

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN**  
**DENGAN APPENDICITIS YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**



**Disusun oleh :**

**ERWIN HIDAYAT**

**NIM. P07220117046**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**  
**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**

**SAMARINDA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA**  
**KLIEN DENGAN APPENDICITIS YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madaya Keperawatan (Amd.Kep)

Pada Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Disusun oleh :**

**ERWIN HIDAYAT**

**NIM. P07220117046**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN**

**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN**

**SAMARINDA**

**2020**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Samarinda,.....

Yang menyatakan

NAMA : ERWIN HIDAYAT  
NIM : P07220117046

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**  
**UNTUK DIUJIKAN**

TANGGAL, 13 MEI 2020

Oleh

Pembimbing

Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd

NIDN.4020027901

Pembimbing Pendamping

Ns.Asnah, S.Kep, M.Pd

NIDN.4008047301

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ns. Andi Lis Amring Gandi, S.Kep., M.Kep

NIP. 196803291994022001

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Appendicitis Di  
RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Telah diuji  
Pada tanggal 13 MEI 2020

### PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

**Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd**  
**NIDN. 4023126901**

(.....)

Penguji Anggota :

**1. Rahmawati Shoufiah, S.ST, M.Pd**  
**NIDN.4020027901**

(.....)

**2. Ns.Asnah, S.Kep, M.Pd**  
**NIDN.4008047301**

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur,

**Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes**  
**NIP. 196508251985503200**

**Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep**  
**NIP. 196803291994022001**

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

1. Nama : Erwin Hidayat
2. Jenis Kelamin : Laki-Laki
3. Tempat, Tanggal Lahir : Tanjung Tengah, 01 Januari 2000
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Bakti abri gn stelling Rt. 54 No.107

### B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 019 Balikpapan Utara Tahun 2005-2011
2. SMPN 6 Balikpapan Tahun 2011- 2014
3. SMAN 6 Balikpapan Tahun 2014 - 2017
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2017 sampai sekarang.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala atas limpahan rahmat, taufik dan inayah-Nya, serta nikmat sehat sehingga penyusunan laporan tugas akhir guna memenuhi tugas akhir ini dapat selesai sesuai dengan yang diharapkan. Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada baginda Nabi Muhammad Shallallahu'alaihi Wasallam dan semoga kita selalu berpegang teguh pada sunnahnya. Penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini tentunya hambatan selalu mengiringi namun atas bantuan, dorongan dan bimbingan dari orang tua, dosen pembimbing dan teman-teman yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu, tidak lupa saya mengucapkan banyak terimakasih kepada :

1. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Dr. Edy Iskandar, Sp.PD.,FINASIM.,MARS, selaku Direktur Rumah Sakit Umum dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
3. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Andi Lis AG, M,Kep, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
5. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kalimantan Timur.
6. Rahmawati Shoufiah, S.ST.,M.Pd, selaku Pembimbing I dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.

7. Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd, selaku Pembimbing II dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah.
8. Dan seluruh pihak yang terkait yang tidak mungkin disebut satu persatu dalam menyelesaikan Program dan KTI ini.

KTI ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan KTI ini. Akhirnya hanya kepada Allah Subhanahu Wata'ala kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Allah Subhanahu Wata'ala.

Balikpapan,19 Agustus 2019

Erwin Hidayat



# Halaman Persembahan



Puji dan syukur kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala

Yang telah melimpahkan Rahmat, Taufiq, dan Hidayah-Nya sehingga saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad Shallallahu Alaihi Wasallam. Saya persembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat saya kasihi dan kusayangi

Teruntuk kedua orangtua ku

Terimakasih untuk kedua orangtua saya yang telah memberikan kasih sayang, secara dukungan, ridho, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tiada mungkin dapat kubalas hanya dengan selebar kertas yang bertuliskan kata persembahan. Semoga ini menjadi langkah awal untuk membuat Ibu dan Ayah bahagia karena kusadar, selama ini belum bisa berbuat lebih. Untuk Ibu dan ayah yang selalu membuatku termotivasi dan selalu menyirami kasih sayang, selalu mendoakanku, selalu menasehatiku serta selalu meridhoiku melakukan hal yang lebih baik, Terima kasih Ibu, Terima kasih Ayah

Teruntuk Dosen pembimbing

Terimakasih untuk pembimbing saya selama saya menyusun karya tulis ilmiah ini, bu Shofie dan bu Asnah terimakasih sudah selalu sabar membimbing saya semoga apa yang ibu berikan menjadi amal baik untuk ibu dan keluarga.

Teruntuk Dosen Keperawatan

Terimakasih untuk ilmu yang di berikan selama 3 tahun ini, semoga saya bisa mengaplikasikan ilmu yang diberikan secara baik, semoga ilmu yang diberikan kepada saya menjadi amal baik untuk ibu dosen.

#### Teruntuk angkatan 6

Terima kasih untuk kalian semua yang telah memberikan warna selama 3 tahun terakhir, saya akan merindukan kebersamaan kita dari mulai ribut, bingung, panik, senang dan banyak hal semoga kita semua sukses bareng.

#### Teruntuk The Boys

Terimakasih untuk 3 tahun kebersamaannya kita bukan hanya sekedar beteman tapi yang saya rasakan lebih seperti keluarga. Banyak hal yang bisa kita lakukan bersama sama seperti menjadi panitia, bermain game, nginap dikampus, mengikuti hampir semua ukm yang ada dikampus, dan masih banyak lagi kegiatan kegiatan yang membuat kita makin solid. Semoga kedepannya kita tetap bisa berhubungan dengan baik dan dapat melakukan banyak kegiatan lagi .

#### Teruntuk S

Terimakasih telah mensupport saya , marahin saya ketika muncul kata lelah terimakasih karena banyak merubah pola fikir saya, semoga kedepannya bisa tetap sama sama dan sukses sama sama.

## **ABSTRAK**

### **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN PRE DAN POST APPENDICITIS”**

Apendicitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Insidens tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun, setelah itu menurun. Diagnosis segera, perlu dilakukan untuk mencegah terjadinya komplikasi. Pemeriksaan tambahan ultrasonography (USG) dalam penentuan diagnosis appendicitis menjadi penting untuk melengkapi pemeriksaan klinis sehingga penegakkan diagnosis menjadi lebih cepat, tepat dan akurat.

Penelitian ini menggunakan metode studi literature review dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil dua kasus sebagai unit analisis. Unit analisis adalah klien dengan pre dan post appendicitis. Metode pengambilan data melalui identifikasi, menginterpretasi dan menganalisis dari 2 sumber pustaka. Teknik pengumpulan data menggunakan studi literatur.

Berdasarkan analisa data didapatkan kesamaan dan kesenjangan antara 2 sumber kasus, diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien 1 adalah diagnosa Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi, dan Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi pada pre operatif, lalu diagnose, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive pada post operatif, sedangkan pada klien 2 ditemukan diagnosa Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis, Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi, dan Resiko infeksi b.d ketidakefektifan pertahanan tubuh primer. perencanaan dan pelaksanaan ditunjang dengan fasilitas dan sarana yang mendukung.

Dapat disimpulkan bahwa setiap klien dengan apendisitis memiliki respon yang berbeda terhadap penyakitnya. Hasil penelitian ini diharapkan perawat dapat meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya pada klien dengan apendisitis.

**Kata Kunci** : Appendicitis, Asuhan Keperawatan, Literature Review

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
DAFTAR BAGAN .....	xiv
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
BAB II.....	8
TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar Penyakit Appendicitis .....	8
1. Definisi.....	8

2.	Anatomi & Fisiologi Appendicitis .....	8
3.	Etiologi.....	10
4.	Patofisiologi .....	11
5.	Klasifikasi .....	12
6.	Manifestasi Klinis.....	13
7.	Pathway.....	14
8.	Penatalaksanaan Medis .....	15
9.	Komplikasi .....	17
B.	Konsep Masalah Keperawatan .....	20
1.	Definisi.....	20
2.	Kriteria Mayor & Minor .....	20
3.	Faktor Yang Berhubungan .....	20
C.	Konsep Asuhan Keperawatan .....	27
1.	Pengkajian Keperawatan.....	27
2.	Diagnosa Keperawatan .....	31
3.	Perencanaan Keperawatan .....	31
4.	Pelaksanaan Tindakan keperawatan .....	37
5.	Evaluasi Keperawatan.....	38
BAB III.....		41
METODOLOGI PENELITIAN .....		41
A.	Desain Penelitian .....	41
B.	Subyek Penelitian .....	41
C.	Definisi Operasional .....	42
D.	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	42

E. Prosedur Penelitian.....	42
F. Metode dan instrument Pengumpulan Data.....	43
G. Keabsahan Data .....	44
H. Analisis Data .....	45
BAB IV .....	47
HASIL DAN PEMBAHASAN .....	47
A. Hasil.....	47
B. Pembahasan.....	76
BAB V.....	92
KESIMPULAN DAN SARAN .....	92
A. Kesimpulan.....	92
B. Saran .....	94
DAFTAR PUSTAKA .....	96

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Apendiks .....	9
-----------------------------------	---

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Appendisititis.....	14
---------------------------------------	----



