

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.I DENGAN  
PRE DAN POST OP APENDISITIS DI RUANG  
BAITUSSALAM 1  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
Memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

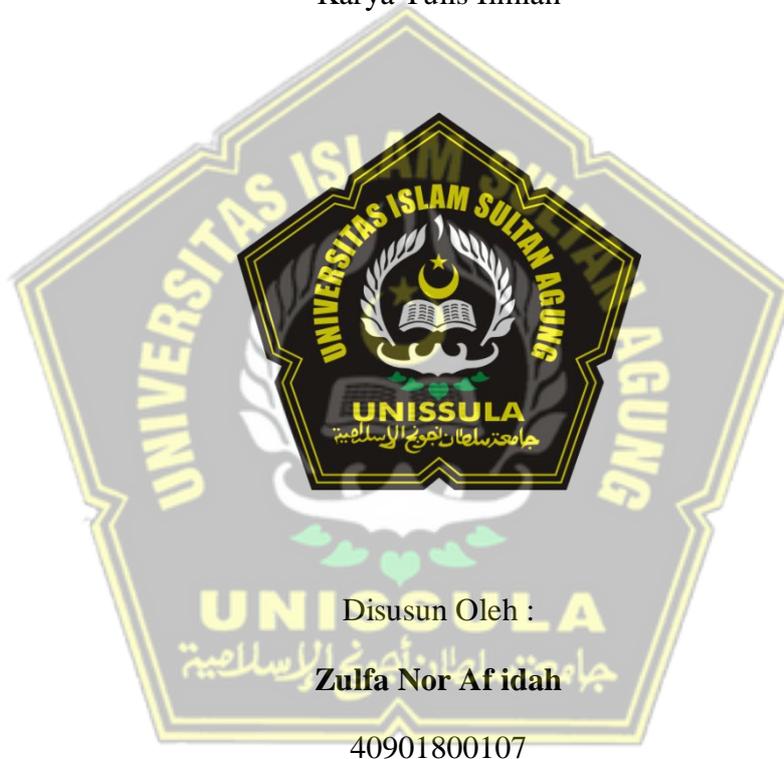


Disusun Oleh :  
**Zulfa Nor Af idah**  
40901800107

**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.I DENGAN  
PRE DAN POST OP APENDISITIS DI RUANG  
BAITUSSALAM 1  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



**PROGRAM STUDI DIPLOMA DIII KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2021**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

### SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 19 Mei 2021



(Zulfa Nor Afidah)

NIM 40901800107



## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Berjudul :

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.I DENGAN  
PRE DAN POST OP APENDISITIS DI RUANG BAITUSSALAM 1  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

**Nama : Zulfa Nor Af idah**

**NIM : 40901800107**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis  
Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula  
Semarang pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 28 Mei 2021

Semarang, 28 Mei 2021

  
Ns. Retno  
Issroviatungrum, M.kep  
NIDN. 06-0403-8901

## HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang pada Hari Kamis Tanggal 3 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 3 Juni 2021

Penguji I

Ns. Dyah Wiji Puspita Sari, M.Kep

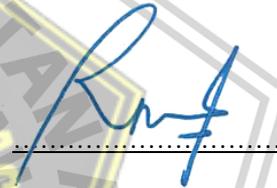
NIDN 06-2207-8602



Penguji II

Ns. Muh Abdurrouf, M.Kep

NIDN 06-0505-7902



Penguji III

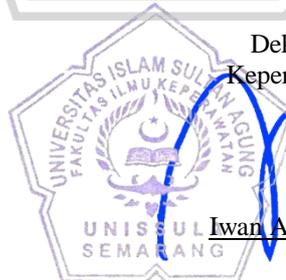
Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN 06-0403-8901



Mengetahui

Dekan Fakultas Ilmu  
KeperawatanUNISSULA



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

## MOTTO

“Tiap tiap yang berjiwa akan merasakan Mati”

Q.S. Ali Imran : 185

Wahai Tuhanku, lapangkanlah bagiku dadaku, dan mudahkanlah bagiku urusanku, dan lancarkanlah lidahku supaya mereka faham ucapanku.

Q.S. Taha : 25-28



## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr. Wb

Puji syukur kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat taufik serta hdayah-nya, sehingga penulis diberikan kesempatan untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Pre dan Post Op Apendisitis di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Terkait penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis memperoleh saran serta bimbingan yang bermanfaat dari banyak pihak, sehingga penyusun dapat menyelesaikan sesuai dengan perencanaan. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Drs. H. Bedjo Santoso, Ph. D Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian SKM., M.Kep Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns. Muh. Abdurrouf M.Kep Selaku Kaprodi D3 Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Retno Isroviantiningrum, M.Kep Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah
5. Segenap Dosen Pengajar dan Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang sudah memberikan ilmu pengetahuan dan pertolongan dengan sabar dan tulus selama proses studi.
6. Kepada orang tua yang tercinta dengan segala cinta dan kasih sayang serta pengorbanannya, mendidik, memotivasi serta memberikan doa yang tiada hentinya, dan telah mendukung dengan materil maupun non materil.
7. Kepada Pak bree, terimakasih yang selalu mendoakan, memotivasi, menasihati, dan selalu mengingatkan agar selalu tetap semangat.
8. Kepada teman teman dekatku Nabila, Alvi dan Aska terimakasih atas bantuan kalian dan sudah menjadi teman yang selalu memberikan motivasi, nasihat dan dukungan serta saling mendoakan satu sama lain.
9. Serta seluruh pihak yang turut berkontribusi atas terselesaikannya Karya tulis ilmiah ini. Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, dan besar harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca dari semua pihak pada umumnya. Tiada makhluk yang dapat menghasilkan karya yang sempurna, dengan segala keterbatasan,

penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kata sempurna, untuk karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan peningkatan pengetahuan penulis dimasa mendatang sekian dan terimakasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb

Semarang, 19 Mei 2021

Penulis



Zulfa Nor Af idah



Daftar isi	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI .....	v
KATA PENGANTAR .....	vii
Daftar isi.....	ix
Daftar Gambar dan Tabel.....	xi
Daftar Lampiran.....	xii
BAB I.....	1
<b>A. Latar Belakang</b> .....	<b>1</b>
<b>B. Tujuan Studi Kasus</b> .....	<b>2</b>
1. Tujuan Umum.....	2
2. Tujuan Khusus.....	2
<b>C. Manfaat</b> .....	<b>3</b>
BAB II.....	4
<b>A. Konsep Dasar</b> .....	<b>4</b>
1. Definisi.....	4
2. Etiologi.....	4
3. Patofisiologi .....	4
4. Manifestasi klinis.....	5
5. Pemeriksaan diagnostik.....	5
6. Komplikasi.....	6
7. Penatalaksanaan.....	6
<b>B. Konsep dasar keperawatan</b> .....	<b>6</b>
1. Pengkajian keperawatan.....	6
2. Pola fungsi kesehatan.....	7
3. Pemeriksaan fisik.....	9
4. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi .....	9
<b>C. Pathways</b> .....	<b>11</b>
<b>A. Pengkajian</b> .....	<b>12</b>
1. Data umum .....	12

2. Pola kesehatan fungsional .....	13
<b>B. Analisi data .....</b>	<b>16</b>
<b>C. Diagnosa keperawatan .....</b>	<b>17</b>
<b>D. Intervensi masalah .....</b>	<b>17</b>
<b>E. Implementasi .....</b>	<b>18</b>
<b>F. Evaluasi.....</b>	<b>19</b>
<b>BAB IV .....</b>	<b>22</b>
<b>A. Pengkajian .....</b>	<b>22</b>
<b>B. Diagnosa keperawatan .....</b>	<b>23</b>
<b>C. Intervensi .....</b>	<b>25</b>
<b>D. Implementasi .....</b>	<b>26</b>
<b>E. Evaluasi.....</b>	<b>28</b>
<b>BAB V.....</b>	<b>30</b>
<b>A. KESIMPULAN.....</b>	<b>30</b>
<b>B. SARAN .....</b>	<b>30</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>32</b>



## Daftar Gambar dan Tabel

### Daftar Gambar

Gambar 1. Wong Baker Face Pain Rating Scale .....	8
Gambar 2. Numerical Rating Scale .....	8
Gambar 3. VAS Anxiety Scale.....	9

### Daftar Tabel

Table 1. Pathways .....	11
Table 2. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik .....	16



## Daftar Lampiran

Lampiran 1. Surat Kesiediaan Pembimbing .....	35
Lampiran 2. Lembar Konsultasi .....	37
Lampiran 3. Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah .....	38
Lampiran 4. Asuhan keperawatan.....	40



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Apendisitis yaitu peradangan berbahaya jika tidak segera ditangani dapat terjadinya pecah rongga usus (Williams., 2011)Apendisitis adalah radang usus buntu dan merupakan penyebab paling umum dari penyakit abdomen akut. Penyakit ini dapat menyerang pria dan wanita dari segala usia, pria antara usia 10 - 30 tahun lebih sering terserang (Arief Mansjoer, 2010)

Insiden apendisitis di Negara maju lebih tinggi pada tahun 2011, namun dalam 3-4 tahun terakhir, kejadiannya menurun. Penyebab radang usus buntu adalah seringnya konsumsi makanan dengan kandungan serat yang lebih rendah alam menu sehari-hari (Sjamsuhidajat dan De jong, 2011).

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO), kejadian apendisitis di seluruh dunia mencapai 7% dari populasi dunia pada tahun 2012 (AMBARWATI, 2017). kejadian apendisitis dari total populasi Di asia mencapai 4,8% ditahun 2013. Sementara menurut hasil Survei Kesehatan Keluarga Indonesia (SKRT) tahun 2013, jumlah apendisitis di Indonesia mencapai 591.819, meningkat 596.132 pada tahun 2014 (Soewito, 2017).

Apendisitis berdampak pada kebutuhan dasar manusia terdiri dari kebutuhan dasar cairan. Sebab penderita usus buntu merasa mual,muntah dan kehilangan nafsu makan, maka kebutuhan gizi dasarnya berkurang. Akibat peradangan yang dialami, kebutuhan akan kenyamanan pasien menyebabkan nyeri pada perut, dan kebersihan diri terganggu karena kelemahan pasien. Untuk alasan keamanan, pasien merasa cemas akibat penyakit tersebut, jika tidak ditangani tepat waktu maka angka kematian saat terinfeksi cacingan akibat peritonitis dan syok akan cukup tinggi (Elizabeth J. Corwin., 2011)

Penatalaksanaan pasien apendisitis seperti pengobatan serta perawatan bedah. Obat yang diberikan antara lain antibiotic,cairan infus, dan pereda nyeri. Hentikan antibiotic dan cairan infus setelah pembedahan,analgesik dapat diberikan setelah diagnosis dipastikan (Sofiah, 2017).

Masalah keperawatan akibat apendisitis sebelum pembedahan adalah nyeri akut,hipertermia dan kecemasan, sedangkan masalah keperawatan akibat apendisitis pasca pembedahan adalah nyeri akut,risiko infeksi dan risiko hipovolemia. Sebelum pembedahan, perawat perlu memprioritaskan tindakan keperawatan yaitu meredakan nyeri,mencegah

komplikasi prabedah dan informasi mengenai kondisi maupun prognosis serta pengobatannya, terutama bagi pasien yang hendak melakukan pembedahan supaya tidak terjadi ansietas pada pasien (Soewito, 2017).

Peran perawat pada pasien dengan apendisitis yaitu menjadi perawat pelaksana dan perawat pendidik. Peran sebagai perawat pelaksana yaitu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien sekarang, perawat juga berperan sebagai pendidik dalam memberikan pendidikan kesehatan agar dapat meningkatkan pengetahuan pasien terhadap penyakit, serta perawat berperan memberikan perlindungan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan. (Potter & Perry, 2010). Disini peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan melakukan manajemen nyeri dengan metode pendekatan PQRST dan juga menggunakan alat pengukur nyeri yaitu Wong Baker Faces Pain Scale (Oktiawati, 2017). Peran perawat juga selalu memberikan dukungan kepada pasien agar pasien merasa nyaman dan semangat dalam proses pemulihan. Selain itu, setelah dilakukannya pengkajian skala nyeri, peran perawat memberikan manajemen nyeri menggunakan teknik non farmakologi relaksasi dengan tarik nafas dalam. (Warsono et al., 2019)

Dalam praktik klinis, peneliti memberikan layanan keperawatan kepada pasien untuk melakukan peran perawat sebagai *care giver*, peneliti dan pembaharu. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik mengambil laporan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn.I Dengan Pre dan Post Operasi Apendisitis di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2021”.

## **B. Tujuan Studi Kasus**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini agar mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan kepada Tn.I dengan pre dan post OP Apendisitis di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun 2021.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa dapat untuk memahami tentang asuhan keperawatan pre dan post op apendisitis.
- b. Mahasiswa dapat menjelaskan mengenai analisa data asuhan keperawatan pre dan post op apendisitis.
- c. Mahasiswa dapat menyusun diagnosa keperawatan yang muncul pada asuhan keperawatan pre dan post op apendisitis

- d. Mahasiswa mampu menyusun intervensi yang ada di dalam asuhan keperawatan pre dan post op apendisitis.
- e. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan yang dilakukan sesuai intervensi pada pre dan post op apendisitis.
- f. Mahasiswa mampu mengevaluasi asuhan keperawatan dengan pre dan post op apendisitis.

