik.

      Rasional : Menurunkan penyebaran bakteri.

   5) Dorong pasien untuk bertanya.

Rasional : Dengan bertanya dapat menurunkan salah satu konsep tentang informasi yang telah diterimah dan meningkatkan pemahaman.

6) Rujukan kesumber komunitas yang tepat, misalnya : Perawat kesehatan masyarakat dan ahli diet.

   Rasional : Pasien mendapat keuntungan dan pelayanan ini dalam hal koping dan evaluasi pengobatan.

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis.

   Hasil yang diharapkan :

   Kebutuhan nutrisi kembali terpenuhi, menunjukan peningkatan BB atau BB stabil.

   Intervensi :

   1) Lakukan pengkajian nutrisi dengan seksama.

      Rasional : Mengidentikasi kekurangan atau kebutuhan untuk membantu memilih intervensi.

   2) Berikan makanan sedikit-sedikit tapi sering.

      Rasional : Menghindari kekosongan lambung yang dapat meningkatkan rasa mual.

   3) Timbang berat badan setiap hari.

      Rasional : Mengawasi kehilangan atau penambahan berat badan.

   4) Tawarkan hygiene mulut.

      Rasional : Meningkatkan nafsu makan

   5) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi dan pemberian diet rendah serat.

      Rasional : Membantu mengkaji kebutuhan nutrisi asupan makanan dan minuman yang seimbang dan pasien dalam perubahan fungsi usus.

e. Hipertermi berhubungan dengan penyakit.

Hasil yang diharapkan:

Mendemonstrasikan suhu dalam batas normal, bebas dari kedinginan.

Intervensi :

1) Observasi tanda-tanda vital (perhatikan suhu pasien).

   Rasional : Tanda-tanda vital dapat membantu untuk mengetahui keadaan umum pasien.

2) Anjurkan pasien untuk banyak minum air (7-8 gelas/hari).

   Rasional : Peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan tubuh meningkat sehingga perlu di imbangi dengan asupan cairan yang banyak.

3) Beri kompres hangat.

   Rasional : Kompres hangat menyebabkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga terjadi perpindahan panas secara evaporasi.

4) Kolaborasi untuk pemberian antipiretik.

   Rasional : Diguinakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentralnya pada hypothalamus.

5) Kolaborasi untuk pemberian selimut pendingin.

   Rasional : Digunakan untuk mengurangi demam umumnya untuk demam yang lebih dari 39^0C-40^0C.

6) Berikan penjelasan mengenai penyebab demam atau peningkatan suhu.

   Rasional : Penjelasaan dapat mengurangi kecemasan yang timbul.

BAB III
TINJAUAN KASUS

Pasien Ny ”F” usia 29 tahun masuk di Rumah sakit Stella Maris Makassar pada tanggal 18 Maret 2020 dengan keluhan utama nyeri pada perut bagian kanan bawah. Pasien mengatakan nyeri dirasakan sejak 1 minggu yang lalu, namun pasien berpikir nyeri yang di rasakan hanyalah nyeri biasa. Namun sejak 2 hari yang lalu pasien mengatakan merasakan nyeri pada perut bagian bawah dengan skala 7 yang dirasakan seperti tertusuk–tusuk dan berlangsung terus menerus (10 menit). Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 Maret 2020 diperoleh data : Pasien mengatakan nyeri bekas operasi yang dirasakan pada (perut kanan bawah) dan nyeri dirasakan seperti tertusuk tusuk dengan skala nyeri 7 (nyeri berat) dan dirasakan hilang timbul (10 menit) memberat ketika miring kiri dan miring kanan. Pasien juga mengatakan semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga pasien karna masih merasa lemah dan masih terasa nyeri pada luka operasi bagian perut kanan bawah. Pasien mengatakan lebih suka makan makanan yang pedas seperti bakso dan dendeng sambal. Dilakukan pemeriksaan diagnostik USG pada tanggal 18 Maret 2020 di peroleh hasil dengan Hiperplalsie endometrial line (plano test?), Appendix sulit dievaluasi,Cairan bebas pada kanan bawah dan cairan bebas minimal pada morrions. Pemeriksaan Laboratorium WBC 12.60 10^3/µL, NEUT# 9.30 10^3/µL. Hasil tanda-tanda vital Tekanan Darah : 110/70 mmHg, Nadi : 78 x/menit, Suhu : 36,8ºC dan Pernapasan : 20 x/menit.

Masalah keperawatan yang ditemukan selama pasien di rawat antara lain : nyeri akut, hambatan mobilitas fisik di tempat tidur dan defisiensi pengetahuan.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji : - Theresia Lorenza Gowasa(E1714401043) - Yulianti Bemey (E1714401049)

Unit : Bernadeth III Autoanamnese :√

Kamar : 353 / 1 Alloanamnese :-

Tanggal masuk RS : 18 Maret 2020

Tanggal Pengkajian : 19 Maret 2020

1. Identitas
   a. Pasien
      Nama initial : Ny.“F”
      Umur : 29 tahun
      Jenis kelamin : Perempuan
      Status Perkawinan : Menikah
      Jumlah Anak : -
      Agama/Suku : Islam / Makassar
      Warga Negara : Indonesia
      Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
      Pendidikan : D III
      Alamat rumah : Jl. Galesong Utara
   b. Penanggung Jawab
      Nama : Tn. “D”
      Umur : 32 tahun
      Alamat : Jl. Galesong Utara
      Hubungan dengan pasien: Suami
2. Data Medik
   Diagnosa Medik
   Saat masuk : Akut Abdomen susp Appendisitis
   Saat pengkajin :Post Operasi Apendisitis (Laparatomi Explorasi Apendisitis)

3. Keadaan Umum

a. Keadaan Sakit

Pasien tampak sakit ringan/~~sedang~~/berat/tidaktampak sakit

Alasan : Tampak pasien sakit sedang, pasien tampak terbaring lemah di tempat tidur dengan ekspresi wajah meringis, pasien mengatakan nyeri pada perut sebelah kanan bawah dan nyeri seperti tertusuk - tusuk dengan skala 7 (berat) dan terjadi hilang timbul dan tampak pasien terpasang infus RL 500 ml (24 tetes/menit) pada tangan sebelah kiri.

b. Tanda-Tanda Vital

1) Kesadaran (Kualitatif) : Composmentis

Skala Koma Glasgow (Kuantitatif)

a) Respon motorik : 6

b) Respon bicara : 5

c) Respon membuka mata : 4

Jumlah : 15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan Darah : 110/70 mmHg

MAP : 83,3mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,8°c di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan : 20 x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradipnea ☐ Takipnea

☐ Kusmaull ☐ Cheynes-stokes

Jenis : ☑ Dada ☐ Perut

5) Nadi : 78x/menit

Irama : ☑ Teratur ☐ Bradikardi ☐ Takikardi

☑ Kuat ☐ Lemah

6) Pengukuran

a.) Lingkar lengan atas : -

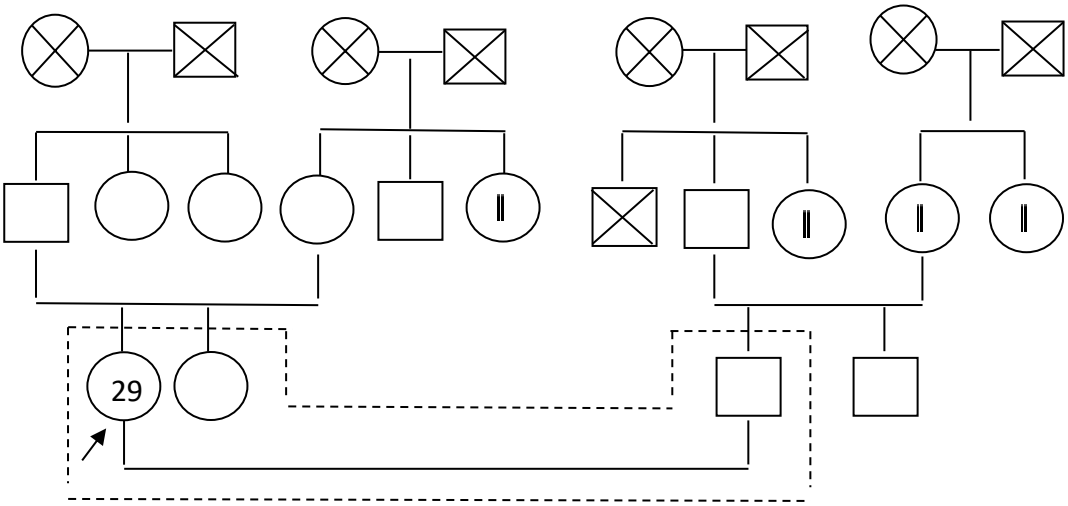
b.) Tinggi badan : 160cm

c.) Berat badan : 58 kg

d.) IMT (Indeks Massa Tubuh) : 22,65

Kesimpulan : Berat Badan Normal

7) Genogram



Keterangan

: Pria

: Wanita

: Tinggal Serumah

: Pasien

: Meninggal

4. Pengkajian Pola Kesehatan

a. Pola Persepsi Kesehatan dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan keadaan sehat sangat penting, dengan keadaan sehat kita dapat melakukan aktivitas kita sehari-hari. Pasien mengatakan jika ada waktu luang, pasien