## DAFTAR TABEL

4.1 Hasil Anamnesis Klien Appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	48
4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	51
4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	56
4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi Klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	58
4.5 Diagnosa Keperawatan Pre Operasi Klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 .....	58
4.6 Diagnosa Keperawatan Post Operasi Klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	61
4.7 Perencanaan klien pre operasi dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	62
4.8 Perencanaan klien 1 post operasi dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	64
4.9 Implementasi keperawatan Klien 1 dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020 .....	66
4.10 Implementasi keperawatan Klien 2 dengan Pre appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	68
4.11 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 1 dengan appendicitis RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	70
4.12 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 2 dengan appendicitis RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.....	73

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah

Lampiran 2 Format Analisa Data

Lampiran 3 Format Rencana Keperawatan

Lampiran 4 Format Tindakan Keperawatan

Lampiran 5 Format Evaluasi Keperawatan

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Era teknologi informasi dan globalisasi saat ini membawa banyak perubahan dalam kehidupan masyarakat, antara lain adalah perubahan gaya hidup terutama pada pola makan (stang dalam Novita, 2017). Pergeseran pola konsumsi pada masyarakat dipengaruhi oleh perkembangan jumlah dan jenis makanan. Masyarakat dengan kesibukan bekerja atau berkegiatan yang dilakukan setiap hari meyebabkan mereka tidak memiliki banyak waktu untuk memasak makanan sendiri. Hal tersebut menyebabkan masyarakat banyak yang beralih mengkonsumsi makanan cepat saji. Makanan cepat saji menjadi pilihan karena menurut sebagian masyarakat dengan harga yang cukup terjangkau serta pengolahan yang praktis mereka sudah dapat menikmati makanan yang lezat rasanya (goleman, And Others , 2019) .

*Junk food* yang dikonsumsi secara berlebihan dapat menimbulkan berbagai gangguan kesehatan, seperti obesitas (kegemukan), diabetes (kencing manis), hipertensi (tekanan darah tinggi), aterosklerosis (pengerasan pembuluh darah), penyakit jantung koroner, usus buntu (appendisitis) stroke, kanker dan lain-lain (Ariska &Ali, 2019).

Appendisitis merupakan penyakit yang menjadi perhatian oleh karena angka kejadian appendisitis tinggi di setiap negara. Resiko perkembangan appendisitis bisa seumur hidup sehingga memerlukan tindakan pembedahan.

Appendicitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun jarang dilaporkan. Insiden tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun, setelah itu menurun. Insiden pada laki-laki dan perempuan umumnya sebanding, kecuali pada umur 20-30 tahun insiden laki-laki lebih tinggi (Sjamsuhidajat & de jong, 2010).

Keluhan appendisitis biasanya bermula dari nyeri di daerah umbilikus atau periumbilikus yang disertai dengan muntah. Dalam 2-12 jam nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan. Terdapat juga keluhan anoreksia, malaise, dan demam yang tidak terlalu tinggi. Biasanya juga terdapat konstipasi, tetapi kadang-kadang terjadi diare, mual, dan muntah. Pada permulaan timbulnya penyakit belum ada keluhan abdomen yang menetap. Namun dalam beberapa jam nyeri abdomen bawah akan semakin progresif, dan dengan pemeriksaan seksama akan dapat ditunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Perkusi ringan pada kuadran kanan bawah dapat membantu menentukan lokasi nyeri. Nyeri lepas dan spasme biasanya juga muncul (Mansjoer, 2011).

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

World Health Organization (WHO) menyebutkan insiden appendisitis di dunia tahun 2012 mencapai 7% dari keseluruhan jumlah penduduk dunia (Ambarwati, 2017) . Di Asia insidensi appendisitis pada tahun 2013 adalah 4,8% penduduk dari total populasi. Sedangkan dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia pada tahun 2013 jumlah penderita appendisitis di Indonesia mencapai 591.819 orang dan meningkat pada tahun 2014 sebesar 596.132 orang (Soewito, 2017).

Berdasarkan data menurut DEPKES RI jumlah klien yang menderita penyakit appendisitis berjumlah sekitar 26% dari jumlah penduduk di Kalimantan Timur (Anas, Kadrianti, E., 2013).

Dampak dari appendisitis terhadap kebutuhan dasar manusia diantaranya kebutuhan dasar cairan, karena penderita mengalami demam tinggi sehingga pemenuhan cairan berkurang. Kebutuhan dasar nutrisi berkurang karena klien appendisitis mengalami mual, muntah, dan tidak nafsu makan. Kebutuhan rasa nyaman penderita mengalami nyeri pada abdomen karena peradangan yang dialami dan personal hygiene terganggu karena penderita mengalami kelemahan. Kebutuhan rasa aman, penderita mengalami kecemasan karena penyakit yang di deritanya dan bila tidak terawat, angka kematian cukup tinggi dikarenakan oleh peritonitis dan syok ketika umbai cacing yang terinfeksi hancur (Elizabeth J. Corwin, 2011).

Penatalaksanaan klien dengan appendisitis meliputi terapi farmakologi dan terapi bedah. Terapi farmakologi yang diberikan adalah antibiotik, cairan intravena dan analgetik. Antibiotik dan cairan intravena diberikan sampai

pembedahan dilakukan, analgetik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan (W. Sofiah, 2017).

Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus preoperatif appendisitis yaitu nyeri akut, hipertermia, dan ansietas, sedangkan masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus post operatif appendisitis yaitu nyeri akut, resiko infeksi, resiko hypovolemia. Sebelum dilakukan pembedahan perawat perlu memprioritaskan tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu dengan mengurangi nyeri, mencegah terjadinya komplikasi pre operatif, dan memberikan informasi tentang kondisi atau prognosis dan kebutuhan pengobatannya, terutama yang akan menjalani tindakan operasi agar tidak menimbulkan kecemasan bagi klien (Soewito, 2017).

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

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

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

Berdasarkan data rekam medis di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwobowo didapatkan data bahwa dalam dua tahun terakhir kasus klien dengan diagnosa appendisitis di ruangan Flamboyan B mengalami peningkatan. Selama Tahun 2019 kasus klien dengan diagnosa appendisitis di ruangan flamboyan B adalah sebanyak 30 kasus. Sedangkan data kasus klien dengan diagnosa appendisitis di ruangan falmboyan B selama tahun 2018 adalah sebanyak 19 kasus (Rekam Medic RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo, 2019). Sehingga dalam hal ini penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada Klien dengan Pre dan Post Operatif appendisitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020 secara komprehensif guna memperoleh gambaran secara nyata.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang diuraikan diatas maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk KTI dengan judul Bagaimana Asuhan Keperawatan Klien dengan Appendisitis di RSUD dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Kalimantan Timur tahun 2020 ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memperoleh gambaran Asuhan Keperawatan Klien dengan Appendisitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Dapat melakukan pengkajian terhadap klien dengan Appendisitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.
- b. Dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada klien dengan Appendisitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.
- c. Dapat membuat perencanaan tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah keperawatan pada klien dengan Appendisitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.
- d. Dapat melaksanakan intervensi keperawatan pada klien dengan Appendisitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.
- e. Dapat membuat evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien dengan Appendisitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.



#### **D. Manfaat Penelitian**

##### 1. Bagi Peneliti

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

##### 2. Bagi Tempat Penelitian

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan kepada bidang pelayanan kesehatan mengenai Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Appendisitis sehingga dapat menjadi perantara untuk mengatasi masalah klien dalam proses penyembuhan.

##### 3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

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

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Appendicitis**

##### **1. Definisi**

Appendisitis adalah peradangan pada *apendiks vermiformis* dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini menyerang semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Bare, 2013).

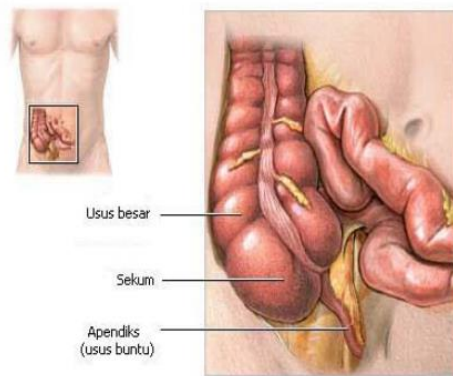
Appendisitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing. Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan laparotomi dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi (Anonim, 2007 dalam Docstoc, 2010).

##### **2. Anatomi & Fisiologi Appendicitis**

###### **a. Anatomi Appendisitis**

*Appendiks vermiformis* atau yang sering disebut sebagai apendiks adalah organ berbentuk tabung dan sempit yang mempunyai otot dan banyak mengandung jaringan limfoid. Panjang apendiks vermiformis bervariasi dari 3-5 inci (8-13 cm). Dasarnya melekat pada

permukaan aspek posteromedial caecum, 2,5 cm dibawah junctura iliocaecal dengan lainnya bebas. Lumennya melebar di bagian distal dan menyempit di bagian proksimal (S. H. Sibuea, 2014).



Gambar 2.1 Anatomi Apendiks

Sumber : (Eylin, 2009b).

Apendiks vermiformis terletak pada kuadran kanan bawah abdomen di region iliaca dextra. Pangkalnya diproyeksikan ke dinding anterior abdomen pada titik sepertiga bawah yang menghubungkan spina iliaca anterior superior dan umbilicus yang disebut titik McBurney (Siti Hardiyanti Sibuea, 2014).