### **C. Manfaat**

Karya Tulis Ilmiah yang disusun oleh penulis diharapkan mampu memberikan manfaat pada-pihak pihak terkait :

1. Bagi institusi pendidikan  
Karya Tulis Ilmiah ini bisa berguna untuk pengembangan pengetahuan dan informasi bagi mahasiswa dalam mengaplikasikan asuhan keperawatan khususnya dengan pasien Pre dan Post OP Apendisitis.
2. Bagi profesi keperawatan  
Agar perawat dapat memberikan asuhan keperawatan sesuai standar praktik pada pasien Pre dan Post OP Apendisitis.
3. Bagi lahan praktik  
Agar menambah kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas kepada pasien Pre dan Post OP Apendisitis.
4. Bagi masyarakat  
Agar bisa menambah pemahaman dan pengetahuan masyarakat mengenai upaya penanganan Pre dan Post OP Apendisitis.

## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Konsep Dasar

##### 1. Definisi

Apendisitis yaitu peradangan berbahaya apabila tidak segera diatasi dapat mengakibatkan rusaknya rongga usus (Williams., 2011)

Apendisitis yaitu peradangan usus buntu yang tersembunyi dan kecil sekitar 10 cm yang menumpuk ke dalam sekum. Apendisitis tersumbat oleh kerasnya tumpukan feses yang mengakibatkan terjadinya inflamasi, infeksi dan kemungkinan pendarahan. Pecahnya apendisitis adalah kondisi yang patut diwaspadai karena feses dapat naik ke rongga perut sehingga mengakibatkan peritonitis dan juga abses (Caroline & Kowalski, 2017)

Apendisitis yaitu inflamasi pada appendix vermiformis, serta penyebab abdomen akut sering terjadinya. Apendisitis lebih sering menyerang pada laki laki usia 10-30. Walaupun biasanya dapat menyerang pada semua umur baik laki laki atau perempuan. (Diyono dan Sri Mulyanti, 2013)

##### 2. Etiologi

Apendisitis disebabkan karena terdapat penumpukan atau sumbatan fekalit di lumen appendix, abses pada dinding usus, dan perlengketan ekstraintestinal pada lumen appendix, hiperplasia jaringan limfoid, helminthiasis, parasit, benda asing pada tubuh, kanker dan striktur (Hawks dan Black, 2014)

Terdapat banyak faktor penyebab. Faktor pencetusnya adalah sumbatan lumen appendix. Penyebab lain diantaranya erosi mukosa appendix karena parasit seperti *E.Histolytica* (Sjamsuhidajat dan De jong, 2011)

Apendisitis biasanya mampu mengakibatkan radang usus buntu, dan tekanan di dalam akan meningkat, sehingga merusak suplai darah, menyebabkan peradangan, edema, nekrosis dan perforasi (Suratun, 2010). Apendisitis juga bisa dikarenakan keadaan fibrosa pada dinding usus, oklusi eksternal usus akibat adesi, Infeksi organisme yersinia (Hawks dan Black, 2014)

##### 3. Patofisiologi

Appendiks yang tersumbat dapat mengakibatkan peningkatan tekanan intraluminal lalu mengakibatkan berkurangnya drainase vena,

trombosis, edema, serta invasi bakteri. Jika prosesnya lambat maka akan melokalisasinya infeksi, kemudian terbentuknya dinding sempit dari struktur tersebut dan timbulah bengkak. Vascular yang rusak secara cepat dapat mengakibatkan apendisitis dan struktur didekatnya akan pecah serta membentuk fistula. (Hawks dan Black, 2014)

#### 4. Manifestasi klinis

Menurut (Wijaya dan Putri, 2013), Gejala-gejala pertama dari apendisitis yaitu :

- a. Nyeri yang di ikuti muntah yang terjadi selama kurang lebih 1 - 2 hari.
- b. Nyeri dapat berpindah selama beberapa hari.
- c. Rangsangan nyeri peritoneum tidak langsung.
- d. Terasa nyeri jika ditekan pada kuadran kanan bawah dan kiri bawah.
- e. Turunnya Nafsu makan.
- f. Demam.
- g. Adanya konstipasi.
- h. Diare.

#### 5. Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Suratun, 2010) pemeriksaan yang biasa dilakukan :

- a. Test rectal  
Pemeriksaan ini untuk mengetahui adanya benjolan dan rasa nyeri di daerah proktotomi.
- b. Darah Lengkap  
Adanya jumlah leukosit 10.000-20.000/ml (leukositosis) dan neutrofil 75%.  
C-Reactive Protein (CRP) ialah sintesis dari reaksi fase akut pada hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada apendisitis didapatkan peningkatan kadar CRP yaitu 80-90%.
- c. CT Scan  
CT Scan untuk mencari letak apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.
- d. Foto abdomen  
Dilaksanakan untuk mendeteksi adanya pengerasan material apendiks (fekalit), ileus terlokalisir.

## 6. Komplikasi

Adapun jenis komplikasi menurut (Sulekale, 2016) :

### a. Abses

Abses yaitu pus yang ada pada apendiks yang teraba lunak pada daerah pelvis maupun pada kuadran kanan bawah.

### b. Perforasi

Perforasi yaitu pus pada apendiks yang pecah sehingga pada rongga perut tersebar bakteri. pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut.

### c. Peritonitis

Peritonitis yaitu peradangan peritoneum, yang berbahaya terjadi dalam bentuk akut maupun kronis, ditandai dengan rasa nyeri perut, muntah dan demam.

## 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan atau tindakan supaya dapat menangani apendisitis. Pembedahan apendiktomi ialah prosedur pembedahan pengangkatan apendiks apabila diagnosa apendisitis sudah ditegakkan, penatalaksanaan ini merupakan satu satunya tindakan yang aman karena dapat menurunkan perforasi (Suratun, 2010).

Terlambatnya pada penatalaksanaan bisa menyebabkan terjadi perforasi pada metode laparoscopi. Laparoscopi telah terbukti lebih sedikit menimbulkan nyeri pasca bedah, pemulihan akan lebih cepat dan rendahnya angka kejadian infeksi luka. Namun dapat menimbulkan abses di intra abdomen serta waktu operasi yang lebih lama. Laparoscopi dilakukan untuk diagnosserta terapi di pasien dengan apendisitis akut (Lemone dkk, 2012).

## B. Konsep dasar keperawatan

### 1. Pengkajian keperawatan

#### a. Identitas

Identitas pasien dan identitas penanggungjawab

Identitas pasien post apendiktis yang menjadi dasar pengkajian meliputi : nama, kebanyakan terjadi pada laki – laki, umur 20 – 30 tahun, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, diagnosa medis, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian. Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, hubungan dengan klien.

- b. Keluhan utama  
Keluhan nyeri paling sering ditemukan dalam pengkajian pasien appendisitis .
  - c. Riwayat kesehatan sekarang  
Keluhan pasien setelah menjalani operasi apendisitis.
  - d. Riwayat kesehatan dahulu  
Mengenai penyakit yang pernah dialami sebelumnya.
  - e. Riwayat kesehatan keluarga  
Pengkajian tentang penyakit keturunan dan menular lainnya.
2. Pola fungsi kesehatan gordon
- a. Pola menejemen kesehatan – persepsi kesehatan
  - b. Pola metabolik nutrisi
  - c. Pola eliminasi
  - d. Pola aktivitas dan latihan
  - e. Pola istirahat Tidur
  - f. Pola Persepsi kognitif

Pada pasien appendisitis akut fungsi indra penciuman, pendengaran, pengelihatan, perasa, peraba tidak mengalami gangguan, pasien merasakan nyeri, oleh karena itu harus dilakukan pengkajian skala nyeri menggunakan metode pendekatan PQRST menurut (Oktiawati, 2017) terdapat beberapa cara yang dapat dilaksanakan untuk melakukan pengkajian nyeri yaitu:

P : Provokes	Penyebab terjadinya nyeri
Q : Quality	Kualitas : seperti apa nyeri yang dirasakan?
R : Radiation	Radiasi atau Lokasi: dimana letak nyeri muncul ? Bergeser atau tetap.
S : Severity	Keparahan: Menilai nyeri dengan menghitung dari angka 1- 10
T : Time	Waktu : nyeri timbul seberapa lama ?

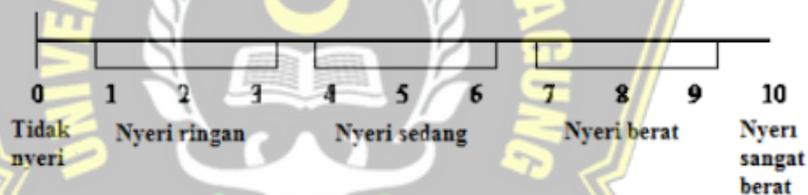
Faces Scale (Skala Wajah) meminta pasien untuk memperhatikan skala gambar wajah. Gambar pertama terlihat

wajah anak tenang (tidak nyeri), kemudian sedikit nyeri yaitu gambar kedua serta lebih nyeri, terakhir yaitu gambar orang terlihat sangat nyeri. Selanjutnya, meminta pasien menunjuk gambar yang sesuai dengan nyerinya. Pada pediatric dan geriatric gangguan kognitif biasanya menggunakan langkah ini (Mubarak et al, 2015).



**Gambar 1. Wong Baker Face Pain Rating Scale**

Numerical Rating Scale (NRS) (Skala numerik angka) meminta pasien menyebutkan dari angka 0-10 untuk melihat tingkat nyerinya. Pada angka 10 yaitu nyeri paling parah. Apabila akan melihat perkembangan nyeri serta menentukan nyeri, metode ini biasa digunakan. (Mubarak et al, 2015).

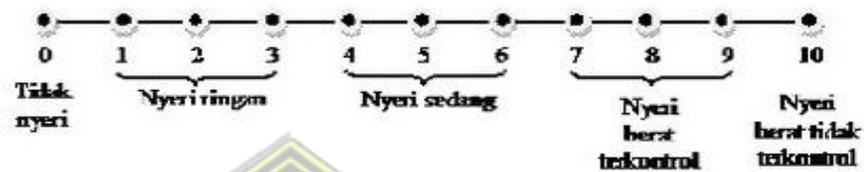


**Gambar 2. Numerical Rating Scale**

g. Pola konsep diri dan persepsi diri  
Biasanya kecemasan pada penyakit muncul di pasien apendisitis, dari pengobatan medis pasien mengharapkan kesembuhan. Oleh karena itu dibutuhkan pengkajian menggunakan klasifikasi tingkat kecemasan dental menurut (Carpenito, 2013) antara lain :

- 1) Kecemasan ringan : individu akan waspada dan meningkatkan perhatian dalam kehidupan sehari-hari.
- 2) Kecemasan sedang : bisa jadi membuat individu menjadi memusatkan perhatian dengan sesuatu yang nyata serta menghiraukan lainnya.
- 3) Kecemasan berat : lebih memfokuskan dengan hal spesifik sehingga tidak mampu memikirkan yang lain.
- 4) Tingkat panik : individu akan merasa terpengaruh ketakutan terror.

Visual analog scale for anxiety (vas-a) yaitu metode yang digunakan sebagai alat ukur kecemasan. Pertama yaitu nilai 0 tidak cemas sampai nilai 10 cemas yang tidak terbayangkan. Biasanya VAS lebih sering digunakan namun cukup sensitif sebab pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu angka.