menyempatkan diri untuk berolahraga. Pasien juga mengatakan jika batuk atau demam pasien biasa beli obat diapotek, jika tidak mengalami perubahan barulah pasien pergi ke poliklinik terdekat. Pasien juga mengatakan sering merasa nyeri pada perut sebelah kanan bawah, namun sering mengabaikannya, karna dia menganggap hanya sakit biasa.

2) Riwayat Penyakit Saat ini
   a) Keluhan utama : Nyeri pada daerah operasi (perut bagian kanan bawah)
   b) Riwayat keluhan utama

      Pasien mengatakan nyeri dirasakan sejak 1 minggu yang lalu, namun pasien berpikir nyeri yang di rasakan hanyalah nyeri biasa. Namun sejak 2 hari yang lalu pasien mengatakan merasakan nyeri pada perut bagian bawah dengan skala 7 yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk dan berlangsung terus menerus (3 menit). Pasien mengatakan mencoba mengurangi nyeri dengan cara mencoba untuk berbaring dan mencari posisi yang nyaman, namun karena nyeri yang dirasakan tak kunjung berkurang sehingga pasien dan keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit Stella Maris Makassar dan di lakukan operasi Laparatomi Explorasi Apendisitis. Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi penut kanan bawah, nyeri seperti tertusuk tusuk dengan skala nyeri 7 (nyeri berat) nyeri dirasakan hilang timbul (10 menit) memberat ketika miring kiri miring kanan. Tampak luka operasi tertutup verban.
   c) Riwayat penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit sekitar 10 tahun yang lalu dengan demam thypoid.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang megalami penyakit yang sama dengan yang dialami oleh pasien.

e) Pemeriksaan fisik

(1) Kebersihan rambut :Tampak bersih

(2) Kulit kepala :Tampak bersih, tidak ada ketombe

(3) Kebersihan kulit :Tampak kulit bersih tidak ada lesi

(4) Hygene rongga mulut : Tampak rongga mulut bersih

(5) Kebersihan genetalia : Tidak dikaji

(6) Kebersihan anus : Tidak dikaji

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan napsu makan pasien baik, dimana pasien makan 3 kali sehari dengan porsi yang dihabiskan yaitu sayur, nasi, dan ikan serta daging. Pasien mengatakan sangat menyukai makan makanan yang pedas. Pasien mengatakan minum air putioh ± 8 gelas perhari. Pasien mengatakan lebih suka makan makanan yang pedas seperti bakso dan dendeng sambal. Pasien mengatakan memiliki berat 56 Kg sebelum sakit.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan pasien mengalami penurunan napsu makan. Pasien mengatakan bahwa pasien hanya mampu mengahbiskan ½ porsi makanan yang disediakan dengan jenis makanan bubur, sup dan daging dan minum 5 -6 gelas perhari, pasien juga mengatakan jika makan pasien akan

memuntahkan makanannya kembali. Pasien mengatakan menyukai masakan – masakan pedas.

3) Observasi

Tampak pasien hanya mengahabiskan ½ makanan yang disediakan oleh rumah sakit.

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan rambut :Tampak bersih
b) Hidrasi kulit :Hidrasi kulit kembali 2 detik
c) Palpebra/conjungtiva :Tampaktidak edema/tampak tidak anemis
d) Sclera :Tampak tidak ikterik
e) Hidung :Tampak septum simetris kiri dan kanan
f) Rongga mulut :Tidak ada peradangan
g) Gusi :Tidak ada peradangan
h) Gigi :Tampak utuh
i) Gigi palsu :Tampak tidak ada
j) Kemampuan mengunyah keras :Tampak pasien mampu mengunyah keras
k) Lidah :Tampak kotor dan berwarna putih
l) Pharing :Tampak tidak ada peradangan
m) Kelenjar getah bening :Tampak tidak ada pembesaran
n) Kelenjar parotis :Tampak tidak ada pembesaran
o) Perut
   (1) Inspeksi :Bentuk datar tampak operasi pada daerah kanan bawah perut

(2) Auskultasi :Terdengar peristaltik usus 12x/menit

(3) Palpasi :Nyeri tekan pada daerah sekitar operasi sebelah kanan bawah

(4) Perkusi :Thympani

p) Kulit

(1) Edema : ☐ positif ☑ negatif

(2) Icterik : ☐ positif ☑ negatif

(3) Tanda-tanda radang : Tampak tidak ada peradangan

q) Lesi : Tampak tidak ada lesi

c. Pola Eliminasi

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien sebelum sakit BAB 2 hari sekali dengan konsistensi keras, berwarna kuning kecoklatan dan BAK ± 5x sehari dengan urine berwarna kuning jernih.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien sejak sakit BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek, berwarna coklat dan BAK 4 – 5 kali sehari (± 500 cc) dengan urine berwarna kuning pekat.

3) Observasi

Tampak BAK pasien berwarna kuning pekat ± 100cc

4) Pemeriksaan Fisik

a) Peristaltik usus : 12 x/menit

b) Palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong

c) Nyeri ketuk ginjal : ☐ positif ☑ negatif

d) Mulut uretra : Tidak dikaji

e) Anus :

(1) Peradangan : Tidak dikaji

(2) Hemoroid : Tidak dikaji

(3) Fistula : Tidak dikaji

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien bekerja sebagai pegawai di sebuah rumah sakit. Pasien mengatakan ia bekrja dari jam 07:00 hingga jam 14:30 sampai di rumah, kemudian istirahat, dan jika ada waktu senggang pasien selalu menyempatkan diri untuk berolahraga.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat melakukan aktivitasnya sehari–hari di karenakan nyeri bekas operasi yang dirasakan pada perut kanan bawah seperti tertusuk–tusuk dengan skala 7 (nyeri berat) dan terjadi hilang timbul (10 menit). Pasien juga mengatakan setelah operasi semua kebutuhannya dibantu oleh keluarga pasien karna masih merasa lemah dan masih terasa nyeri pada luka operasi bagian perut kanan bawah.

3) Observasi

Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur. Tampak semua aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat

a) Aktivitas harian :
   (1) Makan : 2
   (2) Mandi : 2
   (3) Pakaian : 2
   (4) Kerapihan : 2
   (5) Buang air besar : 2
   (6) Buang air kecil : 2
   (7) Mobilisasi di tempat tidur : 2

0 : Mandiri
1 :Bantuan dengan alat
2 :Bantuan orang
3 :Bantuan alat dan orang
4 : Bantuan penuh

b) Postur tubuh : Tampak tegap
c) Gaya jalan : Tidak dikaji
d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
e) Fiksasi : Tampak tidak menggunakan fiksasi
f) Tracheostomi : Tampak tidak ada

3) Pemeriksaan fisik

a) Tekanan darah

(1) berbaring : 110/70 mmHg

(2) duduk : Tidak dikaji

(3) berdiri : Tidak dikaji

Kesimpulan : Hipotensi ortostatik : positif [ ] negatif [√]

b) HR : 78 x/menit

c) Kulit

Keringat dingin : Tampak tidak ada

Basah : Tampak tidak ada

d) JVP : 5 – 2 cmH_2O

Kesimpulan : Pemompaan ventrikel jantung memadai

e) Perfusi pembuluh kapiler kuku : Kembali dalam 2 detik

f) Thorax dan pernapasan

(1) Inspeksi :