Hampir seluruh permukaan apendiks dikelilingi oleh peritoneum dan mesoapendiks (mesenter dari apendiks) yang merupakan lipatan peritoneum berjalan kontinue disepanjang apendiks dan berakhir di ujung apendiks. Vaskularisasi dari apendiks berjalan sepanjang mesoapendiks kecuali di ujung dari apendiks dimana tidak terdapat mesoapendiks. Arteri apendikular, derivate cabang inferior dari arteri ileocoli yang merupakan trunkus mesentrik superior. Selain arteri

apendikular yang memperdarahi hampir seluruh apendiks, juga terdapat kontribusi dari arteri asesorius. Untuk aliran balik, vena apendiseal cabang dari vena ileocolic berjalan ke vena mesentrik superior dan kemudian masuk ke sirkulasi portal (Eylin, 2009).

b. Fisiologi Appendisitis

Secara fisiologis, apendiks menghasilkan lendir 1 – 2 ml per hari. Lendir normalnya dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks berperan pada patogenesis apendiks. Immunoglobulin sekretor yang dihasilkan oleh GALT (*Gut Associated Lymphoid Tissue*) yang terdapat di sepanjang saluran pencernaan termasuk apendiks ialah IgA. Immunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai perlindungan terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfa disini kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlahnya disaluran cerna dan diseluruh tubuh (Arifin, 2014).

### 3. Etiologi

Appendisitis akut merupakan infeksi bakteri. Berbagai hal berperan *sebagai* faktor pencetusnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan appendisitis

adalah erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E. histolytica* (Jong, 2010).

Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya appendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semuanya ini akan mempermudah timbulnya appendisitis akut (Jong, 2010).

#### **4. Patofisiologi**

Appendisitis kemungkinan dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh feses yang terlibat atau fekalit. Penjelasan ini sesuai dengan pengamatan epidemiologi bahwa appendisitis berhubungan dengan asupan serat dalam makanan yang rendah (Burkitt, 2007).

Pada stadium awal dari appendisitis, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi ini kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan lapisan muskular dan serosa (peritoneal). Cairan eksudat fibrinopurulenta terbentuk pada permukaan serosa dan berlanjut ke beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan, seperti usus atau dinding abdomen, menyebabkan peritonitis lokal (Burkitt, 2007).

Dalam stadium ini mukosa glandular yang nekrosis terkelupas ke dalam lumen, yang menjadi distensi dengan pus. Akhirnya, arteri yang menyuplai apendiks menjadi bertrombosit dan apendiks yang kurang suplai darah menjadi nekrosis atau gangren. Perforasi akan segera terjadi dan

menyebarkan ke rongga peritoneal. Jika perforasi yang terjadi dibungkus oleh omentum, abses lokal akan terjadi (Burkitt, 2007).

## 5. Klasifikasi

Klasifikasi *appendisitis* terbagi menjadi dua yaitu, *appendisitis* akut dan *appendisitis* kronik (Sjamsuhidajat & de jong, 2010):

### a. *Appendisitis* akut.

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

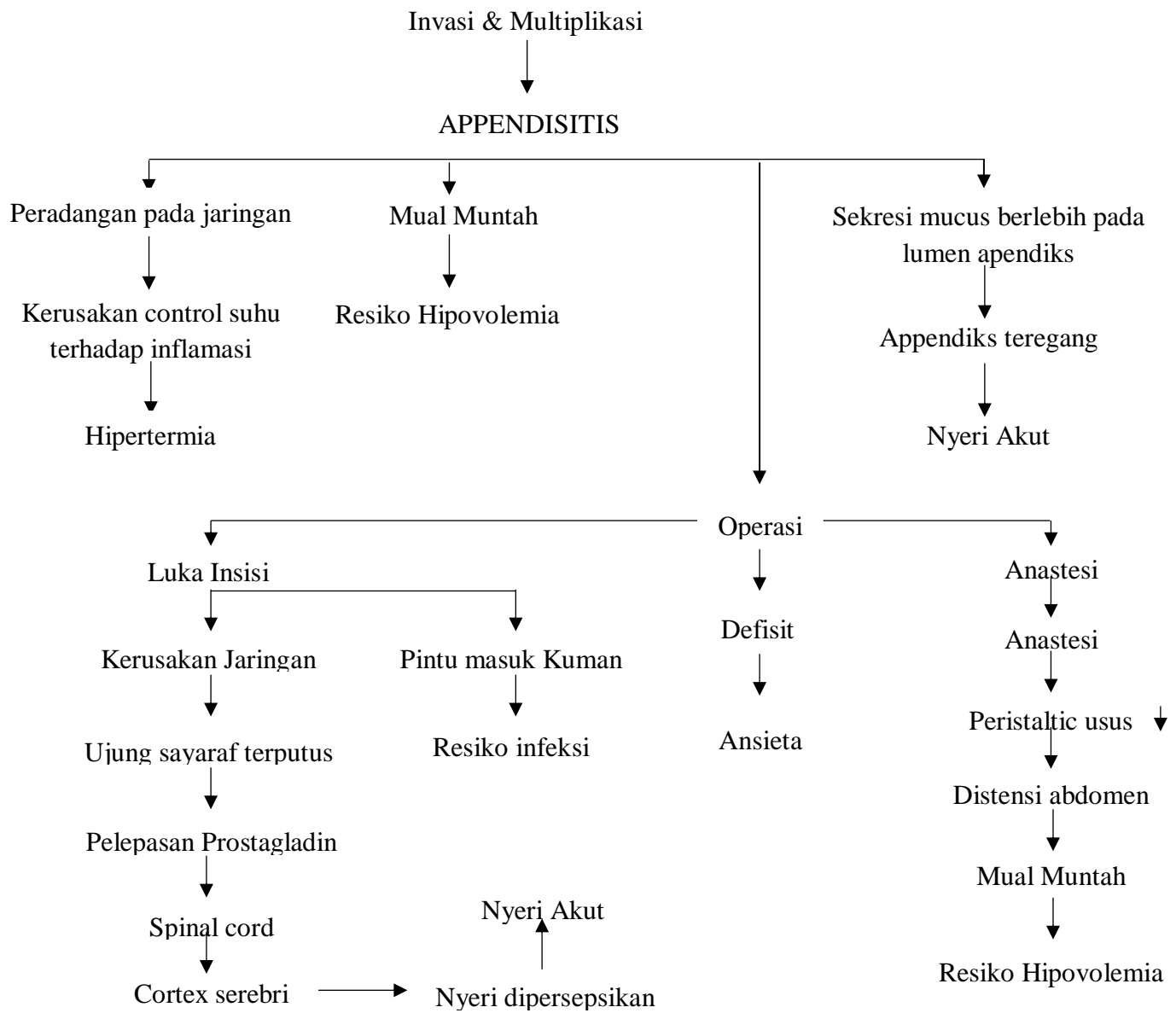
### b. *Appendisitis* kronik.

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

## **6. Manifestasi Klinis**

- a. Nyeri kuadran kanan bawah dan biasanya demam ringan
- b. Mual, muntah
- c. Anoreksia, malaise
- d. Nyeri lepas lokal pada titik Mc. Burney
- e. Spasme otot
- f. Konstipasi, diare

7. Pathway



Bagan 2.1

Sumber: (Nurarif & Kusuma, 2016)



## 8. Penatalaksanaan Medis

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) penatalaksanaan medis pada appendisitis meliputi :

### a. Sebelum operasi

#### 1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala appendisitis seringkali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilaksanakan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan.

Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

#### 2) Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dan abses intra abdominal luka operasi pada klien apendektomi. Antibiotik diberikan sebelum, saat, hingga 24 jam pasca operasi dan melalui cara pemberian intravena (IV) (Sulikhah, 2014).

### b. Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah apendektomi. Apendektomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang apendiks (Wiwik Sofiah, 2017). Indikasi dilakukannya

operasi apendiktomi yaitu bila diagnosa appendisitis telah ditegakkan berdasarkan gejala klinis. Pada keadaan yang meragukan diperlukan pemeriksaan penunjang USG atau CT scan.

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

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

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

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

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

c. Pasca operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan. Klien dibaringkan dalam posisi terlentang. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal.

## **9. Komplikasi**

Komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan appendisitis. Adapun jenis komplikasi menurut (Sulekale, 2016) adalah :

a. Abses

Abses merupakan peradangan apendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi apabila appendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum. Operasi appendektomi untuk kondisi abses apendiks dapat dilakukan secara dini (appendektomi dini) maupun tertunda (appendektomi interval). Appendektomi dini merupakan appendektomi yang dilakukan segera atau beberapa hari setelah kedatangan klien di rumah sakit. Sedangkan appendektomi interval merupakan appendektomi yang dilakukan setelah terapi konservatif awal, berupa pemberian antibiotika intravena selama beberapa minggu.

b. Perforasi

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,5° C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositosis terutama Polymorphonuclear (PMN). Perforasi baik berupa perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan terjadinya peritonitis. Perforasi memerlukan pertolongan medis segera untuk membatasi

pergerakan lebih lanjut atau kebocoran dari isi lambung ke rongga perut. Mengatasi peritonitis dapat dilakukan operasi untuk memperbaiki perforasi, mengatasi sumber infeksi, atau dalam beberapa kasus mengangkat bagian dari organ yang terpengaruh .

c. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum dapat menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oliguria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis. Penderita peritonitis akan disarankan untuk menjalani rawat inap di rumah sakit. Beberapa penanganan bagi penderita peritonitis adalah :

- 1) Pemberian obat-obatan. Penderita akan diberikan antibiotik suntik atau obat antijamur bila dicurigai penyebabnya adalah infeksi jamur, untuk mengobati serta mencegah infeksi menyebar ke seluruh tubuh. Jangka waktu pengobatan akan disesuaikan dengan tingkat keparahan yang dialami klien.
- 2) Pembedahan. Tindakan pembedahan dilakukan untuk membuang jaringan yang terinfeksi atau menutup robekan yang terjadi pada organ dalam.