**Gambar 3. VAS Anxiety Scale**

- h. Pola Hubungan peran  
Dalam berhubungan dengan orang sekitar, pasien apendisitis tetap baik atau memiliki kendala.
  - i. Pola Reproduksi dan seksualitas  
Dalam hal ini apakah selama sakit mengalami gangguan yang berhubungan dengan produksi seksual .
  - j. Pola Stress - koping  
Kesabaran pasien dalam menghadapi proses pengobatan.
  - k. Pola Keyakinan Nilai  
Kemampuan pasien dalam beribadah.
3. Pemeriksaan fisik  
Kesadaran, Vital sign (Suhu,TD,RR,Nadi), Kepala, Mata, Hidung, Telinga, Mulut dan Tenggorokan, Dada (Jantung,paru paru), Abdomen, Ekstremitas atas dan bawah, Kulit, pemeriksaan diagnostik diantaranya:
    - a. Pemeriksaan darah lengkap
    - b. Leukosit mencapai 10.000-20.000/ml, terdapat peningkatan yang menyebabkan inflamasi.
    - c. C-Reaktif Protein (CRP)
    - d. USG agar mendeteksi inflamasi pada apendisitis.
  4. Diagnosa keperawatan dan fokus intervensi
    - a. Diagnosa keperawatan Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) Diagnosa pre operasi
      - 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

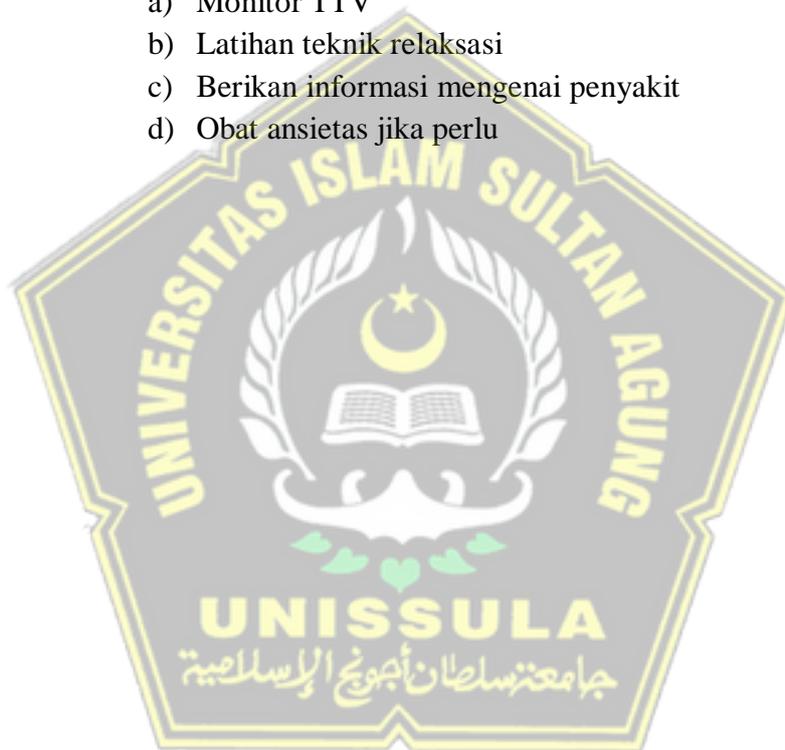
Intervensi : manajemen nyeri

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (tarik nafas dalam)
- d) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Intervensi :

- a) Monitor TTV
- b) Latihan teknik relaksasi
- c) Berikan informasi mengenai penyakit
- d) Obat ansietas jika perlu



C. Pathways

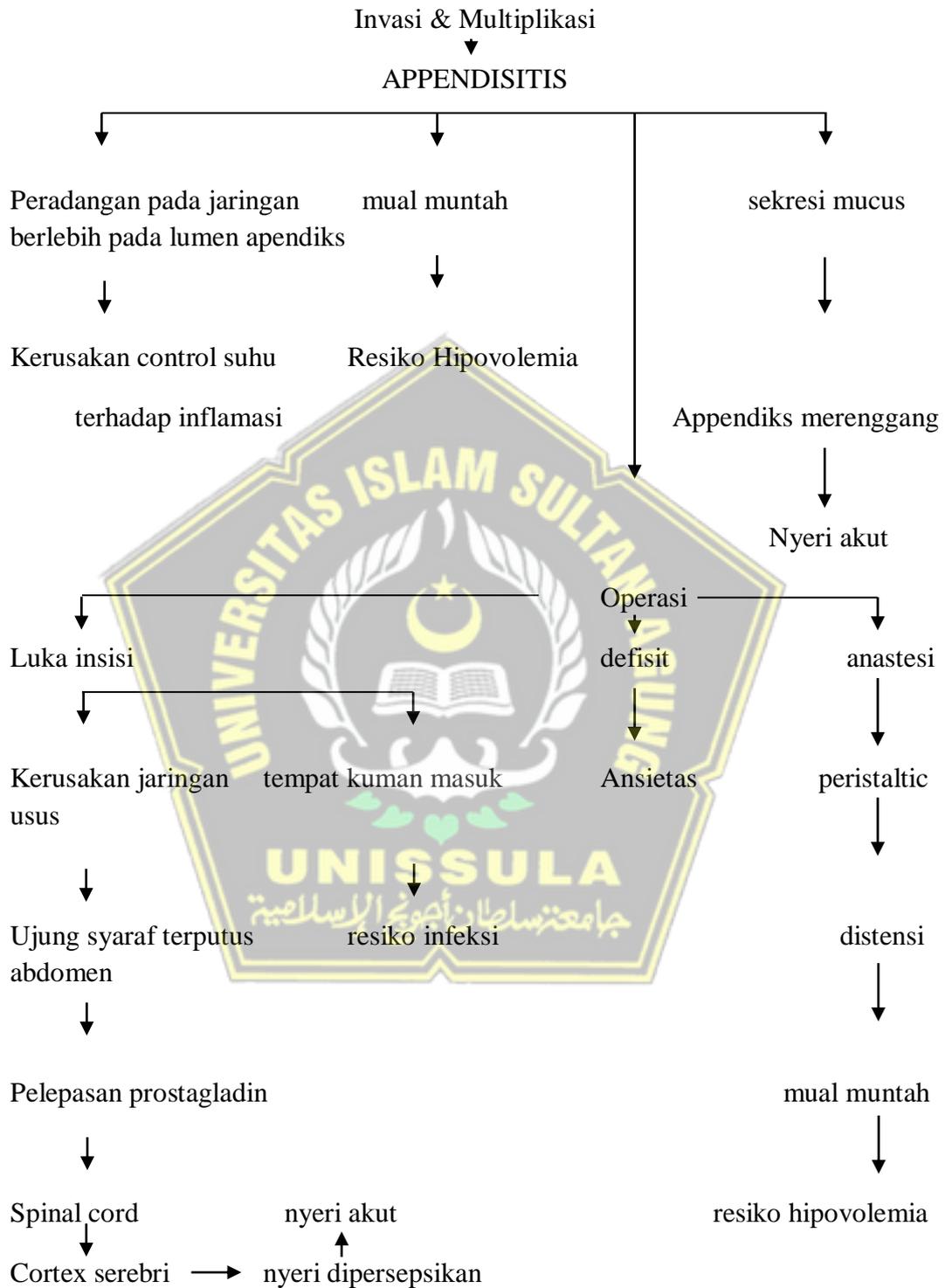


Table 1. Pathways (Nurarif, A. H., & Kusuma, 2016)

## BAB III

### LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Januari 2021 pukul

##### 1. Data umum

###### a. Identitas

Nama pasien adalah Tn. I dengan usia 47 tahun, pendidikan terakhir SMK, pekerjaan sebagai pekerja swasta dan bertempat tinggal di Sembungharjo Permai RT.01 RW.08 genuk, Semarang. Tn. I berjenis kelamin laki-laki dan beragama islam. Identitas penanggung jawab adalah Ny. A usia 50 tahun berjenis kelamin perempuan, agama islam, suku bangsa jawa/Indonesia, pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, alamat Sembungharjo Permai RT.01 RW.08 genuk, Semarang. Hubungan dengan pasien adalah suami dan istri.

###### b. Keluhan utama

Pasien mengatakan demam naik turun, mengeluh nyeri di kuadran kanan bawah serta mual.

###### c. Status kesehatan saat ini

Pasien mengatakan mengeluh nyeri selama 10 hari pada kuadran bagian kanan bawah. Munculnya nyeri secara bertahap dan pasien mengira itu hanya nyeri biasa, namun nyeri semakin bertambah dan semakin sering, lalu pasien baru memeriksakan ke klinik dan dapat rujukan di Rumah Sakit.

###### d. Riwayat kesehatan lalu

Pasien pernah melakukan perawatan di rumah sakit, pasien lupa waktunya, dengan diagnosa medis urolitiasis / batu ginjal. Pasien tidak pernah kecelakaan dan pernah dioperasi sebelumnya.

###### e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien berkata didalam keluarganya tidak ada yang pernah memiliki apendisitis / radang usus buntu yang sama seperti pasien, tidak memiliki penyakit keturunan atau menular.

f. Riwayat kesehatan lingkungan

Pasien mengatakan pasien dan keluarga rajin membersihkan rumah. Jarak antara rumah pasien dan jalan raya cukup dekat dan lingkungan rumah terjaga kebersihannya.

2. Pola kesehatan fungsional

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Sebelum sakit pasien mengatakan kurang menjaga kesehatan diri. Pengetahuan tentang kesehatan cukup, bila pasien sakit hanya periksa ke klinik terdekat. Dan selama sakit, pasien menjaga kesehatan dengan cara minum obat secara teratur yang di berikan oleh perawat, pasien menerima penyakit yang dideritanya.

b. Pola nutrisi dan metabolik

Pasien mengatakan sebelum sakit berat badannya kurang lebih 82 dan tinggi badan 155, pasien setiap harinya makan 2 kali sehari saja dan sering tidak sarapan, pasien makan habis 1 porsi dengan makanan seperti nasi, lauk dan sayur. Pasien kurang memperhatikan makan terutama jarang sekali sarapan. Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan, namun memiliki alergi pada obat amoxicilin. Selama sakit pasien mengatakan berat badannya hanya 77, tinggi badannya hanya 155. Pasien mulai memperhatikan makan dengan makan 3 kali sehari namun cuman 3-4 sendok saja. Pasien kurang nafsu makan karena pasien mengeluh mual serta nyeri, pasien mengatakan kurang mengonsumsi air mineral dan hanya minum 3 gelas perhari saja, pasien demam.

c. Pola eliminasi

BAB sebelum sakit biasanya 1x sehari, waktu tidak tentu, warna kuning agak kecoklatan, konsistensi lembek. Untuk BAK pasien 4x-5x sehari, warna kuning, tidak ada darah, serta bau khas. Selama sakit pasien mengatakan sulit BAB dan pasca operasi pasien belum bisa BAB. Untuk BAK 4-5 kali sehari, warna kuning kemerahan, bau khas dan terpasang DC.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan tidurnya teratur, waktu tidur jamnya tidak pasti tapi selalu di atas jam 21.00 dan tidur kurang lebih 6-7 jam dalam semalam. Selama sakit pasien mengatakan tidur kurang lebih 7 jam namun pasien mudah terbangun.

- e. Pola aktivitas dan latihan  
Pasien mengatakan biasanya bekerja sebagai wirausaha, pasien biasanya olahraga dengan berjalan jalan santai didepan rumah. Pasien perlu bantuan dalam beberapa pemenuhan kesehatan ADL, seperti kekamar mandi harus dengan bantuan istrinya. Pasien terpasang infus di tangan kanan, pasien tidak mengeluh sesak nafas.
- f. Pola kognitif – perseptual sensori  
Sebelum sakit tidak ada keluhan dalam penglihatan, pendengaran, dan berbicara masih normal. Pasien mampu mengambil keputusan.  
P : merasakan nyeri saat bergerak  
Q : Nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk,  
R : tempat nyeri di perut sebelah kanan bawah.  
S : Nyeri skala 3  
T : nyeri muncul secara bertahap kurang lebih berlangsung selama 25 detik.
- g. Pola persepsi diri dan konsep diri  
Sebelum sakit pasien mampu melaksanakan perannya dengan baik menjadi kepala rumah tangga dan juga ayah, pasien dapat menerima dirinya dengan lapang dada. Selama sakit pasien mengatakan dapat mesyukuri keadaannya pada saat ini. Harapannya pasien dapat dapat sembuh dan beraktifitas seperti biasanya.
- h. Pola mekanisme koping  
Pasien mengatakan dalam mengambil keputusan saat sebelum sakit pasien bisa memutuskan sendiri dan ketika ada masalah selalu dibicarakan dengan keluarganya. Masalah tidak mempengaruhi pola makan tapi berpengaruh dengan pola tidur pasien. Selama sakit pasien mengatakan dalam menghadapi masalah sekarang pasien membutuhkan dukungan dari keluarga. Pasien berharap tenaga kesehatan dapat membantu sebaik- baiknya.
- i. Pola seksual – reproduksi  
Pasien mengatakan melakukan hubungan seksual seperti biasanya tanpa ada kendala. Pasien memiliki 3 anak. selama sakit pasien mengatakan tidak terdapat keluhan pola seksual maupun reproduksi.

- j. Pola peran – berhubungan dengan orang lain.  
Sebelum sakit pasien mengatakan dapat berhubungan baik dengan orang lain. Kemampuan komunikasi pasien baik, orang terdekat pasien adalah istri dan anak. hubungan pasien dengan keluarga baik. Dan selama sakit pasien mengatakan keadsan penyakit pasien tidak mempengaruhi hubungan pasien dengan keluarga maupun orang lain.
- k. Pola nilai dan kepercayaan  
Sebelum sakit pasien mengatakan saat dirumah biasa beribadah dengan baik. Selama sakit pasien mengatakan sedikit kesulitan dalam beribadah, saat dirawat di RS pasien masih menjalankan ibadah,shalat,dzikir dengan dibantu keluarga.
- l. Pemeriksaan fisik  
Kesadaran : composmentis, penampilan : pasien terlihat lemas, vital/sign : S : 36 derajat celcius, Tekanan darah : 122/75 mmHg, respirasi : 20 x / menit, irama teratur, nadi : 71 x /menit. Kepala : bentuk mesocephal,rambut sudah beruban,kebersihan rambut cukup baik,tidak ada ketombe, tidak ada lesi. Mata : kemampuan penglihatan pasien baik, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik dan mata pasien tampak bersih. Hidung : hidung sedikit kotor, tidak ada sekret, tidak ada nafas cuping hidung, pasien terpasang O2. Telinga : bentuk simetris,pengantaran pasien berfungsi dengan baik,telinga bersih. Mulut dan tenggorokan : pasien tidak mengalami gangguan bicara, tidak ada benjolan di leher. Dada : Jantung : inspeksi : tidak tampak ictus cordis, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : suara redup, auskultasi : terdengar denyut jantung irama kuat dan teratur. Paru – paru : inspeksi : simetris, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : suara sonor, auskultasi : suara vesikuler. Abdomen : inspeksi :tidak ada kemerahan,warna merata, auskultasi : bunyi peristaltik, terdengar suara bising usus 12x/ menit, perkusi : suara tymphani,palpasi : terdapat nyeri tekan pada kanan bawah. Genetalia : terpasang DC. Ekstremitas atas dan ekstremitas bawah : atas : kulit warna sawo matang, kebersihan baik,turgor kulit lembab, tidak ada oedem, capillary refill kurang dari dua detik, kekuatan otot baik,terpasang infus sebelah kanan, tidak ada kemerahan. Bawah : kulit berwarna sawo matang, kebersihan baik, kelembapan kulit lembab, tidak oedem, pasien tidak menggunakan alat bantu jalan. Kulit : kebersihan kulit baik,

warna kulit sawo matang, kelembapan kulit lembab baik, tidak ada luka, tidak ada oedem.

m. Data penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 26 januari 2021.