(a) Bentuk thorax :Tampak simetris kiri dan kanan

(b) Retraksi interkostal :Tampak tidak ada

(c) Sianosis :Tampak tidak ada

(d) Stridor :Tampak tidak ada

(2) Palpasi :

Vocal premitus :Getaran sama kiri dan kanan

(3) Perkusi : [√] sonor [ ] redup [ ] pekak

(4) Auskultasi :

(a) Suara napas : Vesicular

(b) Suara ucapan : Sama pada kiri dan kanan

(c) Suara tambahan : -

g) Jantung

(1) Inspeksi :

Ictus cordis : Tidak ada pembesaran

(2) Palpasi :

Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 linea

midclavicularis sinistra

(3) Perkusi :

(a) Batas atas jantung : ICS 2 linea sternalis sinistra

(b) Batas bawah jantung: ICS 4 linea midclavicularis sinistra

(c) Batas kanan jantung: ICS 5 linea sternalis dextra

(d) Batas kiri jantung :ICS 5 linea axillaris anterior sinistra

(4) Auskultasi :

(a) Bunyi jantung II A : Iregular ICS 2 linea sternalis dextra

(b) Bunyi jantung II P : Regular ICS 2 dan 3 linea sternalis sinistra

(c) Bunyi jantung I T : Regular ICS 4 linea sternalis sinistra

(d) Bunyi jantung I M : Regular ICS 5 linea medio clavicularis sinistra

(e) Bunyi jantung III irama gallop : Tidak ada

(f) Murmur : Tidak ada

(g) Bruit : Aorta : Tidak ada

(h) A. Renalis : Tidak ada

(i) A. Femoralis : Tidak ada

h) Lengan dan tungkai

(1) Atrofi otot : [ ] positif [√] negatif

(2) Rentang gerak :

(a) Kaku sendi :Tidak ada

(b) Nyeri sendi :Tidak ada

(c) Fraktur :Tidak ada

(d) Parese :Tdak ada

(e) Paralisis :Tidak ada

(3) Uji kekuatan otot :

	Kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

Keterangan :

Nilai 5 :Kekuatan penuh

Nilai 4 :Kekuatan kurang dibandingkan sisi yang lain

Nilai 3 :Mampu menahan tegak tapi tidak mampu melawan tekanan

Nilai 2 :Mampu menahan gaya gravitasi tapi dengan sentuhan akan jatuh

Nilai 1 :Tampak kontraksi otot, ada sedikit gerakan

Nilai 0 :Tidak ada kontraksi otot, tidak mampu bergerak

(4) Refleks fisiologis : Biceps (+), Triceps (+), Patella (+)

(5) Refleks patologis :

Babinski : Kiri : ☐ positif ☑ negatif

Kanan : ☐ positif ☑ negatif

(6) Clubbing jari-jari : Tidak ada

(7) Varises tungkai : Tidak ada

i) Columna vetebralis

(1) Inspeksi : Kelainan bentuk : Tidak ada

(2) Palpasi : Nyeri tekan : Tampak tidak ada

(3) Kaku kuduk : Tidak ada

e. Pola Tidur dan Istirahat

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidur pasien pada malam hari pukul 22:00 dan bangun pagi pukul 06:00. Pasien mengatakan kalau siang hari setelah pulang kerja pasien selalu meluangkan waktu untuk istirahat. Pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat tidur. Pasien mengatakan

merasa puas dengan waktu istirahat tersebut dan tidak mengalami gangguan tidur.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia sulit tidur. Pasien mengatakan pada malam hari jam tidurnya tidak menentu dan kurang nyenyak. Pasien mengatakan selalu terbangun saat malam hari dikarenakan gelisah saat tidur. Pasien mengatakan tidak merasa puas dengan waktu istirahat malam yang hanyak 3 – 4 jam.

3) Observasi

Ekspresi wajah mengantuk : ☐ positif ☑ negatif

Banyak menguap : ☐ positif ☑ negatif

Palpebra inferior berwarna gelap : ☐ positif ☑ negatif

f. Pola Persepsi Kognitif

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pada pendengaran dan penglihatan serta tidak ada masalah pada penciuman. Pasien mengatakan pasien mempunyai daya ingat yang baik.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit pasien tidak mengalami gangguan pada pendengaran dan penglihatan serta tidak ada masalah pada penciuman. Pasien mengatakan pasien mempunyai daya ingat yang baik. Pasien mengatakan merasakan nyeri pada perut bagian bawah dengan skala 7 yang dirasakan seperti tertusuk–tusuk dan berlangsung hilang timbul (3 menit). Pasien selalu mengatur posisi tidur yang nyamanuntuk mengurangi nyeri. Tampak semua kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga. Pasien tampak meringis bila bergerak.

3) Observasi

Tampak pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan

4) Pemeriksaan fisik
   a) Penglihatan :
      (1) Kornea : Tampak jernih
      (2) Pupil : Tampak isokor
      (3) Lensa mata : Tampak jernih
      (4) Tekanan intra okuler (TIO) : Tidak ada peningkatan tekanan intra okuler antara kiri dan kanan sama
   b) Pendengaran :
      (1) Pina : Tampak Simetris
      (2) Kanalis : Tampak Bersih
      (3) Membran Timpani : Tampak Utuh dan memantulkan cahaya
   c) Pengenalan rasa pada gerakan lengan dan tungkai : Dapat mengenal goresan pada lengan dan tungkai

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri
   1) Keadaan sebelum sakit

      Pasien merasa bangga dengan dirinya. Pasien adalah pribadi yang cerewet, humoris dan bersemangat.

   2) Keadaan sejak sakit

      Pasien mengatakan sejak sakit, pasien tidak bisa melakukan aktivitasnya seperti biasa.Pasien mengatakan ia merasa cemas dan takut akan penyakitnya.

   3) Observasi
      a. Kontak mata : Tampak penuh, melihat perawat berbicara
      b. Rentang perhatian : Tampak ada perhatian saat diajak bicara
      c. Suara dan cara berbicara : Jelas dan tidak ada kelainan
      d. Postur tubuh : Tampak tegap
   4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk / Postur tubuh : Tidak ada
c) Kulit : Tampak kulit bersih tidak ada lesi

h. Pola Peran dan Hubungan Dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien tinggal bersama suami dan adiknya. Pasien mengatakan bahwa ia merupakan seorang karyawan di sebuah ruamh sakit, dan ia merasa nyaman dengan profesi tersebut. Pasien mengatakan tidak pernah mengikuti kegiatan–kegiatan yang dilakukan di lingkungan sekitar rumahnya dikarenakan sibuk bekerja.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit hubungan dengan keluarga dan tetangga disekitarnya masih terjalin dengan baik. Pasien mengatakan bahwa ia sangat berharap semoga ia cepat sembuh dari penyakitnya dan dapat beraktifitas seperti biasa.

3) Observasi

Tampak pasien di dampingi oleh keluarganya.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum sakit
2) Pasien mengatakan usianya 29 tahun dan telah menikah. Pasien mengatakan ia mulai menstruasi pada umur 18 tahun. Pasien mengatakan bahwa ia memiliki siklus menstruasi yang tidak teratur.
3) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama sakit pasien tidak ada masalah pada alat reproduksinya.

4) Observasi

Tampak pasien tidak berperilaku yang menyimpang

5) Pemeriksaan fisik

Tidak dikaji.

j. Pola Mekanisme Koping dan Toleransi Terhadap Stres

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan jika ia stres akan pekerjaannya ia selalu menghilangkan stresnya dengan cara berjalan–jalan ke mall atau menonton tv di rumah.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia merasa takut, cemas dan gelisah dengan keadaannya saat ini. Pasien mengatakan ia ingin cepat sembuh sehingga ia dapat berkumpul lagi bersama keluaraganya dan dapat melakukan aktivitasnya seperti biasa.

3) Observasi

Ekspresi pasien tampak cemas dan gelisah, dan selalu bertanya–tanya tentang keadaannya, dan tampak pasien memegang daerah kanan bawah perut.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit ia selalu menyempatkan diri untuk sholat 5 waktu.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak bisa melakukan sholat 5 waktu dikarenakan kondisinya yang tidak memungkinkan. Pasien mengatakan selalu menyempatkan diri untuk berdoa di tempat tidurnya

3) Observasi

Tampak di samping tempat tidur pasienterdapat alquran.