## **B. Konsep Masalah Keperawatan**

### **1. Definisi**

Masalah keperawatan merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya (PPNI, 2017).

### **2. Kriteria Mayor & Minor**

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis (PPNI, 2017).

### **3. Faktor Yang Berhubungan**

Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakan suatu diagnosis atau masalah keperawatan (PPNI, 2017).

a. Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus pre operatif *appendicitis* yaitu :

1) Nyeri akut (**D.0077**).

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

Penyebab :

a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).

b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan).

c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan Kriteria :

a) Mayor :

(1) Subjektif : Mengeluh nyeri.

(2) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Minor :

(1) Subjektif :

(2) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

## 2) Hipertermia (**D.130**).

Suhu tubuh meningkat di atas rentang tubuh normal.

Penyebab

a) Dehidrasi.

b) Terpapar lingkungan panas.

c) Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker.)

- d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan.
- e) Peningkatan laju metabolisme.
- f) Respon trauma.
- g) Aktivitas berlebihan.
- h) Penggunaan incubator.

Gejala dan Kriteria :

a) Mayor :

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

b) Minor :

- (1) Subjektif :
- (2) Objektif : Kulit memerah, kejang, takikardi, takpnea,  
kulit terasa hangat.

### 3) Resiko Hipovolemia (**D.0034**).

Beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan atau intraseluler.

Factor resiko :

- a) Kehilangan cairan secara aktif.
- b) Gangguan absorsi cairan.
- c) Usia lanjut.
- d) Kelebihan berat badan.
- e) Status hipermetabolik.
- f) Kegagalan mekanisme regulasi.



- g) Evaporasi.
- h) Kekurangan intake dan output cairan.
- i) Efek agen farmakologis

4) **Ansietas ( D.0080).**

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap obyek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

- a) Krisis situasional.
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi.
- c) Krisis maturasional.
- d) Ancaman terhadap konsep diri.
- e) Ancaman terhadap kematian.
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan.
- g) Disfungsi system keluarga.
- h) Hubungan orang tua anak tidak memuaskan.
- i) Factor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir ).
- j) Penyalahgunaan zat.
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. Toksin, polutan, dan lain lain).
- l) Kurang terpapar informasi.

Gejala dan Kriteria :

## a) Mayor :

(1) Subjektif : Merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi.

(2) Objektif : Tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur.

## b) Minor :

(1) Subjektif : Mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.

(2) Objektif : Frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu.

b. Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus post operatif *appendicitis* yaitu:1) Nyeri akut (**D.0077**) .

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

Penyebab :

a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).

b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan).

c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

Gejala dan Kriteria :

a) Mayor :

(1) Subjektif : Mengeluh nyeri.

(2) Objektif : Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

b) Minor :

(1) Subjektif :

(2) Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

2) Resiko hypovolemia (**D.0034**).

Beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan atau intraseluler.

Factor resiko :

a) Kehilangan cairan secara aktif.

b) Gangguan absorsi cairan.

c) Usia lanjut.

d) Kelebihan berat badan.

- e) Status hipermetabolik.
  - f) Kegagalan mekanisme regulasi.
  - g) Evaporasi.
  - h) Kekurangan intake dan output cairan.
  - i) Efek agen farmakologis
- 3) Resiko Infeksi (**D.0142**).

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Factor resiko :

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

- (2) Imunosupresi.
- (3) Leukopenia.
- (4) Supresi respon inflamasi.
- (5) Vaksinasi tidak adekuat.

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

#### a. Data demografi

Identitas klien : nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor register.

#### b. Riwayat kesehatan

##### 1) Keluhan utama

Nyeri pada daerah abdomen kanan bawah.

##### 2) Riwayat kesehatan sekarang

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

##### 3) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami operasi sebelumnya pada colon.

##### 4) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.

#### c. Pemeriksaan fisik ROS (review of system)

- 1) Kedaan umum : kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis.
  - 2) Sistem kardiovaskuler : ada distensi vena jugularis, pucat, edema, TD >110/70mmHg; hipertermi.
  - 3) Sistem respirasi : frekuensi nafas normal (16-20x/menit), dada simetris, ada tidaknya sumbatan jalan nafas, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak terpasang O<sub>2</sub>, tidak ada ronchi, whezing, stridor.
  - 4) Sistem hematologi : terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi dan pendarahan.
  - 5) Sistem urogenital : ada ketegangan kandung kemih dan keluhan sakit pinggang serta tidak bisa mengeluarkan urin secara lancer.
  - 6) Sistem muskuloskeletal : ada kesulitan dalam pergerakan karena proses perjalanan penyakit.
  - 7) Sistem Integumen : terdapat oedema, turgor kulit menurun, sianosis, pucat.
  - 8) Abdomen : terdapat nyeri lepas, peristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen.
- d. Pola fungsi kesehatan menurut Gordon.
- 1) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat  
Adakah ada kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekwensinya), karena dapat mempengaruhi lamanya penyembuhan luka.

2) Pola nutrisi dan metabolisme.

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

3) Pola Eliminasi.

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

4) Pola aktifitas.

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

5) Pola sensorik dan kognitif.

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

6) Pola Tidur dan Istirahat.

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

7) Pola Persepsi dan konsep diri.

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

8) Pola hubungan.

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

9) Pemeriksaan diagnostic.

- a) Ultrasonografi adalah diagnostik untuk apendistis akut.
- b) Foto polos abdomen : dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.
- c) Pemeriksaan darah rutin : untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.
- d) Pemeriksaan Laboratorium.
  - (2) Darah : Ditemukan leukosit 10.000 – 18.0000  $\mu$ /ml.
  - (3) Urine : Ditemukan sejumlah kecil leukosit dan eritrosit.



## 2. Diagnosa Keperawatan

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

Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada kl *appendicitis*, antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (inflamasi *appendicitis*). **(D.0077)**
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi). **(D.0077)**
- c. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (Infeksi pada *appendicitis*). **(D.0130)**
- d. Risiko Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (muntah). **(D.0034)**
- e. Resiko hipovolemia ditandai dengan efek agen farmakologis **(D.0034)**
- f. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi **(D.0080)**
- g. Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive **(D.0142)**.

## 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif, A. H., & Kusuma, 2016).

**Tabel 2.1 Intervensi keperawatan Pre operatif**

NO	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (inflamasi appendicitis).(D.0077)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri (L.08066) dapat menurun dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun.</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun.</li> <li>4. Gelisah menurun.</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (I.08238).</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri</li> <li>1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal.</li> <li>1.3 Identivikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>1.5 Fasilitasi istirahat dan tidur.</li> <li>1.6 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.7 Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>1.8 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri .</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.9 Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu</li> </ol>

2.	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (Infeksi pada appendicitis). (D.0130)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi (L.14134) membaik dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggigil menurun.</li> <li>2. Takikardi menurun.</li> <li>3. Suhu tubuh membaik.</li> <li>4. Suhu kulit membaik.</li> </ol>	<p>Manajemen hipertermia (I.15506).</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi penyebab hipertermia.</li> <li>2.2 Monitor suhu tubuh.</li> <li>2.3 Monitor haluaran urine.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.4 Sediakan lingkungan yang dingin.</li> <li>2.5 Longgarkan atau lepaskan pakaian.</li> <li>2.6 Berikan cairan oral</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.7 Anjurkan tirah baring</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.8 Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.</li> </ol>
3.	<p>Risiko Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (muntah). (D.0034)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan Status cairan (L.0328) membaik dengan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Kekuatan nadi meningkat.</li> <li>2 Membrane mukosa lembap.</li> <li>3 Frekuensi nadi membaik.</li> <li>4 Tekanan darah membaik.</li> <li>5 Turgor kulit membaik.</li> </ol>	<p>Manajemen hypovolemia (I.03116).</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia.</li> <li>3.2 Monitor intake dan output cairan.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.3 Berikan asupan cairan oral</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.4 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.</li> <li>3.5 Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak.</li> </ol> <p>Kolaborasi :</p>

			3.6 Kolaborasi pemberian cairan IV.
4.	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi <b>(D.0080)</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat ansietas <b>(L.01006)</b> menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun. 2. Verbalisasi khawatir akibat menurun. 3. Prilaku gelisah menurun. 4. Prilaku tegang menurun.	Reduksi ansietas <b>(I.09314)</b> . Observasi : 4.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah. 4.2 Monitor tanda tanda ansietas verbal non verbal. 4.3 Temani klien untuk mengurangi kecemasan jika perlu. 4.4 Dengarkan dengan penuh perhatian. 4.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 4.6 Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 4.7 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu. 4.8 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 4.9 Latih teknik relaksasi. 4.10 Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu.