PEMERIKSAAN	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
Hematologi			
Hemoglobin	13.3 L	13.2 – 17.3	g/dL
Hematokrit	41.0 L	33.0 – 45.0	%
Leukosit	11.78	3.80 – 10.60	ribu/uL
Trombosit	201	150 – 440	ribu/uL

**Table 2. Hasil Pemeriksaan Laboratorium Klinik**

2) Tindakan operasi pada tanggal 26 januari 2021 pukul 12:30

3) Terapi obat :

**Infus ringer laktat** : 20 tpm (iv)

**Ketorolac** : 3 x 30mg

**Tramadol** : 100mg /8jam

**Ondan sentron** : 3 x 4mg

**Cefoperazone sulbactam** : 2 x 4mg

**B. Analisi data**

Data fokus pukul 10.00 WIB pada tanggal 25 januari 2021 dilakukan pengkajian pada pasien didapatkan data subjektif didapatkan pasien mengeluh nyeri pada perut kanan bawah, P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q : nyeri seperti tertusuk – tusuk, R : nyeri di bagian kuadran kanan bawah , S : skala nyeri 3, T : bertahap, hilang timbul dan data objektif pasien tampak merintih sakit. Dari data fokus tersebut, penulis mengambil masalah **nyeri akut dengan etiologi agen pencedera fisiologis.**

Data fokus pada 25 januari 2021 pukul 13.00 WIB didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak mengetahui apa penyebab penyakitnya, gelisah dan khawatir karena akan dioperasi, mual, sulit tidur dan kurang nafsu makan. Data objektif didapatkan pasien tampak gelisah,

tampak tidak rileks, dan hasil tanda-tanda vital yaitu : TD : 143/95 mmHg, N: 81x/menit, S: 36,5, RR: 20x/menit. Dari data fokus tersebut, penulis mengambil masalah **Ansietas Berhubungan Dengan Kurang Terpapar Informasi**.

### C. Diagnosa keperawatan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 25 Januari 2021. Penulis menganalisa data dan didapatkan masalah keperawatan yaitu **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis**. Masalah tersebut ditandai dengan adanya data subjektif pasien mengatakan P : pasien mengatakan nyeri saat bergerak, Q : pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk – tusuk, R : pasien mengatakan nyeri di bagian perut kanan bawah, S : skala 3 dihitung menggunakan angka 1-10 dan data obyektif adalah pasien tampak menahan nyeri, tanpa merintih sakit, tampak lemah.

Masalah keperawatan kedua adalah **ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi**. Masalah tersebut ditandai dengan adanya data subjektif pasien mengatakan tidak mengetahui apa penyebab penyakitnya, gelisah dan khawatir karena akan di operasi, mual, sulit tidur dan kurang nafsu makan. Dan data obyektif didapatkan pasien nampak gelisah, nampak tegang tidak bisa rileks.

### D. Intervensi masalah

Masalah keperawatan yang muncul pada tanggal 26 Januari 2021 selanjutnya disusun suatu intervensi sebagai tindak lanjut asuhan keperawatan pada Tn. I dengan diagnosa : **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis** setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : nyeri berkurang, dapat mengontrol nyeri dengan teknik non farmakologis, skala nyeri dapat berkurang menjadi 2.

Intervensi : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, ajarkan teknik non farmakologis penanganan nyeri serta kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri.

**Ansietas Berhubungan Dengan Kurang Terpapar Informasi** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : TTV dalam batas

normal,dapat mengontrol gelisah dengan teknik relaksasi, dapat memahami penyebab penyakit, tidak gelisah dan tegang,tidak anoreksia.

Intervensi : identifikasi tanda tanda vital,ajarkan teknik relaksasi, pendidikan kesehatan mengenai penyakit dan pemberian obat anti ansietas jika perlu.

## **E. Implementasi**

Intervensi telah disusun berdasarkan masalah,kemudian dilakukan dengan implementasi sebagai tindak lanjut dari asuhan keperawatan pada Tn.I. implementasi yang dilaksanakan agar mengatasi pasien yaitu :

**Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis** implementasi pada tanggal 26 januari 2021 pada pukul 09.15 : mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dengan respon subjektif : pasien mengatakan nyeri pada perut kanan bawah seperti tertusuk – tusuk dan data objektif : pasien tampak menahan nyeri dan kesakitan. Pukul 09.25 : mengidentifikasi skala nyeri dengan respon subjektif : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan bila digambarkan dari angka 1-10 yaitu skalanya 3, dan data objektif : pasien tampak meringis menahan sakit P : nyeri tidak menentu, Q : seperti tertusuk tusuk, R : kuadran kanan bawah, S : skala 3, T : hilang timbul,berlangsung selama 25 detik. Pukul 09.40 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengontrol nyeri dengan tarik nafas dalam dengan respon subjektif : pasien mengatakan bahwa dirinya belum mengetahui bagaimana tarik nafas dalam,namun pasien bersedia di ajarkan teknik tarik nafas dalam, dan didapatkan respon objektif : pasien mengerutkan dahi dan merintih sakit,pasien koperatif dapat mengulang dengan benar. Pada tanggal 26 januari 2021, jam 12.30 WIB pasien menjalankan operasi *laparotomy*.

Pada tanggal 27 januari 2021 implementasi pada pukul 18.00 : mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas dan intensitas nyeri dengan respon subjektif : pasien mengatakan nyeri pada perut luka post operasi seperti tertusuk – tusuk dan data objektif : pasien tampak meringis kesakitan, P : nyeri tidak menentu, Q : tertusuk – tusuk , R : luka post operasi, S : skala 3, T : hilang timbul kurang lebih 25 detik. Pukul 18.10 : mengidentifikasi skala nyeri dengan respon subjektif : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan bila digambarkan dari angka 1 – 10 yaitu skala 3, dan data objektif : pasien tampak meringis sakit. Pukul :

18.20 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengontrol nyeri dengan trik nafas dalam didapatkan respon subjektif : pasien mengatakan mencoba saat nyeri datang dan data objektif : pasien tampak merintih sakit, pasien dapat mengulangi dengan mandiri dan benar.

Pada tanggal 28 januari 2021 implementasi pada pukul 15.30 : mengidentifikasi lokasi, karakteristik,durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dengan respon subjektif : pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi seperti tertusuk – tusuk dan data obyektif : P : saat bergerak, Q : tertusuk – tusuk, R : luka post operasi, S : skala 2, T: hilang timbul. Pukul 15.40 : mengidentifikasi skala nyeri dengan respon subjektif : pasien mengatakan nyeri yang dirasakan bila digambarkan dari angka 1 – 10 yaitu skala 2, dan data objektif : pasien tampak menahan sakit. Pukul 15.45 : mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengontrol nyeri dengan tarik nafas dalam didapatkan respon subjektif : pasien mengatakan mencoba saat nyeri datang dan data objektif : pasien dapat mengulangi dengan mandiri dan benar.

**Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi** implementasi pada tanggal 26 januari 2021 pukul 09.50 : mengidentifikasi tanda tanda vital dengan respon subjektif : pasien mengatakan khawatir akan di operasi dan data objektif : TD : 130/70 mmHg, N : 71x, RR : 20 x/menit,S : 37,8 derajat celcius. Pukul 10.10 : mengajarkan teknik relaksasi didapatkan respon subjektif : pasien mengatakan mencoba saat sedang khawatir ,data objektif : pasien nampak tegang,nampak cemas dan lemah. Pukul 10. 20 : memberikan pendkes mengenai penyakit apendisitis dengan respon subjektif : pasien mengatakan tidak mengerti penyebab dari sakitnya. Data objektif : pasien kooperatif, nampak memperhatikan penjelasan yang diberikan dan berusaha memahami.

Pada tanggal 27 januari 2021 pukul 18.30: mengidentifikasi tanda – tanda vital pasien dengan respon subjektif : pasien mengatakan sudah lega karena sudah di operasi,namun masih sedikit tegang karena nyeri pada luka post operasi,dan data objektif : TD : 139/22 mmHg, N: 80x/mnt, S : 37, RR : 24x/mnt, pasien sudah sedikit rileks.

## **F. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tindakan untuk mengukur respon pasien dari tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan untuk peningkatan kondisi pasien diagnosa.

**Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis** pada tanggal 26 januari 2021 evaluasi data subjektif : pasien mengeluh nyeri pada perut kanan bawah, P : tidak menentu, Q : seperti ditusuk tusuk, R : perut kanan bawah, S : skala 3 dihitung dari 1-10, T : hilang timbul, kurang lebih 25 detik dan data objektif : KU : lemah, TD : 122/75 mmHg, N : 71x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 37,8 derajat celcius. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis belum teratasi, dan penulis merencanakan melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu tindakan mengkaji skala nyeri dan monitoring tanda tanda vital, mengajarkan teknik relaksasi dan kolaborasi pemberian obat.

Pada tanggal 27 januari 2021 evaluasi data subjektif : pasien mengeluh nyeri, P : tidak menentu, Q : seperti di tusuk tusuk, R : luka post op, S : skala 3 dihitung dari 1 – 10, T : hilang timbul, kurang lebih 25 detik. Dan data objektif : KU : cukup, TD : 139/22mmHg, N : 80x/mnt, RR : 20x/mnt, S : 36 derajat celcius. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis belum teratasi, dan penulis merencanakan melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu tindakan mengkaji skala nyeri, monitoring tanda tanda vital, mengajarkan teknik relaksasi dan kolaborasi pemberian obat.

Pada tanggal 28 januari 2021 pukul 16.20 WIB evaluasi data subjektif : : pasien mengeluh nyeri. Dan data objektif P : luka post op, Q : tertusuk, R : perut kanan bawah, S : skala 2, T : hilang timbul. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis belum teratasi, dan penulis merencanakan melanjutkan intervensi.

**Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi** pada tanggal 26 Januari 2021 evaluasi data subjektif pasien mengatakan tidak tahu apa penyebab dari penyakitnya dan pasien mengatakan khawatir karena akan dioperasi. Dan data objektif pasien nampak cemas, tidak fokus dan tidak rileks, KU : lemah, TD : 130/70 mmHg, S : 37,8 derajat celcius, RR : 20x/ menit, N : 71x/ menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi belum teratasi, dan penulis merencanakan melanjutkan intervensi pada hari berikutnya yaitu tindakan mengkaji tanda tanda vital, mengajarkan teknik relaksasi, dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit.

Pada tanggal 27 januari 2021 evaluasi data subektif : pasien mengatakan sudah lega karena sudah di operasi, namun masih sedikit tegang karena nyeri pada luka post op. Dan data objektif : TD : 139/22

mmHg, S : 37 derajat celcius, RR : 24x/ menit, N : 80x/ menit. Maka dapat disimpulkan bahwa masalah ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi sudah teratasi, dan penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi.



## BAB IV

### PEMBAHASAN

Bab IV akan membahas terkait kasus yang diambil oleh penulis mengenai asuhan keperawatan pada Tn.I dengan Apendisitis di ruang bangsal Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang, yang dilakukan pada tanggal 25 januari 2021 sampai 28 januari 2021. Penulis akan membahas terkait kekurangan dan hambatan yang didapatkan oleh penulis selama pemberian asuhan keperawatan pada pasien Tn. I dengan Apendisitis dengan tetap memberikan aspek terhadap proses keperawatan ialah pengkajian,diagnosa keperawatan,intervensi,implementasi,dan evaluasi keparawatan.

#### A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan dengan secara komprehensif dengan mengumpulkan semua data secara sistematis pada pasien untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini (Sitorus,2019).

Dalam memberikan judul penulis mengangkat judul asuhan keperawatan dengan apendisitis pada Tn.I di ruan Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Saat melakukan pengamatan/observasi, dan metode pemeriksaan fisik. Dalam melakukan pengkajian penulis tidak mengalami hambatan/ kesulitan, hali ini dikarenakan pasien kooperatif dan terbuka dalam menyampaikan infromasi kepada penulis.

Setelah pengkajian ditemukan data pasien mengeluh nyeri pada perut kanan bawah. Infeksi bakteri inilah yang menyebabkan nyeri karena sekresi mucus akibat umbai cacing pada lumens apendiks sehingga apendiks meregang. (Nurarif, A. H., & Kusuma, 2016). Adapun data nyeri yang didapatkan :

P : nyeri saat bergerak

Q : nyeri seperti ditusuk tusuk

R : perut kanan bawah

S : skala 3

T : hilang timbul bertahap

Penulis akan membahas data-data di pengkajian yang belum terdokumentasi secara lengkap dan kesalahan dalam penulisan yaitu : pengkajian data antara keluhan pasien mengenai tanda dan gejala pasien mengatakan sakit pada perut sebelah kanan bawah Pada pengkajian pada pukul 10.00 WIB tanggal 25 januari 2021 di dapatkan data bahwa pasien

Tn.I mengatakan khawatir karena akan di operasi dan belum mengetahui secara detail apa itu radang usus buntu / apendisitis, baik dari pengertian, penyebab, tanda gejala, diit serta komplikasi.