5. UJI SARAF KRANIAL

a. N I Olfactorius

Tampak pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

b. N II Opticus

Tampak pasien tidak mampu membaca papan nama perawat dengan jarak 40 cm.

c. N III,IV,VI Oculomotoris, Trochlearis, Abduscens

Tampak pasien mampu menggerakan bola matanya ke segala arah. Pupil mengecil saat diberi cahaya, reflex akomodasi baik.

d. N V Trigeminus

Sensorik : Pasien mampu merasakan gesekan kapas di pipi sebelah kanan dan kiri, kening dan dagu dengan mata tertutup.

Motorik : Pasienmampu mengunyah dengan keras.

e. N VII Fascialis

Sensorik : Pasien mampu mengecap rasa manis saat diberi gula.

Motorik : Pasien mampu mengangkat alis, dan mengerutkan dahi.

f. N VIII Vestibulo - Acusticus

Vestibularis : Tidak dikaji

Akustikus : Pasien mampu mendengar gesekan jari perawat pada telinga kanan dan kiri.

g. N IX Glossopharyngeus

Pasien mampu menelan

h. N X Vagus

Tampak letak uvula berada di tengah.

i. N XI Accessorius

Pasien tidak mampu mengangkat bahu kiri namun pasien mampu mengangkat bahu kanan

j. N XII Hypoglossus

Pasien tidak mampu menjulurkan lidah kedepan dan mendorong lidah ke pipi kiri dan kanan.

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pemeriksaan :

Perut

Pasien UGD

Tgl.Registrasi : 18 – 03 – 2020

No.Registrasi :RD2003190084

No.RM : 00-48-36-81

Nama Pasien : Ny.”F”

Sex/Umur : P/29 tahun

Makassar, 18 Maret 2020

Pemeriksaan USG whole perut :

Kesan :

- Hepar, GB, lien, ginjal, VU echo normal
- Hiperplalsie endometrial line (plano test ?)
- Adnexa echo normal
- Appendix sulit dievaluasi
- Cairan bebas pada kanan bawah dan cairan bebas minimal pada morrions pouch. DD : app perforasi,KET

Nama	: Ny ”F”		
Umur	: 29 years	R. Perawatan	: UGD
Jenis Kelamin	: F	Kamar	: 5011
No.RM	: 00-48-36-81	Tgl/Jam	: 2020/03/18
No.Lab	: 194 508	Tipe Sampel	: Blood

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Normal
WBC	12.60	10^3/ µL	[4.8 – 10.2]
RBC	3.87	10^6/µL	[3.8 – 5.0]
HGB	12.0	g/dL	[12 – 15.5]
HCT	34.5	%	[37.0 – 47.0]
MCV	89.1	fL	[80 – 97]
MCH	31.0	Pg	[26 – 31]
MCHC	34.8	g/dL	[31.0 – 35.0]
PLT	312	10^3/µL	[130 – 400]
RDW-CV	12.4	%	[11.5 – 14.5]
PDW	9.8	fL	[9.0 – 13.0]
MPV	8.3	fL	[7.2 – 11.1]
P-LCR	12.6	%	[15 – 25]
NEUT%	73.4	%	[40 – 80]
LYM%	17.8	%	[10 – 50]
MXD%	8.8	%	[1 – 20]
NEUT#	9.30	10^3/µL	[1.5 – 7]
LYM#	2.20	10^3/µL	[1 – 3.7]
MXD#	1.1	10^3/µL	[0 – 1.2]

B. ANALISA DATA

Nama/ Umur : Ny. “F” / 29 tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth III / 353[2]

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : – Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi – Pasien mengatakan nyeri jika bergerak – Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk – Pasien mengatakan nyeri di bagian kanan bawah perut – Pasien mengatakan skala nyeri 7 (nyeri berat) – Pasien mengatakan nyeri hilang timbul (10 menit) Do : – Tampak pasien lemah – Tampak wajah pasien meringis – Luka operasi diverban pada perut bagian kanan bawah TTV : TD : 110/70 mmHg N : 78 x/menit S : 36ºc P : 20 x/menit	Agens cedera fisik	Nyeri akut
2	Ds : – Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas karena bila banyak bergerak pasien merasa	Keengganan memulai pergerakan	Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur

	nyeri – Pasien mengatakan bahwa aktivitas dan kebutuhannya di bantu oleh keluarga dan perawat Do : – Tampak pasien terbaring lemah – Tampak luka operasi dikuadran kanan bawah – Tampak kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga – Aktifitas harian 1. Makan : 2 2. Mandi : 2 3. Pakaian : 2 4. Kerapihan : 2 5. Buang air besar : 2 6. Buang air kecil : 2 7. Mobilisasi di tempat tidur : 2		
3	Ds : – Pasien mengatakan menyukai makanan pedas, baso dan dendeng sambal. – Pasien bertanya – tanya bagaimana keadaannya saat ini – Pasien mengatakan ia takut terhadap penyakitnya – Pasien negatakan sering merasakan nyeri pada badomen bagian kanan bawah, tapi sering mengabaikannya Do : – Tampak pasien bertanya tanya	Kurang sumber pengetahuan	Defisiensi pengetahuan

	tentang penyakitnya – Tampak pasien cemas – Tampak pasien tidak bisa tidur dengan tenang		

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny. “F” / 29 tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth III / 353²

No	Diagnosa keperawatan
1	Nyeri akut b/d agens cedera fisik (mis prosedur pembedahan)
2	Hambatan mobilitas fisik ditempat tidur b/d Keengganan memulai pergerakan
3	Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuan

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny. “F” / 29 tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth III / 353[2]

No	Diagnosa Keperawatan	Hasil yang diharapkan (NOC)	Intervensi keperawatan (NIC)
1	Nyeri akut b/d agens cedera fisik (mis prosedur pembedahan) yang ditandai dengan : Ds : – Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi seperti tertusuk tusuk – Pasien mengatakan intensitas nyeri skala 7 – Pasien mengatakan nyeri hilang timbul (10 menit) Do : – Tampak pasien lemah – Tampak wajah pasien meringis – Luka operasi diverban pada kuadran kanan bawah perut TTV : TD : 110/70 mmHg N : 78 x/menit S : 36ºc P : 20 x/menit	Setelah dilakukan tindakan 3 x 7 jam diharapkan pasien mampu memperlihatkan pengendalian nyeri dari yang selalu menjadi kadang – kadang dengan kriteria : – Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) – Melaporkan bahwa nyeri berkurang (skala 7 berkurang skala 3) dengan menggunakan manajemen nyeri – Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) – Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang dan ekspresi wajah pasien rilex	1. Kaji karakteristik nyeri (intensitas, durasi, dan lokasi) 2. Observasi TTV (tekanan darah, nadi, suhu, nadi, pernapasan) 3. Beri posisi yang nyaman sesuai dengan kebutuhan 4. Ajarkan teknik nonfarmakologi (Teknik relaksasi napas dalam) 5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik

2	Hambatan mobilitas fisik tidur b/d Keengganan memulai pergerakan ditandai dengan : Ds : – Pasien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas karena bila banyak bergerak pasien merasa nyeri – Pasien mengatakan bahwa aktivitas dan kebutuhannya di bantu oleh keluarga dan perawat Do : – Tampak pasien terbaring lemah – Tampak luka operasi dikuadran kanan bawah – Tampak kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga – Aktifitas harian 1. Makan : 2 2. Mandi : 2 3. Pakaian : 2 4. Kerapihan : 2 5. BAK :2 6. BAB : 2 7. mobilisasi di tempat tidur : 2	Setelah dilakukan tindakan 3 x 7 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik di tempat tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil : – Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas – Pasien dapar beraktivitas secara bertahap sampai mandiri – Kebutuhan pasien terpenuhi	1. Kaji tingkat kemampuan melakukan aktivitas 2. Ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali 3. Ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali 4. Libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien 5. Beri semangat kepada pasien bila dapat melakukan aktifitas