**Tabel 2.2 Intervensi keperawatan post operatif**

NO	Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi). <b>(D.0077)</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri <b>(L.08066)</b>	Manajemen nyeri <b>(I.08238)</b> Observasi : 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,

		<p>menurun dengan Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun.</li> <li>2. Meringis menurun.</li> <li>3. Sikap protektif menurun.</li> <li>4. Gelisah menurun.</li> <li>5. Frekuensi nadi membaik.</li> </ol>	<p>frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal.</li> <li>1.3 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>1.5 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.</li> <li>1.6 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.7 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</li> <li>1.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>1.9 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>1.10 Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu.</li> </ol>
--	--	--	--

2.	Risiko hipovolemia ditandai dengan efek agen farmakologis ( <b>D.0034</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Status cairan ( <b>L.0328</b> ) membaik dengan Kriteria Hasil : 6 Kekuatan nadi meningkat. 7 Membrane mukosa lembap. 8 Frekuensi nadi membaik. 9 Tekanan darah membaik. 10 Turgor kulit membaik.	Manajemen hypovolemia ( <b>I.03116</b> ) Observasi : 2.1 Periksa tanda dan gejala hipovolemia. 2.2 Monitor intake dan output cairan. Terapeutik : 2.3 Berikan asupan cairan oral Edukasi : 2.4 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. 2.5 Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak. Kolaborasi : 2.6 Kolaborasi pemberian cairan IV.
3.	Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive ( <b>D.0142</b> ).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi ( <b>L.14137</b> ) dengan Kriteria Hasil : 2. Kebersihan tangan meningkat. 3. Kebersihan badan meningkat. 4. Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun. 5. Kadar sel darah putih meningkat.	Pencegahan infeksi ( <b>I.14539</b> ) Observasi : 2.1 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2.2 Batasi jumlah pengunjung 2.3 Berikan perawatan kulit pada area edema. 2.4 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. 2.5 Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi. Edukasi : 2.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2.7 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

			<p>2.8 Ajarkan etika batuk.</p> <p>2.9 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</p> <p>2.10 Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>2.11 Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.</p>
--	--	--	--

#### 4. Pelaksanaan Tindakan keperawatan

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

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

Komponen tahap implementasi :

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

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Menurut (Setiadi, 2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

### **a. Evaluasi Formatif (Proses)**

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

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.



- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan (Setiadi, 2012), yaitu:

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

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk *case review* untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien asuhan keperawatan pada klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Pendekatan yang digunakan merupakan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan ini adalah :

1. Klien berjenis kelamin laki – laki maupun perempuan.
2. Klien yang dirawat di ruang perawatan dewasa.
3. Klien yang dirawat di ruang perawatan penyakit dalam.
4. Klien sadar penuh dengan kesadaran *compos mentis*.

### **C. Definisi Operasional**

1. Appendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks akibat infeksi yang ditandai dengan nyeri pada kuadran kanan bawah sekitar titik Mc.Burney. Pada kasus ini untuk menentukan appendisitis adalah berdasarkan rekam medis klien yang telah didiagnosis oleh dokter.
2. Asuhan keperawatan klien dengan appendisitis adalah asuhan keperawatan komprehensif yang diberikan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian , penegakan masalah keperawatan, menentukan intervensi, melakukan intervensi, lalu evaluasi pada klien yang mempunyai diagnose medis appendisitis baik pada perawatan pre operatif maupun perawatan post operatif.

### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu di Flamboyan A dan Flamboyan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Peneliti memilih lokasi tersebut karena ruangan tersebut adalah salah satu ruangan yang dikhususkan untuk merawat subyek dewasa dan terdapat fasilitas serta sarana yang memadai bagi subyek dan peneliti. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 23 Maret – 03 April di RSKD dr. Kanujoso Djatiwibowo.

### **E. Prosedur Penelitian**

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Peneliti mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet

2. Peneliti melapor kepembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang diperoleh
3. Setelah disetujui oleh pembimbing kemudian membuat review kasus dari kedua klien

## **F. Metode dan instrument Pengumpulan Data**

### **1. Teknik Pengumpulan Data**

Pada sub bab ini dijelaskan terkait metode pengumpulan data yang digunakan, antara lain :

#### **a) Wawancara**

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data antara peneliti dan klien, Tujuan dari wawancara ialah mendengarkan dan meningkatkan kesejahteraan klien melalui hubungan saling percaya dan suportif. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan masalah utama klien dan riwayat penyakit saat ini (Bickley Lynn S & Szilagyi Peter G, 2018).

#### **b) Observasi dan Pemeriksaan Fisik**

Observasi merupakan kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indera seperti pendengaran, penglihatan, perasa, sentuhan, dan cita rasa berdasarkan pada fakta-fakta peristiwa empiris (Hasanah, 2016).

Pemeriksaan fisik merupakan proses pemeriksaan tubuh klien untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik. Tujuan pemeriksaan fisik adalah untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan klien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara melihat

(inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi), mendengarkan (auskultasi) pada system tubuh klien (Kedokteran, 2018). Pada appendisitis akut, pembengkakan (swelling) rongga perut di mana dinding perut tampak mengencang (distensi). Pada perabaan (palpasi) di daerah perut kanan bawah, sering kali bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (Blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis appendisitis akut.

c) Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan suatu data atau informasi yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Studi dokumentasi dalam penelitian ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

## **G. Keabsahan Data**

Keabsahan data yang dilakukan peneliti dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Selain itu, keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber

informasi tambahan menggunakan triangulasi data dalam pengumpulan data. Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan data dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dalam penelitian menggunakan 3 triangulasi (sugiyono, 2011) yaitu :

1. Triangulasi sumber

Triangulasi sumber berarti untuk mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Misalnya melalui observasi dan wawancara, peneliti bisa menggunakan observasi terlihat pada dokumen-dokumen klien atau rekam medis, dan pemeriksaan penunjang yang dapat berupa foto atau gambar.

2. Triangulasi teknik

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber data yang sama. Dalam penelitian kualitatif, peneliti dapat menggunakan wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik untuk mengecek kebenaran.

3. Triangulasi waktu

Triangulasi waktu juga dapat mempengaruhi kredibilitas data. Data yang dikumpulkan dengan teknik wawancara di pagi hari saat narasumber masih segar sehingga akan memungkinkan data yang lebih valid.

## **H. Analisis Data**

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya melakukan analisis data. Analisis data dilakukan sejak

peneliti di lahan penelitian, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Teknik analisis dapat dilakukan dengan cara mengumpulkan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Kemudian dengan cara observasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya dikumpulkan oleh peneliti.

Data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien berupa suatu pendapat terhadap suatu situasi atau kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan panca indera (melihat, mendengar, mencium, dan meraba) selama pemeriksaan fisik. Dari data tersebut, selanjutnya peneliti menegakkan diagnose keperawatan. Kemudian peneliti menyusun intervensi atau rencana keperawatan, melakukan implementasi atau penatalaksanaan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini peneliti mereview hasil dan pembahasan kasus dari laporan dinas Erwin Hidayat pada klien 1 di Flamboyan A RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dan laporan dinas Tiara Rizky F pada klien 2 di Flamboyan B RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Selanjutnya akan diuraikan hasil dan pembahasan mengenai data umum data khusus tentang asuhan keperawatan pada klien pre operasi appendicitis diruangan flamboyant A dan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No. 656 Balikpapan. RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo atau dahulu dikenal dengan Rumah Sakit Umum Balikpapan ini dibuka sejak tanggal 12 September 1949. Fasilitas yang tersedia antara lain: instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan UGD 24 jam.

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan data dari kasus dari praktek keperawatan medical bedah II di ruang Flamboyan A dan kasus dari praktek keperawatan medical bedah II di ruang Flamboyan B. Ruangan Flamboyan A adalah ruangan yang dikhususkan merawat klien perempuan kasus bedah dan non bedah. Ruangan Flamboyan B adalah



ruangan yang dikhususkan merawat klien laki-laki kasus bedah dan non bedah.

Kasus yang dirawat meliputi kasus klien appendicitis pre dan post operasi appendiktomy.