## **B. Diagnosa keperawatan**

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) keputusan untuk pasien tentang respon individu supaya menjaga penurunan kesehatan, status, dan mencegah serta merubah. Penulis mengambil landasan teori berdasarkan dan menegakan 2 diagnosa yaitu :

Berdasarkan pengkajian yang diperoleh, penulis menegakan diagnosa yang pertama yaitu **nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis**, nyeri akut yaitu pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. (PPNI, 2018).

Nyeri ialah kondisi tidak nyaman yang bersifat subjektif. Setiap orang memiliki rasa nyeri yang berbeda beda, rasa nyeri yang dirasakan hanya orang tersebut yang bisa menjelaskan dan mengevaluasi (Neila Sulung, 2017).

Sesuai dengan teori menurut (PPNI, 2016) bahwa batasan karakteristik diagnosa nyeri akut yaitu : mengeluh nyeri, ekspresi wajah menunjukkan nyeri yaitu meringis dan gelisah. Diagnosa ini ditegakan jika data mayor yang mendukung seperti mengeluh nyeri, gelisah, sulit tidur dan data minor tekanan darah meningkat, suhu meningkat, pola nafas meningkat. Pada tanggal 25 Januari 2021 penulis menegakan diagnosa utama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis karena pada saat pengkajian didapatkan data sesuai batasan karakteristik dan data subjektif pasien merasakan sakit di perut bagian kanan bawah, data objektif pasien nampak menahan nyeri,

- P : nyeri saat bergerak,
- Q: nyeri seperti ditusuk – tusuk,
- R : perut kanan bawah,
- S : skala nyeri 3,
- T : hilang timbul.

Oleh karena itu pentingnya menegakan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis sebagai diagnosa utama untuk menurunkan skala nyeri agar masalah tersebut dapat segera teratasi (Smeltzer, S.C. & Bare, 2013). Penulis menegakan diagnosa nyeri sebagai

diagnosa prioritas karena keluhan nyeri adalah keluhan yang saat itu juga sedang dirasakan pasien, dan dalam hasil pemeriksaan laborat terjadi peningkatan leukosit yang menandakan terjadinya peradangan, apabila tidak segera ditangani akan mengakibatkan pendarahan pada peradangan tersebut, juga dapat menimbulkan rasa ketidaknyamanan dan dapat menghambat aktifitas, serta dapat menimbulkan rasa ketakutan dalam melakukan pergerakan atau aktifitas yang bisa menghambat proses penyembuhan.

Diagnosa yang ke dua yaitu **ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi**, ansietas merupakan keadaan pengalaman subjektif dan emosi individu pada obyek yang tidak menentu karena kewaspadaan seseorang untuk menghindari dari serangan (PPNI, 2016).

Ansietas yaitu keadaan dimana disebabkan ketidaknyamanan maupun rasa takut akan tertentu yang menyebabkan tidak rileks (Yusuf, A., Fitriyasaki, R., & Tristiana, 2019). Adanya tuntutan, persaingan, serta bencana yang terjadi sehari-hari sehingga berdampak di kesehatan fisik serta psikologi. Salah satu dampak kesehatan psikologi ialah ansietas juga kecemasan (Sutejo, 2019). anxiety yaitu kondisi emosional tidak nyaman, berupa respon-respon psikofisiologis yang muncul sebagai kewaspadaan bahaya yang tidak nyata atau khayalan, disebabkan karena konflik intrapsikis yang tidak disadari secara langsung (Dorland WA, 2010).

Pada tanggal 25 Januari 2021 penulis menegakan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengatakan tidak mengetahui apa penyebab penyakitnya, pasien mengatakan mudah terbangun saat tidur karena tidak nyaman akibat nyeri yang muncul, pasien mengatakan khawatir akan dilakukannya operasi. Dan data objektif pasien nampak lemah, pasien nampak tidak rileks dan kurang tidur. Meskipun diagnosa tersebut bukan prioritas tetapi jika tidak ditangani akan meningkatkan resiko munculnya penyakit dan menyebabkan pasien mengalami gangguan kecemasan dan ketakutan.

Penulis tidak menerapkan pengkajian skala ansietas sesuai dengan tingkatan kecemasan yang dikelompokkan dalam beberapa tingkat diantaranya : kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat (Soetjningsih., Ranuh, 2017). Tanda gejala pada kecemasan sedang seperti : kelelahan meningkat, kecepatan denyut jantung dan pernafasan meningkat, ketenangan otot meningkat, berbicara cepat, konsentrasi menurun, mudah tersinggung, tidak sabar, marah menangis. Kecemasan

berat tanda gejala seperti : sakit kepala, denyut jantung meningkat, insomnia, sering diare, tidak bisa belajar secara efektif, berfokus pada dirinya sendiri, bingung. Tanda gejala kecemasan panik : susah bernafas, pucat, berteriak, menjerit, halusinasi (Stuart, 2013).

Selain membahas masalah keperawatan seharusnya penulis menambahkan diagnosa tambahan yang bisa ditegakkan yaitu Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit infeksi dan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Penulis menambahkan diagnosa hipertermia karena pasien mengalami peningkatan suhu tubuh dan dari hasil pemeriksaan darah lengkap ditemukan peningkatan leukosit yang menandakan adanya inflamasi. Batasan karakteristik pada masalah keperawatan ini antara lain : suhu tubuh pada rentang normal, takikardi, takipnea, tampak kemerahan.

Yang kedua penulis perlu menambahkan diagnosa risiko infeksi dengan faktor risiko tindakan invasif, karena setelah dilakukannya tindakan operasi, pasien nampak memiliki luka insisi pasca operasi pada kuadran kanan bawah. Risiko infeksi adalah kondisi dimana seseorang sangat rentan diserang oleh virus jamur bakteri dan parasit lain (potter & perry, 2017). Namun penulis tidak dapat menegakkan diagnosa tersebut karena pada saat pengkajian penulis tidak menemukan data pendukung yang lengkap untuk menegakkan diagnosa resiko infeksi tersebut.

### C. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah rencana atau proses keperawatan dalam memecahkan masalah pada keputusan awal tentang sesuatu yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012). Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis menyusun intervensi berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Intervensi dilakukan untuk membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan.

Pada diagnosa pertama **Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisiologis**, penulis menyusun intervensi keperawatan dengan tujuan setelah dilakukan 3 x 8 jam diharapkan nyeri dapat tertasi dengan kriteria hasil : keluhan nyeri berkurang, diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri dengan teknik non farmakologi dengan teknik tarik nafas dalam, yang bertujuan agar pasien mampu memahami apa yang diajarkan perawat ketika munculnya rasa nyeri.

Manajemen nyeri yaitu metode yang dilakukan oleh dunia kesehatan agar menangani nyeri. Penatalaksanaan nyeri yang tepat harus mencakup manajemen holistik, bukan hanya pada metode farmakologi, sebab nyeri dapat dipengaruhi oleh emosi dan respon individu terhadap dirinya sendiri. farmakologi dan non farmakologi adalah dua manajemen untuk menangani nyeri secara garis besar (Smeltzer, S.C. & Bare, 2013). Cara meredakan nyeri menggunakan nonfarmakologis adalah asuhan mandiri perawat untuk mengurangi intensitas nyeri sampai dengan tingkat yang dapat ditoleransi oleh pasien (Potter & Perry, 2010). Teknik relaksasi nafas dalam bisa mengurangi nyeri pada pasien post operasi, ini terjadi sebab relative kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca operasi atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam (Majid A, 2011) serta kolaborasi pemberian analgesic.

Intervensi diagnosa kedua **Ansietas Berhubungan Dengan Kurang Terpapar Informasi**, ansietas merupakan keadaan emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap obyek yang tidak jelas akibat bahaya yang kemungkinan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2016). Setelah dilakukan perawatan selama 3 x 8 jam diharapkan : tanda-tanda vital dalam batas normal, dapat mengontrol gelisah dengan teknik non farmakologi teknik relaksasi, dapat memahami penyebab penyakit, gelisah dan tegang berkurang, keluhan sulit tidur membaik. Intervensi yang direncanakan antara lain mengidentifikasi tanda-tanda vital, ajarkan teknik nonfarmakologi, berikan pendidikan kesehatan terkait penyakit, Pendidikan kesehatan yaitu langkah yang direncanakan dengan sadar agar menghasilkan peluang bagi individu-individu agar senantiasa belajar memperbaiki kesadaran (literacy) serta meningkatkan pengetahuan serta keterampilannya (life skills) demi kepentingan kesehatannya (Nursalam, 2012). pemberian obat anti ansietas jika perlu.

#### **D. Implementasi**

Implementasi merupakan pelaksanaan dan perwujudan yang disusun pada tahap perencanaan sebelumnya. Berdasarkan hal tersebut penulis mengelola pasien dalam implementasi masing-masing diagnosa. Implementasi merupakan pelaksanaan suatu tindakan guna untuk terwujudnya tujuan yang sedang direncanakan dalam suatu keputusan. (Mulyadi, 2015)

**Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis** 3 x 8 jam penulis melakukan implementasi dari tanggal 26 januari 2021 sampai 28 januari 2021 tindakan yang dilakukan mengidentifikasi lokasi karakteristik durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri dengan respon pasien data subjektif : pasien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan bawah secara bertahap ,skala 3 dan data objektif pasien nampak menahan nyeri , mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri dengan respon subjektif : pasien mengatakan pasien mengatakan lebih nyaman setelah melakukan latihan tarik nafas dalam, dan data objektif : pasien nampak menahan nyeri, pasien nampak antusias saat dilatih teknik relaksasi tarik nafas dalam. Pelaksanaan teknik relaksasi tarik nafas dalam bertujuan untuk merelaksasikan pasien dengan kondisi yang lebih nyaman dan mengalihkan pikiran pasien dan nyeri untuk fokus terhadap nafas dalamnya. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

**Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi** selama 3 x 8 jam penulis melakukan implementasi mengidentifikasi tanda tanda vital dengan data subjektif : pasien mengatakan khawatir akan tindakan operasi, dan data objektif : TD : 139/22 mmHg, RR : 20x/menit, N : 71x/menit, S : 37 derajat celsius, mengajarkan teknik relaksasi dengan data subjektif : pasien mengatakan mencoba saat sedang khawatir dan cemas, data objektif : pasien nampak sedikit rileks setelah melakukan teknik relaksasi, memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit pasien dengan data subjektif: pasien mengatakan belum mengetahui apa penyebab penyakitnya, dan data objektif : pasien antusias mendengarkan dan aktif bertanya.

## **E. Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap kelima atau tahap terakhir dari proses keperawatan. Tahap ini membantu untuk menekan adanya perkembangan dari kondisi klien. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui efektivitas asuhan keperawatan yang dilakukan (Potter & Perry, 2010). Evaluasi yang dilakukan perhari pada kasus Tn.I untuk mengukur efektivitas asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 x 8 jam pada tanggal 26 januari 2021 sampai 28 januari 2021, pada evaluasi terakhir didapatkan :

**Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik** pada diagnose ini penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tinjauan yang ada dan dilakuka semaksimal mungkin dengan tujuan masalah nyeri akut dapat teratasi. Evaluasi keperawatan yang diperoleh penulis selama melakukan asuhan keperawatan 3x8 jam masalah nyeri akut tertasi sebagian karena pasien mengatakan masih merasakan nyeri, walaupun nyerinya hilang timbul dan skala nyeri 2,dan mudah terbangun saat tidur karena nyeri yang hilang timbul, untuk mengatasi masalah nyeri akut harus melanjutkan intervensi keperawatan antara lain melakukan identifikasi nyeri dan skala nyeri,mengajarkan teknik relaksasi tarik napas dalam, dalam hal ini pasien terlihat rileks setelah melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam.

**Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi** penulis melakukan asuhan keperawatan dan evaluasi tanpa hambatan. Evaluasi yang dilakukan selama 1x8 jam yaitu masalah ansietas dapat teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah lega karena sudah berhasil di operasi dan sudah rileks, pasien mengatakan dapat memahami keadaanya, TD : 130/76 mmHg, N : 81x/menit, RR : 20x/menit, S : 36 derajat celcius. Dapat disimpulkan bahwa masalah ansietas dapat teratasi, penulis merencanakan untuk menghentikan intervensi.

## **F. Diagnosa Tambahan**

Selain membahas masalah keperawatan adapun kelemahan penulis dalam menyusun masalah yaitu seharusnya penulis menambahkan diagnosa tambahan yang bisa ditegakan yaitu Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit infeksi dan risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Penulis menambahkan diagnosa hipertermia karena pasien mengalami peningkatan suhu tubuh dan dari hasil pemeriksaan darah lengkap ditemukan peningkatan leukosit yang menandakan adanya

inflamasi. Batasan karakteristik pada masalah keperawatan ini antara lain : suhu tubuh pada rentang normal,takikardi, takipnea,tampak kemerahan.