3	Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuan di tandai dengan : Ds : – Pasien mengatakan menyukai makanan pedas, baso dan dendeng sambal. – Pasien bertanya – tanya bagaimana keadaannya saat ini – Pasien mengatakan ia takut terhadap penyakitnya – Pasien negatakan sering merasakan nyeri pada badomen bagian kanan bawah, tapi sering mengabaikannya Do : – Tampak pasien bertanya tanya tentang penyakitnya – Tampak pasien cemas – Tampak pasien tidak bisa tidur dengan tenang	Setelah dilakukan perawatan 3 x 7 jam diharapkan defisiensi pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil : – Mampu mengetahui penyakitnya – Mampu mengetahu tanda dan gejala dari penyakitnya	1. Kaji tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakitnya 2. Jelaskan tentang penyakit yang di alami pasien (penyebab, faktor resiko, tanda dan gejala penyakit) 3. Anjurkan pada pasien untuk menghindari makan makanan yang pedas 4. Jelaskan pada pasien gaya hidup yang baik

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny. “F” / 29 tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth III / 353[2]

Hari / Tgl	Jam	No Dx	Implementasi	Perawat
Jumat 20/03/2020	08:00	I	Kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : – Omeprazole 1 flakon	Yulianti
	08:15	I	Mengkaji karakteristik nyeri (intensitas, durasi, dan lokasi) Hasil : – Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak – Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk – tusuk – Nyeri dibagian kanan bawah perut – Skala nyeri 7 – Nyeri yang dirasakan hilang timbul (10 menit)	Theresia
	08:45	I	Mengajarkan teknik nonfarmakologi (tarik napas dalam) Hasil : – Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam – Tampak ekspresi wajah pasien meringis	Yulianti

	09:00	II	Mengkaji tingkat kempuan pasien melakukan aktivitas Hasil : – Tampak pasien tidak mampu melakukan aktivitas di tempat tidur – Pasien mangatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga	Yulianti
	09:15	II	Memberikan posisi yang nyaman Hasil : – Klien tampak berbaring di tempat tidur, dengan posisi – semi fowler	Theresia
	09:30	II	Mengubah posisi pasien minimal 2 jam sekali – tampak pasien berbaring dengan posisi terlentang	Theresia
	10:00	III	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/70 mmHg N : 80 x/menit S : 36,6 ºc P : 19 x/ menit	Yulianti
	10:15	III	Mengidentifikasi kemungkinan penyebab penyakit Hasil : – Pasien mengatakan lebih suka makan makanan yang	Theresia

			pedas seperti bakso dan dendeng sambal.	
	10:30	III	Mengubah posisi pasien minimal 2 jam sekali Hasil : – Tampak pasien miring kiri	Theresia
	11:00	II	Kaji tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakit Hasil : – Pasien mengatakan tidak terlalu mengerti tentang penyakitnya	Yulianti
	11:30	III	Menjelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit Hasil : – Tampak pasien mendengarkan penjelasan yang diberikan	Yulianti
	12:00	I	Kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : – Keterolac 1 ampul – Cefoperazone 1 gram – Asam Traneksamat 1 ampul	Theresia
	13:10	I II	Menjelaskan pada pasien untuk makan makanan yan tinggi protein Hasil : – Tanpak pasien	Theresia

			mendengarkan dan sesekali mengangguk	
	13:15	III	Anjurkan pada pasien untuk menghindari makanan yang pedas Hasil : – Tampak pasien mengangguk	Yulianti
	13:20	II	Mengkaji tingkat kempuan pasien melakukan aktivitas Hasil : 1. Makan : 2 2. Mandi : 2 3. Pakaian : 2 4. Kerapihan : 2 5. BAK :2 6. BAB : 2 7. mobilisasi di tempat tidur : 2	Yulianti
	13:30	I	Mengkaji karakteristik nyeri (intensitas, durasi, dan lokasi) Hasil : – Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak – Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk – tusuk – Nyeri dibagian kanan bawah perut – Skala nyeri 6 – Nyeri yang dirasakan hilang timbul (7 menit)	Theresia

	13:40	III	Mengkaji tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakit Hasil : – Pasien mengatakan tidak terlalu mengerti tentang penyakitnya	Theresia
Sabtu 21/03/2020	14:00	I	Memberikan posisi yang nyaman Hasil : – Klien tampak berbaring di tempat tidur, dengan posisi semi fowler	Yulianti
	14:10	II	Mengubah posisi pasien minimal 2 jam sekali Hasil : – Tampak pasien berbaring terlentang	Theresia
	14:30	III	Menganjurkan pasien untuk menghindari makan makanan yang pedas Hasil : – Tampak pasien mengangguk	Yulianti
	14:40	III	Menjelaskan pada pasien untuk makan makanan yan tinggi protein Hasil : – Tampak pasien mengangguk	Theresia
	15:00	I	Mengkaji karakteristik nyeri (intensitas, durasi, dan lokasi) Hasil :	Theresia

			– Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak – Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk – tusuk – Pasien mengatakan nyeri dibagian kanan bawah perut – Skala nyeri 4 – Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul (4 menit)	
	15:20	I	Mengajarkan teknik nonfarmakologi (tarik napas dalam) Hasil : – Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam – Tampak eskpresi wajah pasien meringis	Yulianti Theresia
	16:00	I	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/70 mmHg N : 76 x/menit S : 36,5 ºc P : 20 x/menit	Yulianti
	16:30	II	Mengubah posisi pasien minimal 2 jam sekali Hasil : – Tampak pasien miring kiri	Theresia
	17:00	II	Mengkaji tingkat kempuan pasien	

			melakukan aktivitas Hasil : – Tampak pasien mampu melakukan aktivitas di tempat tidur – Pasien mangatakan sebagian aktivitas pasien dibantu keluarga	Yulianti
	17:30	III	Kaji tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakit Hasil : – Pasien mengatakan mulai mengerti tentang penyakitnya	Theresia
	18:00	III	Menjelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit Hasil : – Tampak pasien mendengarkan penjelasan yang diberikan	Yulianti
	18:30	II	Mengubah posisi pasien minimal 2 jam sekali Hasil : – Tampak pasien miring kiri	Theresia
	19:10	III	Kaji tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakit Hasil : – Pasien mengatakan mulai mengerti tentang penyakitnya	Yulianti

	19:20	II	Mengkaji tingkat kempuan pasien melakukan aktivitas Hasil : 1. Makan : 0 2. Mandi : 2 3. Pakaian : 2 4. Kerapihan : 0 5. BAK :2 6. BAB : 2 7. mobilisasi di tempat tidur : 0	
	20:00	I	Kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : – Keterolac 1 ampul – Asam Traneksamat 1 ampul	Theresia
	20:10	I	Mengkaji karakteristik nyeri (intensitas, durasi, dan lokasi) Hasil : – Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak – Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk – tusuk – Nyeri dibagian kanan bawah perut – Skala nyeri 4 – Nyeri yang dirasakan hilang timbul (4 menit)	Theresia
	20:30	III	Mengkaj tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakit Hasil :	Yulianti

			– Pasien mengatakan mulai mengerti tentang penyakitnya	
Minggu 22/03/2020	08:00	I	Kolaborasi dalam pemberian obat Hasil : – Omeprazole 1 flakon	Theresia
	08:30	I	Memberikan posisi yang nyaman Hasil : – Klien tampak berbaring di tempat tidur, dengan posisi semi fowler	Yulianti
	09:00	II	Mengkaji tingkat kempuan pasien melakukan aktivitas Hasil : – Tampak pasien mampu melakukan aktivitas di tempat tidur	Theresia
	09:30	I	Mengkaji karakteristik nyeri (intensitas, durasi, dan lokasi) Hasil : – Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak – Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk – tusuk – Pasien mengatakan nyeri dibagian kanan bawah perut – Pasien mengatakan skala nyeri 3 – Pasien mengatakan nyeri	Yulianti

			yang dirasakan hilang timbul	
	09:45	I	Mengajarkan teknik relaksasi Hasil : – Pasien mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam – Tampak ekspresi wajah pasien rileks	Theresia
	10:00	I	Mengobservasi TTV Hasil : TD : 110/70 mmHg N : 78 x/menit S : 36,5 ºc P : 20 x/menit	Yulianti
	10:10	III	Kaji tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakit Hasil : – Pasien mengatakan mengerti tentang penyakitnya	Theresia
	10:25	III	Menjelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit Hasil : – Tampak pasien mendengarkan penjelasan yang diberikan	Yulianti
	10:45	II	Mengkaji tingkat kempuan pasien melakukan aktivitas	Theresia