Pada sub-sub ini akan dijelaskan sebagai berikut:

## 2. Data Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Klien Appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

DATA ANAMNESIS	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. M	Tn. S
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
Umur	26 Tahun	30 Tahun
Status Perkawinan	Belum menikah	Menikah
Pekerjaan	-	-
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	S-1	SD
Alamat	Km 4, Balikpapan Utara	Kariangau
Diagnosa Medis	Suspect Appendicitis	Appendicitis acute
Nomor Register	03 XX XX	79 XX XX
MRS/ Tgl Pengkajian	07 Maret 2020/ 9 Maret 2020	08 Maret 2020/ 09 Maret 2019
Keluhan utama	Nyeri pada perut kanan bawah	Nyeri perut sebelah kanan
Keluhan penyakit sekarang	klien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan bawah sejak 2 hari sebelum ke rumah sakit, lalu klien dibawa ke rumah sakit pada tanggal 07 maret 2020 dan dirawat di ruang igd lalu dibawa ke ruang Flamboyan A. Klien mengatakan mual dan muntah pada saat pertama masuk rumah sakit . P: klien mengatakan nyeri saat bergerak, Q:klien mengatakan nyeri seperti	Klien mengatakan datang dari IRD masuk Flamboyan B jam 16.00 klien mengatakan nyeri perut kanan sejak 4 hari yang lalu, seperti di tusuk tusuk dan tiba tiba. klien tidak mengeluh adanya mual muntah. P: nyeri saat melakukan aktivitas, Q: tertusuk –tusuk, R:abdomen kanan bawah, S: skala nyeri 4, T:tiba tiba

	tertusuk –tusuk, R:klien mengatakan nyeri dibagian perut menjalar ke belakang, S: skala nyeri 6 dilihat dari raut muka klien , T:nyeri di rasa terus menerus	
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan tidak pernah menderita suatu penyakit yang berat	Klien mengatakan tidak pernah menderita suatu penyakit yang berat
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan Keluarga tidak ada yang memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat.	Klien mengatakan Keluarga tidak ada yang memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat.
Psikososial	Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Klien adalah ayahnya. Ekspresi Klien terhadap penyakitnya yaitu tidak ada masalah. Klien mengatakan interaksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Reaksi saat interaksi dengan Klien kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.	Klien dapat berkomunikasi dengan perawat maupun orang lain sangat baik dan lancar serta menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat. Orang yang paling dekat dengan Klien adalah istrinya. Ekspresi Klien pada penyakitnya tidak ada masalah. Klien mengatakan interaksi dengan orang lain baik dan tidak ada masalah. Reaksi saat interaksi dengan Klien kooperatif dan tidak ada gangguan konsep diri.
Personal Hygiene dan Kebiasaan	Saat di rumah Klien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 3 kali sehari, sikat gigi sebanyak 3 kali sehari dan keramas sebanyak 1 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali. Selama di rumah sakit klien mengatakan diseka menggunakan tisu basah dan menyikat gigi 2x sehari dan mengganti baju pada pagi hari	Saat di rumah Klien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 3 kali sehari, dan sikat gigi sebanyak 2 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali. Klien mengatakan merokok 1 hari 1 bungkus dan klien mengatakan pernah meminum minuman beralkohol.

Spiritual	Sebelum sakit Klien sering untuk beribadah selama sakit klien tidak beribadah.	Sebelum sakit Klien sering untuk beribadah selama sakit klien tidak beribadah.
-----------	--	--

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Berdasarkan tabel 4.1 ditemukan data dari identitas klien. Pada klien 1 bernama Ny. M berusia 26 tahun, berjenis perempuan, masuk rumah sakit pada tanggal 07 Maret 2020 dan dilakukan pengkajian pada tanggal 9 Maret 2020 dengan diagnosa medis Suspect Appendicitis. Sedangkan pada Klien 2 bernama Tn. S berusia 30 tahun, berjenis kelamin laki – laki, masuk rumah sakit pada tanggal 08 Maret 2020 dan dilakukan pengkajian yaitu pada tanggal 09 Maret 2020 dengan diagnosa medis Appendicitis acute.

Pada pengkajian riwayat kesehatan pada klien 1 keluhan utama yaitu ditemukan klien mengatakan Nyeri pada perut kanan bawah sedangkan pada Klien 2 keluhan utama ditemukan klien mengatakan nyeri perut sebelah kanan. Pada riwayat penyakit sekarang ditemukan data klien 1 klien mengatakan nyeri pada perut bagian kanan bawah sejak 2 hari sebelum ke rumah sakit, lalu klien dibawa ke rumah sakit pada tanggal 07 maret 2020 dan dirawat di ruang igd lalu dibawa ke ruang Flamboyan A. Rasa nyeri seperti tertusuk tusuk tusuk menjalar ke bagian punggung, klien mengatakan mual dan muntah pada saat pertama masuk rumah sakit. Sedangkan pada Klien 2 didapatkan data dari riwayat penyakit sekarang yaitu Klien mengatakan datang dari IRD masuk Flamboyan B jam 16.00 klien mengatakan nyeri perut kanan

sejak 4 hari yang lalu, seperti di tusuk tusuk dan tiba tiba. klien tidak mengeluh adanya mual muntah.

Pada pengkajian riwayat penyakit dahulu ditemukan data klien 1 dan klien 2 mengatakan tidak pernah menderita suatu penyakit yang berat. Pada riwayat penyakit keluarga Klien 1 dan Klien 2 tidak ditemukan masalah, keluarga tidak ada yang memiliki kelainan / kecacatan dan menderita suatu penyakit yang berat.

Pada pengkajian data psikososial pada klien 1 dan klien 2 tidak ditemukan masalah keperawatan pola komunikasinya baik, klien dapat berinteraksi dengan kooperatif dan tidak ada gangguan pada konsep diri.

Pada pengkajian data Personal hygiene dan kebiasaan Klien 1 tidak ditemukan masalah sedangkan klien 2 mempunyai kebiasaan merokok dengan frekuensi 1 bungkus 1 hari ,lalu klien mengatakan pernah meminum minuman beralkohol.

Tabel 4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
1. Keadaan umum	Sedang Tampak terpasang infus RL pada tangan sebelah kiri	Sedang Tampak terpasang infus RL pada tangan sebelah kiri
2. Kesadaran	Compos Mentis GCS : E4 M6 V5	Compos Mentis GCS : E4 M6 V5
3. Tanda-tanda vital	TD : 130/90 mmHg Nadi : 98x/menit Suhu : 36,6°C RR : 22x/menit	TD : 110/75 mmHg Nadi : 84x/menit Suhu : 36,5°C RR : 16x/menit
4. Kenyamanan/nyeri	klien mengatakan nyeri setiap saat klien mengatakan nyeri seperti di tertusuk tusuk	klien mengatakan nyeri saat melakukan aktivitas klien mengatakan nyeri seperti di tertusuk tusuk

	klien mengatakan nyeri dirasa dibagian perut bawah klien mengatakan nyeri setiap saat Skala nyeri : 6	klien mengatakan nyeri pada abdomen kanan bawah klien mengatakan nyeri tiba tiba Skala nyeri : 4
5. Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi <i>Barthel Indeks</i>	Nilai skor : 10 Kategori ketergantungan : sedang	Nilai skor : 20 Kategori ketergantungan : mandiri
6. Pemeriksaan kepala a. Rambut	Bentuk kepala Klien oval, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala Klien, fingerprint di tengah frontal terhidrasi, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna hitam, tidak mudah patah, tidak bercabang.	Bentuk kepala Klien bulat, tidak ditemukan adanya penonjolan pada tulang kepala Klien, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna hitam, tidak bercabang.
b. Mata	Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sclera putih, konjungtiva tidak anemia, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, reflek +, pupil isokor	Mata lengkap dan simetris kanan dan kiri tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, sclera putih, konjungtiva merah muda, palpebra tidak ada edema, kornea jernih, reflek +, pupil isokor
c. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi di tengah, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, ketajaman penciuman normal, dan tidak ada kelainan	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasi di tengah, tidak ada secret atau sumbatan pada lubang hidung, ketajaman penciuman normal, dan tidak ada kelainan
d. Rongga mulut	Bibir berwarna merah muda, lidah berwarna merah muda, mukosa lembab, tonsil tidak membesar	Bibir berwarna hitam, lidah berwarna merah muda, mukosa lembab, tonsil tidak membesar.
e. Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga bersih kanan dan kiri, tidak ada benda asing dan bersih pada lubang telinga, Klien dapat mendengar suara gesekan jari.	Telinga simetris kanan dan kiri, ukuran sedang, kanalis telinga bersih kanan dan kiri, tidak ada benda asing dan bersih pada lubang telinga.
7. Pemeriksaan Leher	Tidak ada lesi jaringan parut, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, Tidak teraba adanya massa di area	Tidak ada lesi jaringan parut, tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, Tidak teraba adanya massa di area

	leher, tidak ada teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada teraba pembesaran kelenjar limfe	leher, tidak ada teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada teraba pembesaran kelenjar limfe
8. Pemeriksaan thorak: Sistem Pernafasan	Tidak ada sesak, tidak ada batuk. Bentuk dada simetris, pola nafas cepat, frekuensi 22x/menit, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat Klien mengucap tujuh-tujuh. tidak terdapat krepitasi.	Tidak ada sesak, tidak ada batuk. Bentuk dada simetris, frekuensi 16x/menit, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas, tidak ada alat bantu nafas. Vocal premitus teraba sama kanan dan kiri saat Klien mengucap tujuh-tujuh, tidak terdapat krepitasi. Batas paru hepar normal ICS ke 4 suara perkusi sonor Suara nafas vesikuler, suara ucapan jelas, tidak ada suara nafas tambahan
9. Pemeriksaan Jantung: Sistem Kardiovaskuler	Tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik, ujung jari tidak tabuh. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan	Tidak ada nyeri dada, CRT < 2 detik, ujung jari tidak tabuh. Ictus cordis tidak tampak, ictus cordis teraba di ICS V linea midclavikularis kiri, basic jantung terletak di ICS III sternalis kanan dan ICS III sternalis kiri, suara perkusi redup, pinggang jantung terletak di ICS III sampai V sternalis kanan suara perkusi redup, apeks jantung terletak di ICS V midclavikularis kiri suara perkusi redup. Bunyi jantung I terdengar lup dan bunyi jantung II terdengar dup. Tidak ada bunyi jantung tambahan.
10. Pemeriksaan sistem pencernaan dan status nutrisi	BB : 55 kg TB : 150 cm IMT : 24,4 (kategori : berlebih), Klien BAB 1x selama sakit, jenis diet tinggi kalori tinggi protein	BB : 57 kg TB : 160 cm IMT : 22,26 (kategori : normal), Klien BAB 1x sehari, jenis diet lunak (bubur) ,nafsu menurun dengan