Penulis seharusnya melengkapi analisa datanya untuk dapat menegakan diagnosa risiko infeksi. penulis perlu menambahkan diagnosa risiko infeksi dengan faktor risiko tindakan invasif karena setelah dilakukannya tindakan operasi, pasien nampak memiliki luka insisi pasca operasi pada kuadran kanan bawah. Risiko infeksi adalah kondisi dimana seseorang sangat rentan diserang oleh virus jamur bakteri dan parasit lain (potter & perry, 2017). Intervensi yang dapat ditegakan untuk upaya pencegahan terjadinya risiko infeksi pada pasien dengan pasca operasi yaitu dengan melakukan perawatan luka pasca operasi. Pada saat mengimplementasi perawatan luka tersebut, perawat harus memperhatikan dan melakukan kewaspadaan universal precaution guna untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi pada pasien pasca operasi. (Nirbita et al., 2017)



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. KESIMPULAN**

Dalam bab V penulis akan menyimpulkan dari asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam pada kasus Tn.I dengan diagnosa Apendisitis di ruang Baitusslam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1. Konsep dasar penyakit

Apendisitis adalah terjadinya sumbatan pada apendiks yang disebabkan oleh feses yang keras sehingga menyebabkan terjadinya abses dan peradangan pada usus buntu.

2. Pengkajian

Pengkajian yang telah dilakukan penulis terhadap Tn. I dengan Apendisitis didapatkan subjektif dan objektif yang akhirnya penulis dapat menegakan dua diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis,ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

3. Prioritas masalah dan diagnosa keperawatan

Diagnosa yang ditegakan berdasarkan keluhan dan hasil pemeriksaan yang dilakukan pada pasien Apendisitis pada rekam medis pasien, diagnosa yang ditegakan adalah 2 yaitu nyeri akut dan ansietas. Diagnosa yang diprioritaskan oleh penulis adalah nyeri akut, namun ada juga diagnosa yang seharusnya ditegakan yaitu hipertermia dan risiko infeksi.

4. Evaluasi diagnosa keparawatan yang dilakukan penulis adalah dengan melanjutkan intervensi pada diagnosa nyeri akut dengan melakukan terapi non farmakologi tarik nafas dalam saat merasakan nyeri agar nyeri dapat berkurang.

#### **B. SARAN**

1. Bagi rumah sakit

Rumah sakit sebagai tempat pelayan kesehatan diharapkan mampu mempertahankan dan meningkatkan kualitas mutu pelayanan kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup sehat masyarakat.

2. Bagi perawat

Bagi perawat diharapkan dapat mempertahankan asuhan keperawatan yang telah sesuai dengan standar prosedur yang ada. Mempertahankan pendokumentasikan asuhan keperawatan dengan baik dan mengikuti ilmu keperawatan yang terbaru.

3. Bagi institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan hendaknya dapat memperbanyak kerjasama dengan rumah sakit lain guna meningkatkan proses pembelajaran dan proses pendidikan.



## DAFTAR PUSTAKA

- AMBARWATI, D. (2017). HUBUNGAN MOBILISASI DINI DENGAN PERUBAHAN TINGKAT NYERI PASIEN SETELAH OPERASI APENDEKTOMI DI RS UMM. *KARYA TULIS AKHIR*.  
<http://eprints.umm.ac.id/41408/1/jiptummpg-gdl-sitidewiam-50971-1-pendahul-n.pdf>
- Arief Mansjoer. (2010). *Kapita Selekta Kedokteran* (4th ed.).
- Caroline & Kowalski, I. (2017). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Pustaka Baru Press.
- Carpenito, L. J. (2013). *Diagnosa Keperawatan : Aplikasi pada Praktek Klinik* (EGC (ed.); 6th ed.).
- Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja* ((1st ed.)). Gosyen Publishing.
- Diyono dan Sri Mulyanti. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Sistem Pencernaan* (1st ed.). Kencana Prenada Media Group.
- Dorland WA, N. (2010). *Kamus Kedokteran Dorland edisi 31* (31st ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elizabeth J. Corwin. (2011). *BUKU SAKU PATOFISIOLOGI*. Adityamedia.
- Hawks dan Black. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan* (R. Nampira (ed.)). Salemba Emman Patria.
- Majid A, J. M. & I. U. (2011). *Keperawatan Perioperatif*. Gosyen Publishing.
- Mubarak et al. (2015). *Kesehatan Remaja Problem dan Solusinya*. Salemba Medika.
- Mulyadi, D. (2015). *Study Kebijakan Publik dan Pelayanan Publik*. Alfabeta.
- Neila Sulung, S. D. R. (2017). Pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi laparatomi di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Deli Serdang Lubuk Pakam. *Jurnal Endurance*, 2(3), 397–405.
- Nirbita, A., R, E. M., & Listiowati, E. (2017). Pengaruh Faktor Risiko Infeksi Daerah Operasi (IDO) terhadap Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada Bedah Digestive di sebuah Rumah Sakit Swasta. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat*, 11(2), 93–98.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus*. Mediaction.

- Nursalam. (2012). *Konsep Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis Dan Instrumen Penelitian Keperawatan* (Jilid 1). Salemba Medika.
- Oktiawati, A. et al. (2017). *Teori dan Konsep Keperawatan Pediatrik*. CV. Trans Info media.
- potter & perry. (2017). *buku ajar ilmu bedah* (3rd ed.). Salemba Medika.
- Potter & Perry. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan (Konsep, Proses, dan Praktik)*. EGC.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. DPP PPNI.
- Sjamsuhidajat dan De jong. (2011). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. (3rd ed.). buku kedokteran.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth* (edisi 8). EGC.
- Soetjningsih., Ranuh, I. . G. (2017). Tumbuh Kembang Anak. In *Jurnal Ilmiah Kesehatan* (2nd ed.). EGC.
- Soewito, B. (2017). *FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KECEMASAN PADA PASIEN*. 5(579), 579–592.
- Sofiah, W. (2017). Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Post Op Apendiktomi Dengan Resiko Infeksi di RSUD Kota Jakarta Utara. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*.
- Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. EGC.
- Sulekale, A. (2016). Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Kasus Appendisit di Rumah Sakit Santa Anna Kendari. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*.
- Suratun, L. (2010). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Trans Info Media.
- Sutejo. (2019). *Keperawatan Jiwa : Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa Gangguan Jiwa dan Psikososial*. Pustaka Baru Press.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (1st ed.)*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (I)*.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia:*

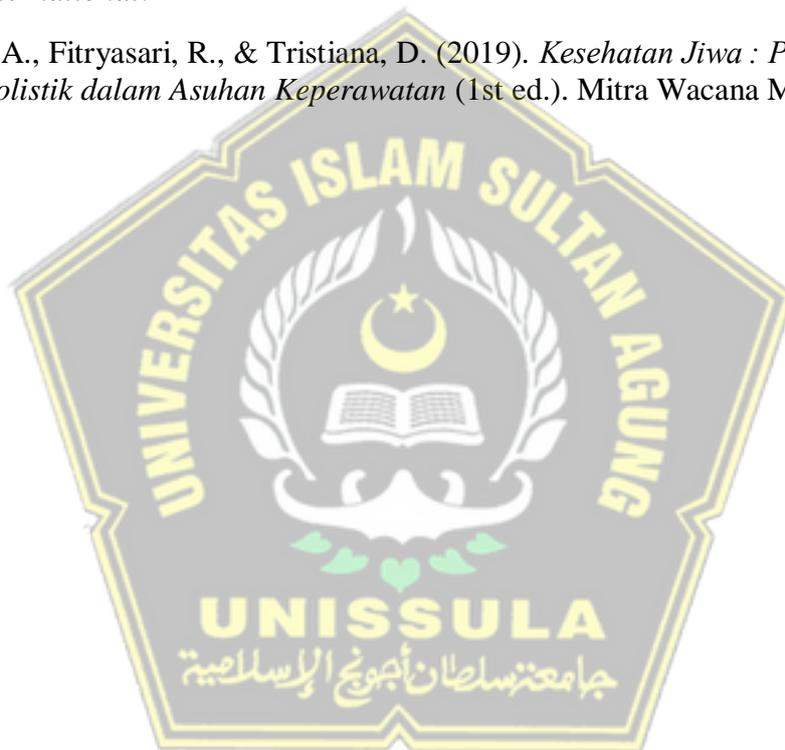
*Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st ed.)*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Warsono, W., Fahmi, F. Y., & Iriantono, G. (2019). Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Benson terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Sectio Caesarea di RS PKU Muhammadiyah Cepu. *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 2(1), 44. <https://doi.org/10.32584/jikmb.v2i1.244>

Wijaya dan Putri. (2013). Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep. In *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. Nuha Media.

Williams., & W. (2011). memahami berbagai macam penyakit. *Jurnal International*.

Yusuf, A., Fitriyasaki, R., & Tristiana, D. (2019). *Kesehatan Jiwa : Pendekatan Holistik dalam Asuhan Keperawatan* (1st ed.). Mitra Wacana Media.



## LAMPIRAN

### Lampiran 1

#### SURAT KESEDIAAN PEMBIMBING

yang bertanda tangan yang dibawah ini :

Nama : Ns. Retno Issroviatiningrum, M.kep

Nidn : 06-0403-8901

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang sebagai berikut :

Nama : Zulfa Nor Af Idah

Nim :40901800107

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn.I dengan Pre dan Post Op Apendisitis di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 24 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Retno Issroviatiningrum, M.kep

06-0403-8901



## Lampiran 2

### LEMBAR KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

NIDN : 06-0403-8901

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing karya tulis ilmiah atas nama mahasiswa prodi diiii keperawatan fik unissula semarang sebagai berikut :

Nama : Zulfa Nor Af Idah

NIM : 40901800107

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Tn.I dengan Pre dan Post Op Apendisitis di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang sudah disebutkan di atas benar benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 19 Mei 2021 sampai 28 Mei 2021 yang dilaksanakan secara online melalui Goggle Meet.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 19 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

06-0403-8901

### Lampiran 3

## LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

### MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN

### FIK UNISSULA

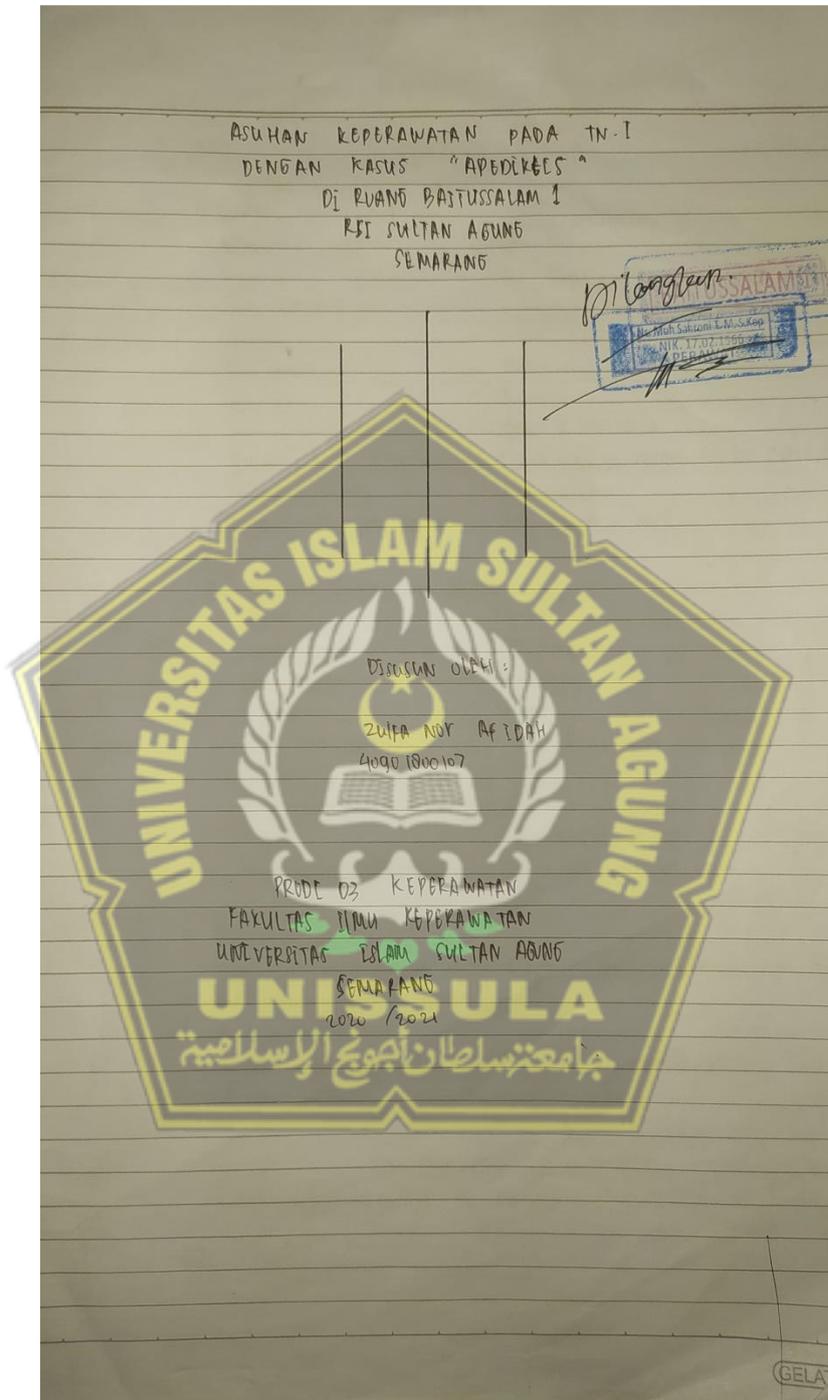
2021

Nama mahasiswa : Zulfa Nor Af Idah  
Judul kti : Asuhan Keperawatan pada Tn.I dengan Pre dan Post Op Apendisitis di Ruang Baitussalam 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang  
Pembimbing : Ns. Retno Issroviatiningrum, M.Kep