			Hasil : 1. Makan : 0 2. Mandi : 0 3. Pakaian : 0 4. Kerapihan : 0 5. BAK :0 6. BAB : 0 7. mobilisasi di tempat tidur : 0	
	10:55	I	Mengkaji karakteristik nyeri (intensitas, durasi, dan lokasi) Hasil : – Nyeri dibagian kanan bawah perut – Skala nyeri 3 (nyeri ringan)	
	11:10	III	Mengkaji tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakit Hasil : – Pasien mengatakan mulai mengerti tentang penyakitnya	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama/ Umur : Ny. “F” / 29 tahun

Ruang/ Kamar : Bernadeth III / 353²

Tanggal	Evaluasi SOAP	Nama Perawat
20 Maret 2020	DP. I : Nyeri akut b/d agens cedera fisik S : – Pasien mengatakan nyeri pada saat bergerak – Pasie mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk – tusuk – Pasie mengatakan nyeri dibagian kanan bawah perut – Pasie mengatakan skala nyeri 6 (nyeri sedang) – Pasie mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul (6 menit) O : – Ttv : TD : 110/70 mmHg N : 80 x/menit S : 36,6ºC P : 19 x/menit – Tampak keadaan umum pasien lemah – Tampak pasien meringis A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : – Kaji karakteristik nyeri (intensitas, durasi,	Theresia Yulianti

	dan lokasi) – Observasi TTV (tekanan darah, nadi, suhu, nadi, pernapasan – Beri posisi yang nyaman sesuai dengan kebutuhan – Ajarkan teknik nonfarmakologi – Kolaborasi dengan dokter DP.II : Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur b/d Keengganan memulai pergerakan S : – Pasien mangatakan semua aktivitas pasien dibantu keluarga dan perawat O : – Tampak keadaan umum pasien lemah – Tampak pasien tidak mampu melakukan aktivitas di tempat tidur – Aktifitas harian 1. Makan : 2 2. Mandi : 2 3. Pakaian : 2 4. Kerapihan : 2 5. BAK :2 6. BAB : 2 7. mobilisasi di tempat tidur : 2 A : Hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : Lanjutkan intervensi : – Kaji tingkat kemampuan melakukan aktivitas – Ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali – Libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien	

	– Beri semangat kepada pasien bila dapat melakukan aktivitas DP.III : Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuan S : – Pasien mengatakan tidak terlalu mengerti tentang penyakitnya O : – Tampak keadaan umum pasien lemah – Tampak pasien mendengarkan penjelasan yang diberikan A : Defisiensi pengetahuan belum teratasi P : lanjutkan intervensi : – Kaji tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakitnya – Kenali pengetahuan pasien mengenai penyakitnya – Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit – Edukasi pasien mengenai tindakan mengontrol / meminimalkan gejala	
21 Maret 2020	DP. I : Nyeri akut b/d agens cedera fisik (mis prosedur pembedahan) S : – Pasien mengatakan mengatakan nyeri pada saat bergerak – Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti tertusuk – tusuk – Pasien mengatakan nyeri dibagian kanan bawah perut	Theresia Yulianti

	– Pasien mengatakan skala nyeri 4 – Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul (4 menit) O : – Ttv : TD : 110/70 mmHg N : 76 x/menit S : 36,5ºC P : 20 x/menit – Tampak keadaan pasien mulai membaik – Tampak pasien meringis A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi : – Kaji karakteristik nyeri (intensitas, durasi, dan lokasi) – Observasi TTV (tekanan darah, nadi, suhu, nadi, pernapasan – Beri posisi yang nyaman sesuai dengan kebutuhan – Ajarkan teknik nonfarmakologi – Kolaborasi dengan dokter DP.II : Hambatan mobilitas fisik b/d Keengganan memulai pergerakan S : – Pasien mangatakan sebagian aktivitas pasien dibantu keluarga O : – Tampak keadaan umum pasien mulai membaik – Tampak pasien mampu melakukan aktivitas di tempat tidur	

	– Aktifitas harian 1. Makan : 0 2. Mandi : 2 3. Pakaian : 2 4. Kerapihan : 0 5. BAK :2 6. BAB : 2 7. mobilisasi di tempat tidur : 0 A : Hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi : – Kaji tingkat kemampuan melakukan aktivitas – Ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali – Libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien – Beri semangat kepada pasien bila dapat melakukan aktivitas DP.III : Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuan S : – Pasien mengatakan mulai mengerti tentang penyakitnya O : – Keadaan umum pasien mulai membaik – Tampak pasien mendengarkan penjelasan yang diberikan A : Defisiensi pengetahuan teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi : – Kaji tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakitnya	

	– Kenali pengetahuan pasien mengenai penyakitnya – Jelaskan tanda dan gejala yang umum dari penyakit – Edukasi pasien mengenai tindakan mengontrol / meminimalkan gejala	
22 Maret 2020	DP. I : Nyeri akut b/d agens cedera fisik (mis prosedur pembedahan) S : – Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang skala nyeri 3 (nyeri ringan) O : – Ttv : TD : 110/70 mmHg N : 78 x/menit S : 36,5ºC P : 20 x/menit – Tampak keadaan umum baik – Tampak pasien rileks A : Nyeri akut teratasi P : hentikan intervensi : DP.II : Hambatan mobilitas fisik b/d Keengganan memulai pergerakan S : – Pasien mangatakan sudah bisa melakukan aktivitas mandiri O : – Tampak keadaan umum pasien baik – Tampak pasien melakukan aktivitas di	Theresia Yulianti

	tempat tidur – Aktifitas harian 1. Makan : 0 2. Mandi : 0 3. Pakaian : 0 4. Kerapihan : 0 5. BAK :0 6. BAB : 0 7. mobilisasi di tempat tidur : 0 A : Hambatan mobilitas fisik teratasi P : hentikan intervensi DP.III : Defisiensi pengetahuan b/d kurang sumber pengetahuan S : – Pasien mengatakan mengerti tentang penyakitnya O : – Tampak keadaan umum pasien baik – Tampak pasien mendengarkan penjelasan yang diberikan A : Defisiensi pengetahuan teratasi P : hentikan intervensi	

G. DAFTAR OBAT

1. Nama obat : Omeprazole
   Klasifikasi/ golongan obat : Generik
   Dosis umum : 40 mg
   Dosis untuk pasien yang bersangkutan : 1 flc / 8 jam

Cara pemberian obat : IV

Mekanisme kerja dan fungsi obat :

- Pengobatan jangka pendek tukak usus dan tukak lambung, refluks esofagitis yang erosis. Pengobatan jangka panjang sindrom Zollinger-Ellison.

Kontra indikasi :

- Penderita yang hipersensitif/ alergi terhadap tiamfenikol
- Penderita depresi sumsum tulang diskrasia darah.
- Wanita hamil dan menyusui.

Efek samping :

Reaksi hipersensitif/ alergi, gangguan salura pencernaan (mual, muntah, diare), sariawan, glositis, ensefalopati, depresi mental, sakit kepala, dan otot oksisitas, dan anemia hemoliti

2. Nama obat : Cefoperazone

   Klasifikasi/ golongan obat : Antibiotik

   Dosis umum : 2-4 gram/hari

   Dosis untuk pasien bersangkutan : 1gram/ 12 jam

   Cara pemberian obat : IV

   Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   - Digunakan untuk mengatasi infeksi akibat bakteri tertentu

   Kontra indikasi :

   - Jangan gunakan obat Cefoperazone pada pasien yang hipersensitif terhadap antibiotik sefalosporin.
   - Hati-hati penggunaan pada ibu hamil dan menyusui.
   - Hati-hati penggunaan obat ini pada anak-anak karena efektivitas belum dibuktikan.

   Efek samping :

   - Diare
   - Penurunan neutrofil
   - Pengurangan hemoglobin dan hematokrit
   - Hipoprotrombinemia
   - Penurunan kadar alkali fosfatase, SGOT, dan SGPT
   - Reaksi alergi

3. Nama obat : Keterolac

   Klasifikasi/ golongan obat : Obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS)

   Dosis umum : 10 mg

   Dosis untuk pasien bersangkutan : 1 ampul/ 8 jam

   Cara pemberian obat : IV

   Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   - Digunakan setelah operasi atau prosedur medis yang bisa menyebabkan nyeri

   Kontra indikasi :

   - Jika sedang hamil, menyusui, atau berencana untuk hamil saat akan mengonsumsi ketorolac.
   - Sebaiknya tidak di berikan kepada pasien radang usus, seperti kolitis ulseratif atau penyakit Crohn.
   - Sebaiknya tidak di berikan kepada pasien diabetes, hipertensi (darah tinggi), penyakit ginjal, dan penyakit liver.