Abdomen	<p>(TKTP), nafsu makan baik dengan frekuensi 3x sehari, porsi makan habis.</p> <p>Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/masa, tidak ada bayangan vena, peristaltic usus 8x /menit terdengar lambat, palpasi abdomen teraba lunak, tidak ada pembesaran hepar, terdapat nyeri lepas pada Mc.Berney, suara abdomen tympani, tidak ada asites</p>	<p>frekuensi 3x sehari, porsi makan tidak habis.</p> <p>Bentuk abdomen rata, tidak ada benjolan/masa, tidak ada bayangan vena, peristaltic usus 8x /menit terdengar lambat, terdapat nyeri tekan pada abdomen kanan bawah, tidak ada pembesaran hepar, terdapat nyeri lepas pada Mc.Berney, suara abdomen tympani, tidak ada asites</p>
11. Sistem Persyarafan	<p>Status memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, dapat berorientasi pada orang, tempat dan waktu, tidak ada keluhan pusing, istirahat tidur 5-6 jam/hari, sering terbangun saat nyeri saatingin berkemih.</p> <p>Pada pemeriksaan saraf kranial, nervus I Klien dapat membedakan bau, nervus II Klien dapat melihat dan membaca tanpa memakai kacamata, nervus III Klien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping, nervus IV pupil mengecil saat dirangsang cahaya, nervus V Klien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, nervus VI Klien mampu melihat benda tanpa menoleh, nervus VII Klien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, nervus VIII Klien dapat mendengar gesekan jari, nervus IX uvula berada ditengah dan simetris, nervus X Klien dapat menelan, nervus XI Klien bisa melawan tahanan pada</p>	<p>Status memori panjang, perhatian dapat mengulang, bahasa baik, dapat berorientasi pada orang, tempat dan waktu, ada keluhan pusing, istirahat tidur 8 jam/hari.klien sering terbangun di malam hari.</p> <p>Pada pemeriksaan saraf kranial, nervus I klien dapat membedakan bau, nervus II klien dapat melihat dan membaca tanpa memakai kacamata, nervus III Klien dapat menggerakkan bola mata kebawah dan kesamping, nervus IV pupil mengecil saat dirangsang cahaya, nervus V Klien dapat merasakan sensasi halus dan tajam, nervus VI Klien mampu melihat benda tanpa menoleh, nervus VII Klien bisa senyum dan menutup kelopak mata dengan tahanan, nervus VIII Klien dapat mendengar gesekan jari, nervus IX uvula berada ditengah dan simetris, nervus X Klien dapat menelan, nervus XI Klien bisa melawan tahanan pada</p>

	<p>pipi dan bahu, dan nervus XII Klien dapat menggerakkan lidah.</p> <p>Pada pemeriksaan refleks fisiologis ditemukan adanya gerakan fleksi pada tangan kanan dan tangan kiri saat dilakukan pemeriksaan refleks bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan refleks trisep. Pada pemeriksaan refleks patella ditemukan adanya gerakan tungkai ke depan pada kaki kanan dan kaki kiri. Pada pemeriksaan refleks patologis berupa refleks babinsky ditemukan adanya gerakan fleksi pada jari – jari.</p>	<p>pipi dan bahu, dan nervus XII Klien dapat menggerakkan lidah.</p> <p>Pada pemeriksaan refleks fisiologis ditemukan adanya gerakan fleksi pada tangan kanan dan tangan kiri saat dilakukan pemeriksaan refleks bisep dan ditemukan adanya gerakan ekstensi saat dilakukan pemeriksaan refleks trisep. Pada pemeriksaan refleks patella ditemukan adanya gerakan tungkai ke depan pada kaki kanan dan kaki kiri. Pada pemeriksaan refleks patologis berupa refleks babinsky ditemukan adanya gerakan fleksi pada jari – jari.</p>
12. Sistem Perkemihan	Bersih, tidak ada keluhan berkemih. Produksi urine $\pm$ 900 ml/hari, warna kuning jernih dan bau khas.	Bersih, tidak ada keluhan berkemih. Produksi urine $\pm$ 1000 ml/hari, warna kuning dan bau khas.
13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen	<p>Pergerakan sendi bebas, otot simetris kanan dan kiri.</p> <p>Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan, kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5.</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>Penilaian edema tidak ada edema ekstremitas dan tidak ada pitting edema.</p> <p>Tidak terdapat peradangan dan ruam pada kulit.</p> <p>Total nilai pada penilaian risiko decubitus adalah 19 (kategori : low risk)</p>	<p>Pergerakan sendi bebas, otot simetris kanan dan kiri.</p> <p>Pada pemeriksaan tangan kanan, tangan kiri dan kaki kanan, kaki kiri didapatkan kekuatan otot 5.</p> $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ <p>Penilaian edema tidak ada edema ekstremitas dan tidak ada pitting edema.</p> <p>Tidak terdapat peradangan dan ruam pada kulit.</p> <p>Total nilai pada penilaian risiko decubitus adalah 19 (kategori : low risk)</p>
14. Sistem Endokrin	Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, tidak	Tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid,



	terdapat pembesaran pada kelenjar getah bening bagian leher. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan tidak terdapat riwayat amputasi sebelumnya.	tidak terdapat pembesaran pada kelenjar getah bening bagian leher. Tidak terdapat hipoglikemia dan hiperglikemia. Tidak terdapat riwayat luka sebelumnya dan tidak terdapat riwayat amputasi sebelumnya.
15. Seksualitas dan Reproduksi	tidak ada benjolan pada payudara, tidak ada kelainan pada genitalia	tidak ada benjolan pada axilla dan clavikula. Tidak ada kelainan pada prostat
16. Keamanan Lingkungan	Total penilaian risiko Klien jatuh dengan skala morse adalah 0 (kategori: rendah)	Total penilaian risiko Klien jatuh dengan skala morse adalah 15 (kategori: rendah)

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Berdasarkan tabel 4.2 ditemukan data dari pemeriksaan fisik pada pemeriksaan kenyamanan/ nyeri terdapat kesamaan pada klien 1 dan 2, yaitu pada klien 1 mengatakan nyeri setiap saat, nyeri seperti tertusuk tusuk, nyeri dirasa dibagian perut bawah dengan skala nyer 6, lalu pada klien 2 mengatakan nyeri saat melakukan aktivitas nyeri seperti tertusuk tusuk, nyeri pada abdomen kanan bawah dengan skala nyeri 4. Pada pemeriksaan Abdomen terdapat kesamaan pada klien 1 dan 2 yaitu terdapat nyeri tekan pada titik Mc.Berney .

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Pemeriksaan Penunjang	Klien 1	Klien 2
Laboratorium	Pada tanggal 08 Maret 2020 Pukul : 18.50 WITA  HbsAg Reaktif  Hematologi Lengkap Hemoglobin: 13.9 g/dL (13.0 – 18.0)	Hematologi Lengkap Leukosit: 12.08 $10^3/uL$ (4.00 - 10.00) Neutrophil 89.5 $10^3/uL$ Limfosit 5.5 $10^3/uL$

	Leukosit: $8.7 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (4.00 - 10.00) Eritrosit: $4.87 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ (4.50 - 6.20) Hematokrit: 40 % (40.0 - 54.0) Trombosit: $278 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (150 - 450)  Elektrolit darah Kalsium (ion) 1.40 mmol/L (1.12 - 1.32) Natrium 134 mmol/L (136-146) Kalium 3.8 mmol/L (3.5 - 5.1) SGOT (AST) 16 U/L ( $\leq$ 40) SGPT (ALT) 40 U/L ( $\leq$ 41) Ureum darah 32.9 mg/dL (16.6-48.5)	
Rontgen	Tidak ada	Tidak ada
EKG	Tidak ada	Tidak ada
USG	Sugestif Appendiksitis Acute	Gambaran appendiks kronis
Lain-lain :		

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Berdasarkan tabel 4.7 ditemukan data pada Klien 1 dan klien 2 dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan USG. Pada klien 1 pemeriksaan laboratorium terdapat hasil yang menunjukkan HbsAg Reaktif dan pemeriksaan laboratorium pada klien 2 menunjukkan Leukosit 12.08 (high), lalu pada pemeriksaan USG klien 1 ditemukan hasil Sugestif Appendiksitis Acute dan hasil USG klien 2 ditemukan hasil Gambaran Appendiks Kronis.

Tabel 4.4 Hasil Penatalaksanaan Terapi Klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Klien 1	Klien 2
Pada tanggal 07 maret 2020 - Antasida 3x1 (Oral) - Ranitidine 150 Mg 2x1 (IV)	- Ceftriaxon 2x1 gr - Ketorolac 3x30 mg

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan data penatalaksanaan terapi pemberian obat pada Klien 1 yaitu Antasida, dan Ranitidine. Sedangkan terapi pemberian obat pada Klien 2 yaitu : Ceftriaxon, dan ketorolac.