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Saran Pembimbing	TTD Pembimbing
Selasa, 16 Februari 2021	Konsultasi kasus	Acc kasus	
Sabtu, 6 Maret 2021	Konsul Bab 1	Kirim lewat group	
Minggu, 7 Maret 2021	Konsul Bab 1	Di anjurkan untuk melanjutkan Bab 3	
Kamis, 15 April 2021	Konsul Bab 1,2,3	Dikirim lewat group	

Sabtu, 17 Maret 2021	Konsul Bab 1,2,3	Di anjurkan untuk melanjutkan Bab 4 dan 5	Retu.
Rabu, 19 Mei 2021	Konsultasi Bab 1-5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Di tambahkan nama penguji beserta NIDN</li> <li>- Daftar isi,daftar tabel,daftar gambar,lampiran</li> <li>- Peran perawat memberikan apa diperjelas</li> <li>- Tujuan khusus diperbaiki</li> <li>- PQRST lebih dimunculkan</li> <li>- Pengkajian diperbaiki menggunakan pola Gordon saja</li> <li>- Pengkajian pukul berapa ditambahkan</li> <li>- Tambahkan jurnal</li> <li>- Daftar pustaka</li> <li>Skala pengukuran cemas apa saja dimasukan</li> </ul>	Retu.
Senin, 24 Mei 2021	Konsultasi yang sudah direvisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tambahkan jurnal di pembahasan</li> <li>- Daftar isi diberi</li> </ul>	Retu.
27 Mei 2021	Konsultasi yang sudah direvisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ditambahkan peran perawat agar lebih muncul di latar belakang</li> <li>- Penulisan diperhatikan dan dibetulkan</li> </ul>	Retu.
28 Mei 2021	Konsultasi Bab 1-5	ACC	Retu.

#### Lampiran 4. Asuhan keperawatan



## A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

### 1. DATA UMUM

#### a. Identitas

##### 1.) Identitas klien

Nama : Tn. I  
Umur : 47 Tahun  
Jenis Kelamin : Laki - laki  
Agama : Islam  
Pendidikan : SMK  
Pekerjaan : Swasta  
Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia  
Alamat : Sembungharjo Permai RT 01 / RW 08  
Diagnosa Medis : Apendiksitis  
Tanggal dan jam masuk : 25 Januari 2021

##### 2.) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. A  
Umur : 50 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Suku / Bangsa : Jawa / Indonesia  
Pendidikan Terakhir : SMA  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
Alamat : Sembungharjo Permai RT 01 / RW 08  
Hub. dengan pasien : Istri dari pasien

#### b. Keluhan utama

Klien mengalami demam panas tinggi, muntah dan nyeri pada perut sebelah kanan bawah.

#### c. Alasan masuk

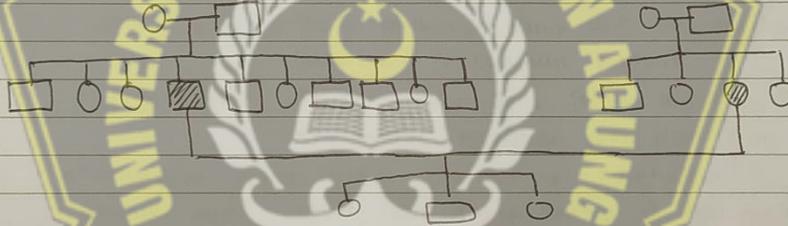
Klien mengatakan kurang lebih sudah 10 hari yang lalu. Klien merasakan nyeri di perut sebelah kanan, nyeri muncul secara bertahap dan klien mengira itu hanya nyeri biasa namun lama kelamaan nyeri bertambah dan klien memutuskan untuk memeriksakan ke rumah sakit.

d. Riwayat kesehatan lalu

- 1.) Penyakit yang pernah dialami  
klien mengatakan pernah mempunyai batu ginjal namun sudah dioperasi
- 2.) Kecelakaan : Tidak ada
- 3.) Pernah dirawat : Pernah  
klien mengatakan, sebelumnya pernah dirawat saat hendak operasi batu ginjal.
- 4.) Alergi :  
klien mengatakan mempunyai alergi terhadap obat amoxilin (antibiotik)
- 5.) Imunisasi : -

e. Riwayat kesehatan keluarga

1.) Genogram



Keterangan:

- ▨ : pasien
- ⊗ : perempuan meninggal
- ⊠ : laki-laki meninggal
- : perempuan
- : laki-laki

- 2.) Penyakit yang pernah diderita anggota keluarga tidak ada
- 3.) Penyakit yang sedang diderita keluarga tidak ada

F. Riwayat kesehatan lingkungan

- 1.) Kebersihan rumah dan lingkungan keluarga klien mengatakan rumah bersih dan lingkungan aman.
- 2.) Kemungkinan terjadinya bahaya tidak ada

## 2. POLA KESEHATAN FUNGSIONAL (DATA FOKUS)

### a. pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

- Persepsi klien tentang kesehatan diri

Sebelum sakit : Pasien merasa kesehatan tidak terlalu penting dan akan sembuh dengan meminum obat.

Setelah sakit : Pasien mengerti pentingnya kesehatan

- Pengetahuan dan Persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya.

Sebelum sakit : Pasien tidak mengetahui sakit apa yang dialami dan tidak tau perawatannya.

Setelah sakit : Pasien sudah cukup mengerti penyakitnya dan akan berusaha menjalani hidup sehat.

- Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan.

Sebelum sakit : Pasien periksa ke klinik dan minum obat tidak ada pemeriksaan berkala

Sesudah sakit : Pasien minum obat sesuai anjuran dokter dan makan makanan yang dianjurkan.

- Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

Sebelum sakit : bila sakit, pasien periksa di pelayanan kesehatan terdekat dan meminum obat yang diresepkan.

Sesudah sakit : Pasien meminum obat sesuai anjuran dokter dan mengikuti prosedur perawatan selama di RS Sultan Agung.

- Kebiasaan hidup

Sebelum sakit : Pasien mengatakan sering berjalan jalan ke depan rumah pasien

Setelah sakit : pasien mengatakan tidak melakukan olahraga karena fokus dengan pengobatannya.

### Faktor sosio ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

Sebelum sakit : Pasien dapat bekerja dan melakukan pemeriksaan di puskesmas.

Setelah dirawat : pasien mengatakan saat dirawat menggunakan jaminan BPJS.

## b. Pola nutrisi dan metabolik

### ● Pola makan

Sebelum sakit : Pasien jarang sarapan biasanya hanya makan 2x sehari pada saat makan siang dan malam saja.

Setelah sakit : Pasien memperhatikan pola makannya, yang awalnya hanya 2x sehari, sekarang rutin 3x sehari

### ● Apakah keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan / minum

Sebelum sakit : tidak

Setelah sakit : ya, mempengaruhi

### ● Makanan yang disukai pasien, adakah makanan pantangan/ makanan tertentu yang menyebabkan alergi, adakah makanan yang dibatasi.

Sebelum sakit : Pasien mengatakan menyukai semua makanan yang dikonsumsi

Setelah sakit : Pasien hanya memakan makanan yang dari rumah sakit.

### ● keluhan dalam makan

Sebelum sakit : tidak ada

Setelah sakit : tidak ada

### ● Adakah keluhan anoreksia nervosa, bulimia nervosa

Sebelum sakit : tidak ada

Setelah sakit : tidak ada

### ● Adakah keluhan mual / muntah

Sebelum sakit : Pasien mengetuh mual

Setelah sakit : tidak ada

### ● Bagaimana kemampuan mengunyah dan menelan

Sebelum sakit : mengunyah dan menelan dengan baik

Setelah sakit : mampu mengunyah dan menelan dengan baik

- Adakah penurunan BB dalam 6 bulan terakhir
  - Sebelum sakit : Tidak ada
  - Setelah sakit : Keluarga pasien mengatakan BB pasien terlihat turun kurang lebih 5 kg
- Pola minum
  - Sebelum sakit : Pasien mengatakan jarang minum air putih
  - Setelah sakit : Pasien mengatakan minum air putih hanya 3 gelas
- Adanya keluhan Demam
  - Sebelum sakit : Pasien mengeluh demam dan panas tinggi
  - Setelah sakit : Demam naik turun
- c. Pola eliminasi
  1. eliminasi feses
    - a. Pola BAB
      - Sebelum sakit : Pasien mengatakan Bab normal sehari 1 sampai 2 x, warna kuning kecoklatan
      - Setelah sakit : Selama sakit, pasien mengeluh sulit BAB
    - b. Adakah perubahan dalam kebiasaan BAB
      - Sebelum sakit : Tidak ada
      - Setelah sakit : Tidak ada
  2. Pola BAK
    - Sebelum sakit : Pasien mengatakan BAK lancar tidak ada gangguan
    - Setelah sakit : Pasien mengatakan BAK lancar tidak ada gangguan
- d. Pola aktivitas dan Latihan
  - Kegiatan dalam pekerjaan
    - Sebelum sakit : Pasien mengatakan bekerja sebagai wirausaha
    - Setelah sakit : Pasien mengatakan tidak bekerja

● olahraga yang dilakukan

Sebelum sakit : Pasien mengatakan melakukan olahraga berjalan-jalan di depan rumahnya.

Setelah sakit : Pasien mengatakan tidak melakukan olahraga.

● kesulitan / keluhan dalam aktivitas

Sebelum sakit : tidak ada

Setelah sakit : Pasien mengatakan kalau di kamar mandi dibantu oleh istrinya.

● Pergerakan tubuh

Sebelum sakit : tidak ada

Setelah sakit : Pasien mengatakan lebih membatasi pergerakannya.

● Perawatan diri

Sebelum sakit : Pasien melakukan perawatan diri secara mandiri

Setelah sakit : Pasien melakukan perawatan diri dengan bantuan istrinya.

● Berhajat (BAK / BAB)

Sebelum sakit : Pasien mandiri

Setelah sakit : Pasien memerlukan bantuan untuk ke kamar mandi

● Keluhan sesak nafas

Sebelum sakit : tidak ada

Setelah sakit : tidak ada.

● Mudah merasa kelelahan

Sebelum sakit : tidak

Setelah sakit : Ya, pasien mudah lelah.

g. pola istirahat dan tidur

1.) kebiasaan tidur

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidur teratur

Setelah sakit : pasien mengatakan tidurnya lebih awal

2.) kesulitan tidur

Sebelum sakit : tidak ada

Setelah sakit : terbangun ketika nyeri muncul.

P. Pola kognitif = persepsi sensori

- Keluhan yang berkenaan dengan kemampuan sensori

Sebelum sakit : Tidak ada

Setelah sakit : Tidak ada

- Kemampuan kognitif

Sebelum sakit : Pasien dapat berbicara dengan baik, jelas dan dapat memahami pesan yang di terima, kemampuan mengingat masih baik

Setelah sakit : Pasien mampu berbicara dengan baik, mampu memahami pesan yang di terima kemampuan mengingat masih baik

- Kesulitan yang di alami

Sebelum sakit : Tidak ada

Setelah sakit : Pasien mengatakan sering pusing, mual

- Persepsi terhadap nyeri dengan menggunakan

Pendekatan P, Q, R, S, T

Sebelum sakit : Tidak nyeri

Setelah sakit : P : Nyeri saat bergerak

Q : Nyeri seperti di tusuk

R : Kuadran kanan bawah

S : skala 3

T : Hilang timbul

g. Pola persepsi dan konsep diri

- Persepsi diri

Hal yang di pikirkan saat ini pasien ingin segera sembuh dan cepat pulang dan dapat beraktivitas

Seperti biasanya, perasaan klien cukup tenang dan tidak ada perubahan non verbal.

### ● konsep diri

Citra body : Tidak ada pengaruh persepsi klien terhadap tubuhnya selama sakit.

Identitas : Status klien selama melakukan perawatan adalah pasien, klien mengerti posisinya sesuai keadaan.

Peran : peran pasien sebagai kepala keluarga.

Ideal diri : harapan pasien agar segera sembuh dan menjalankan perannya sebagai kepala keluarga di rumah.

Harga diri : Pasien tidak merasa malu ataupun merendahkan dirinya sendiri atas penyakit yang sedang dialaminya.

### h. pola mekanisme coping

- Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan sebelum sakit : pasien mengambil keputusan sendiri

- Setelah sakit : Pasien dibantu istrinya dalam mengambil keputusan.

- yang dilakukan dalam menghadapi masalah pasien akan membicarakan dengan keluarga

- Bagaimana upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang.

Klien tertatih tenang dan mengemukakan akan menghadapi masalahnya bersama istrinya.

- menurut klien apa yang dapat dilakukan perawat agar pasien merasa nyaman.

Pasien ingin perawat terus mengontrol keadaannya dan memberikan perawatan yang terbaik.

### i. Pola seksual dan reproduksi

- Bagaimana pemahaman klien tentang fungsi seksual pasien cukup memahaminya fungsi seksualnya.