   Efek samping :

   - Sakit perut, mual atau muntah ringan, diare, konstipasi
   - Heartburn ringan, nyeri perut, kembung
   - Pusing, sakit kepala, mengantuk
   - Berkeringat; atau
   - Telinga berdenging

4. Nama obat : Asam Traksamat

   Klasifikasi/ golongan obat : Antifibrinolitik

   Dosis umum : 10 mg

   Dosis untuk pasien bersangkutan : 1 ampul/8 jam

   Cara pemberian obat : IV

   Mekanisme kerja dan fungsi obat :

   - Bekerja dengan cara menghambat hancurnya bekuan darah yang sudah terbentuk, sehingga perdarahan tidak terus terjadi
   - Namun bisa juga digunakan untuk mimisan, gusi berdarah, hifema atau perdarahan pada mata, perdarahan pasca operasi, dan hereditary angioedema, yaitu kelainan genetik yang mengakibatkan pembengkakan di bawah kulit.

   Kontra indikasi :

   - Obat ini tidak boleh digunakan selama menyusui.

   Efek samping :

   - Sakit kepala.
   - Nyeri otot dan sendi.
   - Hidung tersumbat.
   - Nyeri perut.
   - Nyeri punggung.
   - Mual dan muntah.
   - Diare
   - Lemas.
   - Anemia.
   - Migrain.
   - Pusing.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini, penulis akan membahasa mengenai kesenjangan yang diperoleh dari hasil perawatan yang di lakukan selama 3 hari, dengan membandingkan tinjauan teoristis dengan kasus nyata pada Ny "F" dengan Post Op Appendisitis di ruang perawatan "Bernadeth II" RS Stella Maris Makassar.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pada tahap awal semua data informasi tentang pasien yang di bituhkan, di kumpulkan untuk membantu merumuskan diagnosa keperawatan yang sesuai. Penulis memperoleh data dari beberapa sumber dari pasien, catatan medis, serta hasil pengamatan langsung pada pasien.

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny "F" diketahui pasien masuk di rumah sakit pada tanggal 18 Maret 2020 dengan diagnosa Akut Abdomen Susp Appendisitis. Saat pengkajian dilakukan pada tanggal 19 Maret 2020 di dapatkan data pasien mengatakan nyeri dirasakan sejak 1 minggu yang lalu, namun pasien berpikir nyeri yang di rasakan hanyalah nyeri biasa. Namun sejak 2 hari yang lalu pasien mengatakan merasakan nyeri pada perut bagian bawah dengan skala 7 yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk dan berlangsung terus menerus (3 menit). Pasien mengatakan mencoba mengurangi nyeri dengan cara mencoba untuk berbaring dan mencari posisi yang nyaman, namun karena nyeri yang dirasakan tak kunjung berkurang sehingga pasien dan keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit Stella Maris Makassar dan di lakukan operasi Laparatomi Explorasi Apendisitis.

Menurut buku Epidemologi Penyakit Tidak Menular (Masriadi, 2016) pola kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi yang akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semua ini akan mempermudah timbulnya apendisitis. Ciri – ciri dari appendisitis yaitu adanya nyeri pada perut kanan bawah, mual dan muntah, penurunan napsu makan. Menurut penelitian teori ini mendukung kasus yang terjadi pada Ny “F” dmna Ny “F” mengalami keluhan yang sama.

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi penut kanan bawah, nyeri seperti tertusuk tusuk dengan skala nyeri 7 (nyeri berat) nyeri dirasakan hilang timbul (10 menit) memberat ketika miring kiri miring kanan. Tampak luka operasi tertutup verban. Menurut (PPNI, 2016) beberapa penyebab terjadinya nyeri akut seperti agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Menurut (Haryono, 2012) pada pasien pasca operasi apendiktomi mengalami nyeri akut yang berhubungan dengan agen injuri fisik (insisi pembedahan pada apendiktomi).

Sejak sakit pasien merasa takut, cemas dan gelisah dengan keadaannya saat ini, pasien juga selalu bertanya – tanya tentang keadaannya. Setalah operasi pasien tidak dapat melakukan aktifitasnya di karenakan nyeri pada perut kanan bawah sehingga semua kebutuhannya di bantu oleh keluarga dan perawat. Tampak pasien terbaring lemah di tempat tidur, tampak semua aktifitas pasien seperti makan, mandi, pakaian, kerapihan, buang air besar, buang air kecil, mobilisasi ditempat tidur di bantu oleh keluarga dan perawat.

Dilakukan pemeriksaan diagnostik USG pada tanggal 18 Maret 2020 di peroleh hasil dengan Hiperplalsie endometrial line (plano test?), Appendix sulit dievaluasi, Cairan bebas pada kanan bawah dan cairan bebas minimal pada morrions. Pemeriksaan Laboratorium WBC 12.60 10^3/µL, NEUT# 9.30 10^3/µL. Hasil dari pemeriksaan tersebut menunjukkan bahwa adanya peningkatan pada WBC dan NEUT# yang mengindikasi bahwa adanya infeksi pada tubuh. Pada tinjauan kasus obat yang diberikan yaitu omeprazole, keterolac, cefoperazone dan asam traneksamat.

Berdasarkan dari data pengamatan diatas, menunjukkan tidak ada kesenjangan antara diagnosis yang biasa muncul pada penyakit Post Operasi Appendisitis dengan kasus yang diangkat penulis karena sebagian besar tanda dan gejala yang dialami pasien terdapat pada tinjauan teoristis.

Berdasarkan data pengamatan dari kasus di atas, menunjukkan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus yang terjadi di Rumah Sakit. Bedasarkan pengkajian 11 pola gordon maka ada beberapa yang bermasalah yaitu : pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola aktifitas dan latihan, pola persepsi konsep diri.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus Ny “F” penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik. Penulis mengangkat diagnosa ini sebagai diagnosa prioritas karena di dapatkan data data dari pasien yaitu pasien mengeluh nyeri bekas operasi pada perut bagian sebelah kanan dengan skala 7 (nyeri berat) dan nyeri terjadi hilang timbul (10 menit) dan memberat jika bergerak. Tampak pasien lemah,tampak wajah

pasien meringis, tampak luka operasi diverban pada perut bagian kanan bawah

2. Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan keengganan memulai pergerakan. Penulis mengangkat diagnosa ini karena pada pasien di dapatkan tanda dan gejala seperti pasien tampak lemah, tampak luka operasi di kuadran kanan bawah, tampak kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga serta pasien mengeluh nyeri jika bergerak. Tampak pasien terbaring lemah, tampak luka operasi dikuadran kanan bawah, tampak kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga
3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan. Diagnosa ini di dukung oleh adanya data saat pengkajian pasien sering mengabaikan nyeri yang di rasakannya, pasien mengatakan ia takut terhadap penyakitnya , pasien juga seing bertanya tanya tentang penyakitnya, dan pasien juga mengatakan suka mengonsumsi makanan yang pedas, baso dan dendeng sambal. Tampak pasien bertanya tanya tentang penyakitnya, tampak pasien cemas, tampak pasien tidak bisa tidur dengan tenang.

Adapun beberapa diagnosa pada tinjauan teori tidak di angkat dalam tinjauan kasus seperti :

1. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis. Penulis tidak mengangkat diagnosa ini karena saat pengkajian pola nutrisi dan metabolik pasien masih dalam batas normal dimana pasien tidak mengalami penurunan berat badan dimana IMT (Indeks Massa Tubuh) masih ideal.

2. Hipertermi berhubungan dengan penyakit. Penilus tidak mengangkat diagnosa ini karena saat pengkajian penulis tidak ada peningkatan suhu tubuh pada pasien.

C. Intervensi Keperawatan

Setelah proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.

   Penulis membuat beberapa intervensi yaitu : Kaji karakteristik nyeri (intensitas, durasi, dan lokasi), observasi TTV (tekanan darah, nadi, suhu, nadi, pernapasan), beri posisi yang nyaman sesuai dengan kebutuhan, ajarkan teknik nonfarmakologi (Teknik napas dalam), kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgetik.

2. Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan keengganan memulai pergerakan.

   Penulis membuat beberapa intervensi yaitu : Kaji tingkat kemampuan melakukan aktivitas, Ubah posisi pasien minimal 2 jam sekali, libatkan keluarga dalam memenuhi kebutuhan pasien, beri semangat kepada pasien bila dapat melakukan aktifitas.