- Adakah gangguan hubungan seksual disebabkan berbagai kondisi

Tidak ada, pasien tidak menggunakan alat kontrasepsi

- Adakah permasalahan selama melakukan aktivitas seksual  
tidak ada, Perawat pasien tidak berhubungan dengan pola seksual - reproduksi

#### J. Pola Peran - Berhubungan dengan orang lain.

- mengkaji bagaimana hubungan klien dengan orang lain.  
Hubungan pasien dengan keluarga (anak / saudara) dalam dan perawat sangat baik. Keadaan pasien saat ini tidak mempengaruhi hubungan dengan orang lain.
- kemampuan pasien dalam berkomunikasi  
Saat perawat bertanya pasien mampu bertanya menjawab dengan baik, jelas dan dapat memahami orang lain.
- Siapa orang yang terdekat dan lebih berpengaruh pada pasien  
keluarga terutama istri
- kepada siapa klien meminta bantuan pada bila mempunyai masalah.  
Pasien biasa meminta bantuan kepada istrinya.
- Adakah kesulitan dalam hubungan keluarga.  
tidak ada kesulitan

#### K. Pola nilai dan kepercayaan.

- Bagaimana klien menjalankan kegiatan agama atau kepercayaan  
Sebelum sakit : Klien beribadah dengan baik  
Setelah sakit : Klien kesulitan dalam beribadah dibantu keluarga.
- masalah yang berkaitan dengan aktifitasnya tersebut selama dirawat.  
kesulitan beribadah karena gangguan mobilitas
- Adakah keyakinan atau kebudayaan yang dianut pasien yang bertentangan dengan kesehatan.  
tidak ada
- Adakah pertentangan nilai / keyakinan / kebudayaan terhadap pengobatan yang dijalani.  
Tidak ada.

d) Palpasi

tidak ada oedem, tidak ada nyeri tekan

#### L. Abdomen

a) Inspeksi

warna sawo matang, simetris, tidak ada kemerahan, tidak lesi

b) Palpasi

difensi abdomen, nyeri tekan pada kuadran kanan bawah.

c) Auskultasi

bunyi Peristaltik, Perdengar bising usus 12x/menit.

d) Perkusi

Redup.

#### M. Genitalia

tidak ada keluhan dan gangguan.

N. Ekstremitas atas dan bawah

- kuku pendek, turgor normal, warna merata, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.
- capillary refill: kembali dalam 2 detik.
- mampu menggerakkan tangan dan kaki secara mandiri
- tidak ada kelainan.

O. Kulit

bersih, warna merata, tidak ada oedem, tidak ada kemerahan / tanda infeksi.

### 3. Pemeriksaan Fisik (Head to toe)

a. kesadaran ; Compos mentis

KU : lemah,

b. Status gizi : BB :

TB :

c. TTV : TD : 122/76 mmHg

N : 71 x /menit

S : 36 °C

RR : 20

d. Skala nyeri : 3

P : nyeri saat bergerak

Q : seperti ditusuk - tusuk

R : kuadran kanan bawah

S : Skala 3

T : hilang timbul dan bertahap.

e. GCS : 15

• M : 4

• E : 5

• V : 6

f. kepala

bentuk normal, mata ke arah atas, rambut pendek, terlihat uban.

g. Mata

kemampuan penglihatan normal, kongjungtiva normal, rangsangan cahaya baik, sklera ikterik dan tidak menggunakan alat bantu.

h. Hidung.

bersih, simetris, tidak ada cuping hidung

i. Telinga.

simetris, pendengaran normal, tidak memakai alat bantu.

j. mulut dan tenggorokan

tidak gangguan bicara, gigi rata terdapat lubang, tidak ada gangguan mengunyah,

k. Dada

a) Inspeksi

simetris

b) Auskultasi

vesikuler

c) Perkusi

sonor.

#### 4. DATA PENUNJANG

• a. Hasil Pemeriksaan Laboratorium klinik

NO-RM : 01016423 Lab. NO : 21005810

Nama : Tn. I Hal : 1/1

Alamat : Sembungharjo Permai 636 jenis pasien : JKN PBJ

Pt 01/08 Genuk, Semarang

Tgl lahir / usia : 20-05-1972 / 47 Y / laki-laki

Ruang : Baktussalam 1 Tanggal periksa : 20-01-2021

Dokter : EKO SETIAWAN, DR, SP.B waktu sampling : 26-01-2021

Ringkasan klinik : waktu cetak : 26-01-2021

Pemeriksaan	Hasil	nilai rujukan	Satuan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Darah rutin 1				
Hemoglobin	13.3	13.2 - 17.3	g/dl	
Hematokrit	41.0	33.0 - 45.0	%	
leukosit	11.178	3.80 - 10.60	ribu / $\mu$ L	
Trombosit	201	150 - 440	ribu / $\mu$ L	

• Rapid test antigen negatif

•

b. Ditt yang diperoleh

Bubur

Susu 6x 200

c. Terapy

Infus Ringer laktat : 20 tpm (iv)

ketorolac : 3 x 30 mg

Tramadol : 100 mg / 8 jam

Ondansentron : 3 x 4 mg

Cefoperazone Sulbactam : 2 x 4 mg

Analisis Data				
Tgl / Jam	Data fokus	Problem	etiologi	TTD
25-01-2021 10.00	DS: pasien mengatakan nyeri pada perut kanan bawah P: nyeri saat bergerak Q: nyeri seperti tertusuk R: kuadran kanan bawah S: skala 3 T: bertahap, hilang timbul  DO: tampak merintih sakit KU: lemah TD: 143/95 mmHg S: 36.5 C N: 81x/menit RR: 20x/menit	nyeri akut	agen Pencederaan Fisiologis	<i>[Signature]</i>
25-01-2021 13.00	DS: Pasien mengatakan tidak mengetahui apa penyebab penyakitnya, pasien mengeluh gelisah dan khawatir akan dioperasi, dan kurang nafsu makan, mual  DO: Pasien tampak tegang tidak rileks, gelisah KU: lemah TD: 143/95 mmHg S: 36.5 °C N: 81x/menit RR: 20x/menit	Ansietas	Kurang terpapar informasi	<i>[Signature]</i>

C. Diagnosa Keperawatan

1. nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis
2. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

D. Intervensi

Tgl/jam	Diagnosa	tujuan dan	Intervensi	TTD
24/01 2021	keperawatan Nyeri akut b.d agen Pencederaan fisiologis	kriteria hasil Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil : • nyeri berkurang • dapat mengontrol nyeri dengan teknik non farmakologi • skala nyeri dapat berkurang	• Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • ajarkan teknik non farmakologi penanganan nyeri • Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri	
26/01 2021	Ansietas b.d kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : • TTV dalam batas normal • dapat mengontrol geusah dengan teknik relaksasi • dapat memahami penyakit • tidak gelisah, tegang, anoreksia	• Identifikasi tanda - tanda vital • ajarkan teknik relaksasi • berikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit • pemberian obat ansietas jika perlu.	

GELATIK

E. Implementasi

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon	TTD
26/01 2021 09.15	Nyeri akut berhubungan dengan agen Pencederaan fisiologis	mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	DS: pasien mengatakan nyeri pada perut kanan bawah seperti ditusuk-tusuk O: Pasien nampak menahan nyeri dan kesakitan	
09.25		• mengidentifikasi skala nyeri	S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan bila digambarkan dari angka 1-10, skalanya 3 O: pasien nampak menahan nyeri. P: nyeri tidak menentu B: tertusuk-tusuk R: kuddran kanan bawah S: skala 3 T: hilang timbul, 25 detk	
09.40		• mengajarkan teknik non farmakologi dengan tarik napas dalam	S: Pasien mengatakan bahwa dirinya belum mengetahui bagaimana tarik napas dalam dengan benar O: Pasien mengerutkan dahi, merintih sakit, kooperatif dan dapat mengulang dengan benar	
26/01 2021 09.50	Anxietas b.d kurang terpapar informasi	• mengidentifikasi tanda-tanda vital	S: pasien mengatakan khawatir akan dioperasi O: TD: 13 S: 37.8C N: 7x/menit RR: 20 x/menit	
10.10		• mengajarkan teknik relaksasi	S: pasien mengatakan mencoba saat sedang khawatir O: pasien nampak tegang, cemas dan lemah	

10.20		<ul style="list-style-type: none"> <li>• membentkan pendkter mengenai Penyakit apendisitik</li> </ul>	S: pasien mengatakan tidak mengerti apa penyebab dari penyakitnya. O: Pasien kooperatif Pasien nampak memperhatikan penjelasan yang diberikan dan berusaha memahami	<i>[Signature]</i>
12.30		pasien operasi laparotomy		

Implementasi ke dua

Tgl/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon	TTD
27/01 2021 18.00	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</li> </ul>	S: pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi seperti tertusuk-tusuk O: P: nyeri tidak menentu Q: tertusuk-tusuk R: luka post operasi S: skala 3 T: hilang timbul kurang lebih 25 detik	<i>[Signature]</i>
18.10		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi skala nyeri</li> </ul>	S: pasien mengatakan nyeri yang dirasakan bila digambarkan dari angka 1-10 yaitu skala 3. O: Pasien nampak menaruh sakit.	<i>[Signature]</i>
18.20		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengontrol nyeri</li> </ul>	S: Pasien mengatakan mencoba saat nyeri datang O: pasien dapat mengulangi dengan mandiri	<i>[Signature]</i>

GELATIK

27/01 2021 18-30	Ansietas b.d Kurang terpapar informasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi tanda tanda vital</li> </ul>	S: pasien mengatakan sudah sedikit lega karena sudah di operasi, namun masih sedikit tegang karena nyeri. O: TD: 139 / 22 mmHg N: 80 x /menit S: 37 °C RR: 24 x /menit	<i>[Signature]</i>
18-40		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengajarkan teknik relaksasi</li> </ul>	S: pasien mengatakan mencoba pada saat nyeri datang. O: pasien nampak sedikit rileks dan sudah bisa mempraktekan secara mandiri	<i>[Signature]</i>
18-45		<ul style="list-style-type: none"> <li>• memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakit apendisit</li> </ul>	S: pasien mengatakan sudah paham dengan penyakitnya O: Pasien sedikit rileks dan kooperatif. dapat menjawab beberapa pertanyaan.	<i>[Signature]</i>
Implementasi Hari ke 3				
Tgl /jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Respon	TTD
28/01 2021 15:30	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencerderaan fisiologis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> </ul>	S: Pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi O: P: Saat bergerak Q: tertusuk - tusuk R: luka post operasi S: skala 2 T: hilang timbul	<i>[Signature]</i>
15.40		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi skala nyeri</li> </ul>	S: pasien mengatakan nyeri dirasakan apabila digambarkan dari angka 1-10 skala 2 O: tampak menahan sakit.	<i>[Signature]</i>

GELATIK

15. AS		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengontrol nyeri</li> </ul>	S: pasien mengatakan mencoba saat nyeri datang O: pasien lapar mempraktekan dengan mandiri dan benar.	<i>[Signature]</i>
28 / 01 2021 15. 55	Ansietas b.d Kurang ter- papar informasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi tanda - tanda vital</li> </ul>	S: pasien mengatakan sudah tidak khawatir O: TD : 130 / 76 mmHg S : 36 ° C N : 81 x / menit RR : 20 x / menit	<i>[Signature]</i>
16. 05		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengajarkan teknik relaksasi</li> </ul>	S: Pasien mengatakan mencoba pada saat nyeri kambuh saja. O: pasien nampak rileks.	<i>[Signature]</i>
16. 10		<ul style="list-style-type: none"> <li>• memberikan pendidikan kesehatan mengenai Penyakitnya</li> </ul>	S: pasien mengatakan sudah paham mengenai penyakitnya. O: pasien kooperatif nampak rileks.	

Evaluasi hari ke 2.

Tgl / jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan.	TTD
27/01 2021	nyeri akut b.d agen Pencederaan fisiologis	S: pasien mengeluh nyeri P: tidak menentu O: seperti ditusuk - tusuk R: <del>luka</del> luka post op S: skala 3 T: hilang timbul kurang lebih 25 detik O: TD: 139/22 mmHg N: 80 x /menit RR: 20 x /menit S: 36 °C A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	H/2
27/01 2021	Anxietas b.d Kurang terpapar informasi	S: Pasien mengatakan sudah sedikit lega karena sudah dioperasi, namun masih sedikit tegang karena nyeri pada luka post op O: TD: 139/22 mmHg N: 80 x /menit RR: 20 x /menit S: 37 °C A: masalah belum teratasi P: lanjutkan intervensi	H/2

evaluasi hari ke 3

Tgl / jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Keperawatan	TTD
28/01 2021	Nyeri akut b.d agen Pencederaan fisologis	S : Pasien mengeluh nyeri O : P : luka postop Q : Tertusuk R : Perut kanan bawah S : Skala 2, ? T : hilang timbul A : MASALAH BELUM TERATASI P : Lanjutkan intervensi	<i>HH</i>
28/01 2021	Ansietas b.d kurang terpapar informasi	S : Pasien mengatakan sudah tidak khawatir dan cemas, pasien mengatakan menerima keadaanya O : TD : 130/76 mmHg N : 81x/menit RR : 20x/menit S : 36 A : masalah teratasi P : Hentikan intervensi	<i>AA</i>