3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan.

   Penulis membuat beberapa intervensi yaitu : Kaji tingkat pengetahuan pasien dengan proses penyakitnya, jelaskan tentang penyakit yang dialami pasien (penyebab, faktor, dan tanda gejala penyakit) kenali pengetahuan pasien mengenai penyebab penyakitnya, jelaskan pada pasien gaya hidup

yang baik, anjurkan pada pasien untuk menghindari makanan yang pedas.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaaksanaan rencana tindakan/ intervensi yang telah ditentukan sesuai dengan masalah dan kondisi pasien sehigga masalah dapat teratasi. Penulis melaksanakan implementasi sesuai dengan yang telah ditetapkan :

1. Pada masalah keperawatan pertama mengenai nyeri akut, semua intervensi yang di susun dapat di implementasikan selama ± 3 hari
2. Pada masalah keperawatan kedua hambatan mobilitas fisik di tempat tidur, semua intervensi yang di susun dapat di implementasikan selama ± 3 hari
3. Pada masalah keperawatan ketiga mengenai defisiensi pengetahuan, semua intervensi yang di susun dapat di implementasikan selama ± 3 hari

E. Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik dengan analisa evaluasi masalah teratasi pada hari 3 dimana pasien mengatakan nyeri sdh berkurang dengan skala nyeri 3 (nyeri ringan) tampak eskpresi pasien rileks.
2. Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur berhubungan dengan keengganan memulai pergerakan dengan analisa eveluasi masalah teratasi pada hari ke 3, pasien menatakan sudah bisa melakukan aktifita secara mandiri, tampak pasien melakukan aktifitas di tempat tidur dan pasien sudah bisa melakukan aktifitas seperti makan, mandi, pakaian, kerapihan, buang air besar, buang air kecil, dan mobilisasi secara mandiri sehingga intervensi dihentikan.

3. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan dengan analisa evaluasi masalah teratasi pada hari ke 3 pasien mengatakan mengerti tentang penyakitnya sehingga intervensi dihentikan.

BAB V
KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah membahas teori dan merepkan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan pada Ny “F” dengan Post Operasi Appendisitis di ruang keperawatan Bernadeth II Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis membuat kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat demi pengembangan dan peningkatan pelayanan pasien khususnya Post Oprasi Appendisitis.

A. Kesimpuan

Berdasarkan pengkajian data, penulis dapat membandingkan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus dilapangan. Mengenai asuhan keperawatan pada Ny “F” dengan Post Operasi Appendisitis di ruang Bernadeth II di RS Stella Maris Makassar, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks).
2. Metode yang digunakan dalam menyelesaikan masalah yang timbul adalah pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, impelementasi, dan evaluasi.
3. Dari hasil pengkajian yang didapatkan dari Ny “F”, maka diagnosa keperawatan yang di tetapkan antara lain :
    a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik
    b. Hambatan mobilitas fisik di tempat tidur

berhubungan dengan keengganan memulai pergerakan

c. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan.

4. Dari rencana tindakan yang di susun penulis telah melaksanakan semuanya. Dalam pelaksanaannya penulis bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya.

5. Setelah 3 hari mengimplementasikan asuhan keperawatan pada pasien Ny “F” maka diperoleh hasil evaluasi dari diagnosa keperawatan yaitu : nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik teratasi, hambatakn mobilitas fisik ditempat tidur berhubungan dengan keengganan memulai pergerakan teratasi, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang sumber pengetahuan teratasi.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka penulis menyampaikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan-pelayanan yang ditujukan :

1. Bagi pasien atau keluarga

   Untuk mencegah terjadinya appendisitis yang berulang, dianjurkan kepada pasien dan keluarga agar mampu menjaga kondisi badan supaya tetap sehat, bugar dan menjaga daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup, batasi mengonsumsi makanan pedas, serta menganjuran kepada pasien untuk istirahat di rumah dan menghindari aktifitas yang berat selama

pemulihan.

2. Bagi institusi rumah sakit

   Pihak RS diharapkan selalu diharapkan memperhatikan mutu pelayanan dalam hal ini perawat kontinyu melakukan edukasi keperawatan pada pasien stroke selama mengalami perawatan di RS, sehingga pada waktu pulang ke rumah, pasien bisa melakukan apa yang telah didapatkan pada penyuluhan di RS.

3. Bagi perawat

   a. Hendaknya tetap mempertahankan dan meningkatkan asuhan keperawatan yang komprehensif agar perawatan yang diberikan membawa hasil yang baik dan memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, masyarakat dan perawat itu sendiri.
   b. Hendaknya selalu memperhatikan hal-hal yang bersifat subyektif dan objektif agar pasien dan keluarga merasa diperhatikan oleh perawat dan merasa tidak terabaikan.

4. Bagi mahasiswa (i)

   Bagi mahasiswa (i) untuk lebih meningkatkan intervensi serta pelaksanaan yang tepat bagi pasien stroke sesuai dengan teori yang didapatkan dibangku perkuliahan demi membantu meningkatkan kesehatan pawien serta diharapkan juga dapat mengadakan pembaharuan melalui pendidikan tinggi keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

Baughman, D. &. (2016). *Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta: EGC.[diakses 23 April 2020]

Depkes, R. (2013). *Profil Kesehatan Indonesia.* Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementrian KesehaBadan Penelitian dan pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan RI. [diakses 21 April 2020]

Harianto, A. R. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah 1 dengan diagnosis NANDA internasional.* Jogjakarta: Ar-Ruzz Media. [diakses 30 Maret 2020]

Haryono, R. (2012). *Keperawatan Medical Bedah Sistem Pencernaan.* Yogyakarta: Gosyen Publisher. [diakses 10 April]

Kusuma, N. &. (2015). *AplikasiI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA.* Jogjakarta: MediAction.[diakses 10 April]

Marisa, H. I. (2012). *Batas Angka Lekosit Antara Appendisitis Akut dan Appendisitis Perforasi*. Dipetik Maret 24, 2020, dari Jurnal Kedokteran Muhammadiyah: http://www:jurnal.unimus.ac.id

Masriadi. (2016). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular.* Jakarta: Trans Info Media.[diakses 15 April 2020]

Muttaqin, A. &. (2013). *Gangguan Gastrointestinal AplikasiAsuhan Keperawatan Medikal Bedah.* Jakarta: Salemba Medika.[diakses 23 April 2020]

Noor, J. (2011). *Metodologi Penelitian.* Jakarta: Prenada Media Group.

Omari, e. a. (2014). Acute appendicitis in the elderly. *risk factors for perforation (Yordania)*, 1 - 6. [30 Maret 2020]

Suddarth, B. &. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah.Edisi 8. Volume 2.* Jakarta: EGC. [diakses 20 April]

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Theresia Lorenza Gowasa NIM : E1714401043

Yulianti Bemey NIM : E1714401049

Judul : Post Operasi Appendisitris

Pembimbing : Felisima Ganut,S.Kep.,Ns

NO	Hari/Tgl	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf pembimbing
1	Kamis 26-03-2020	BAB III Pengkajian dan analisa data	1. Perbaiki dan lengkapi 11 pola gordon, dan analisa data	
2	Senin 30-03-2020	BAB I dan III	1. ACC pengkajian, Perbaikan analisa data dan intervensi 2. Tambahkan sumber reverensi	
3	Selasa 21-04-2020	Bab I dan II BAB II dan III	1. Bab I ACC, Bab II Perbaiki anatomi fisiologi 2. ACC bab II, bab III perbaiki intervensi	
4	Selasa 02-05-2020	BAB III	1. ACC intervensi, perbaiki implementasi dan evaluasi	
5	Rabu 06-05-2020	BAB III	1. Perbaiki implementasi dan evaluasi	
6	Senin 11-05-2020	Bab III	ACC Bab III	

7	Kamis 28-05-2020	Bab IV Pembahasan kasus	1. Pengkajian 2. Diagnosa 3. Intervensi 4. Evaluasi	
8	Jumat 29-05-2020	Bab V Penutup	1. Simpulan 2. Saran	
9	Senin 01-06-2020	Daftar pustaka	Daftar pustaka	
10	Rabu 10-06-2020	Bab 1-5 Sampul sampai daftar pustaka	ACC	