#### b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Pre Operasi Klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

No Urut	Klien 1		Klien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)
1.	Senin, 9 Maret 2020	Nyeri akut b.d Agen pencedera Fisiologis (inflamasi appendicitis) (D.0077) Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) : a. Subjektif : P: klien mengatakan nyeri saat bergerak Q:klien mengatakan	Senin, 9 Maret 2020	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077) Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) : a. Subjektif : Klien mengatakan nyeri perut sebelah kanan. b. Objektif : - Klien tampak meringis - Skala nyeri 4

		<p>nyeri seperti tertusuk - tusuk R:klien mengatakan nyeri dibagian perut menjalar ke belakang S: skala nyeri 6 dilihat dari raut muka klien T:nyeri di rasa terus menerus</p> <p>b. Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- KU : Sedang, kesadaran compos mentis</li> <li>- TD : 130/90 mmHg Nadi :98x/menit Suhu : 36,8°C RR:22x/menit</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 110/75 mmHg Nadi : 84x/menit Suhu : 36,5 °C RR : 16x/menit P: nyeri saat melakukan aktivitas Q: tertusuk - tusuk R:abdomen kanan bawah S: skala nyeri 4 T:tiba tiba</li> </ul>
2.	Senin, 9 Maret 2020	<p>Ansietas b.d kurang terpapar informasi (D.0080) Batasan Karakteristik (factor risiko) :</p> <p>a. Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan khawatir karena akan di operasi</li> </ul> <p>a. Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak gelisah</li> <li>- klien tampak tegang</li> <li>- klien sulit tidur</li> </ul>	Senin, 9 Maret 2020	<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111) Batasan karakteristik (factor risiko) :</p> <p>a. Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidak tahu penyebab penyakitnya</li> </ul> <p>b. Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-klien tampak bingung</li> <li>-Klien tampak cemas</li> </ul>
3.			Senin, 9 Maret 2020	Resiko infeksi d.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh

				primer (D.0142) Batasan Karakteristik (factor risiko) : a. Subjektif: - Klien mengatakan merokok  a. Objektif: - leukosit 12.08 - TD : 110/75 - mmHg - Nadi : 84x/menit - Suhu : 36,5 °C - RR : 16x/menit
--	--	--	--	---

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Berdasarkan tabel 4.5 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada Klien 1 ditegakkan 2 diagnosa keperawatan pada pre operasi appendicitis . Urutan diagnosa keperawatan yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ( inflamasi appendicitis), Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Sedangkan pada Klien 2 ditegakkan 3 diagnosa keperawatan. Urutan diagnosa keperawatan yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, dan resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh. Terdapat kesamaan diagnosa keperawatan pada Klien 1 dan Klien 2 yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Tabel 4.6 Diagnosa Keperawatan Post Operasi Klien dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

No Urut	Klien 1		Klien 2	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI)
1.	Selasa, 10 Maret 2020	<p>Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik (Prosedur operasi) (D.0077) Batasan karakteristik (kriteria mayor dan minor) :</p> <p>a. Subjektif :</p> <p>P: klien mengatakan nyeri saat bergerak Q:klien mengatakan nyeri seperti disayat sayat R:klien mengatakan nyeri dibagian perut S: skala nyeri 4 dilihat dari raut muka klien T:nyeri hilang timbul</p> <p>b. Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- KU : Sedang, kesadaran compos mentis</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>Nadi :80x/menit</li> <li>Suhu : 36,6°C</li> <li>RR:20x/menit</li> </ul>		
2.	Selasa, 10 Maret 2020	<p>Resiko infeksi b.d efek prosedur infasif (D.0142) Batasan Karakteristik (factor risiko) :</p>		

		Tindakan Invasif		
--	--	------------------	--	--

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Berdasarkan tabel 4.6 setelah melakukan pengkajian dan menganalisis data pada Klien 1 ditegakkan 2 diagnosa keperawatan pada post operasi appendicitis . Urutan diagnosa keperawatan yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Invasif), Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

### c. Perencanaan

Tabel 4.7 Perencanaan klien pre operasi dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Klien 1</b>			
Senin, 9 Maret 2020	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (inflamasi appendicitis). <b>(D.0077)</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan tingkat nyeri <b>(L.08066)</b> dapat menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun.	Manajemen nyeri <b>(I.08238)</b> . <b>Observasi</b> 3.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri 3.2 Identifikasi respon nyeri non verbal. 3.3 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. <b>Terapeutik</b> 3.4 Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 3.5 Fasilitasi istirahat dan tidur. 3.6 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. <b>Edukasi</b> 3.7 Jelaskan strategi meredakan nyeri 3.8 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

			<b>Kolaborasi</b> 3.9 Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu
Senin, 9 Maret 2020	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi <b>(D.0080)</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam tingkat ansietas <b>(L.01006)</b> menurun dengan Kriteria Hasil : 5. Verbalisasi kebingungan menurun. 6. Verbalisasi khawatir akibat menurun. 7. Prilaku gelisah menurun. Prilaku tegang menurun	Reduksi ansietas <b>(I.09314).</b> <b>Observasi</b> 4.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah. 4.2 Monitor tanda tanda ansietas verbal non verbal. 4.3 Temani klien untuk mengurangi kecemasan jika perlu. 4.4 Dengarkan dengan penuh perhatian. 4.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 4.6 Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 4.7 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu. 4.8 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 4.9 Latih teknik relaksasi. 4.10 Kolaborasi pemberian <b>Kolaborasi</b> 4.11 obat antiansietas jika perlu.
<b>Klien 2</b>			



<p>Senin, 09 Maret 2020</p>	<p>Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077)</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu mengatakan nyeri berkurang ia Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. keluhan nyeri menurun</li> <li>2. meringis menurun</li> <li>3. gelisah menurun</li> <li>4. kesulitan tidur menurun.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.</li> <li>1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>1.3 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.</li> <li>1.4 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>1.5 Fasilitasi istirahat dan tidur.</li> <li>1.6 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> <li>1.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>1.8 Kolaborasi pemberian analgetik.</li> </ol>
	<p>Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi (D.0111)</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan perawatan diharapkan tingkat pengetahuan klien meningkat. kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku sesuai anjuran, verbalisasi minat dan belajar meningkat.</li> <li>2. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</li> <li>2.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</li> <li>2.3 Berikan kesempatan untuk bertanya.</li> <li>2.4 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li> <li>2.5 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol>
	<p>Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (D.0142)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan meningkat</li> <li>2. Nyeri menurun.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.</li> <li>3.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah dengan kontak dengan</li> </ol>

			klien dan lingkungan klien 3.3 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3.4 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3.5 Anjurkan meningkatkan asupan cairan
--	--	--	---

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Tabel 4.8 Perencanaan klien 1 post operasi dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Klien 1</b>			
Selasa, 10 Maret 2020	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi). (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. 5. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) <b>Observasi</b> 3.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri. 3.2 Identifikasi respon nyeri non verbal. 3.3 Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. <b>Terapeutik</b> 3.4 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 3.5 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 3.6 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <b>Edukasi</b> 3.7 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 3.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri 3.9 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.

			<b>Kolaborasi</b> 3.10 Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu.
Selasa, 10 Maret 2020	Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive ( <b>D.0142</b> ).	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi ( <b>L.14137</b> ) dengan Kriteria Hasil : 6. Kebersihan tangan meningkat. 7. Kebersihan badan meningkat. 8. Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun. 9. Kadar sel darah putih meningkat.	Pencegahan infeksi ( <b>I.14539</b> ) <b>Observasi</b> 2.1 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2.2 Batasi jumlah pengunjung 2.3 Berikan perawatan kulit pada area edema. 2.4 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. 2.5 Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi. <b>Edukasi</b> 2.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 2.7 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 2.8 Ajarkan etika batuk. 2.9 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 2.10 Anjurkan meningkatkan asupan cairan. <b>Kolaborasi</b> 2.11 Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Berdasarkan tabel 4.7 dan 4.8 di atas menjelaskan setelah membuat perencanaan tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien 1 dan klien 2, selanjutnya melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2.

## d. Pelaksanaan

Tabel 4.9 Implementasi keperawatan Klien 1 dengan appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 Senin, 9 Maret 2020 15.00 WITA	Melakukan Pengkajian 1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal. 1.3 Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. 1.4 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 1.1 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri .	DS : - Klien mengatakan nyeri saat bergerak. - klien mengatakan nyeri seperti terusuk tusuk. - klien mengatakan nyeri di bagian perut menjalar ke belakang. - Klieng mengatakan faham diajarkan teknik nafas dalam - Klien mengatakn nyerinya sedikit berkurang DO : - Klien tampak gelisah - Klien tampak meringis - Klien mencoba mempraktekkan teknik nafas dalam - TD : 130/90 mmHg Nadi : 98x/menit Suhu : 36,8 °C RR : 22x/menit
19.30	2.1 Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah. 2.2 Memonitor tanda tanda ansietas verbal non verbal. 2.6 Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 2.7 Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu. 2.9 Melatih teknik relaksasi.	DS : - klien merasa khawatir karena akan di operasi - klien mengatakan paham atas penjelasan mahasiswa - keluarga klien mengatakan selalu menjaga klien setiap saat - klien mengatakan khawatirnya berkurang - DO : - klien tampak gelisah - klien tampak tegang - klien tampak mempraktikkan teknik nafas dalam
Hari 2 Selasa, 10 Maret 2020 17.00	4.1 Memoonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 4.4 Mencuci tangan seblum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. 4.6 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. 4.7 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar.	DS: - Klien mengatakan mengerti atas apa yang dijelaskan . - Klien mengatakan tidak ada tanda infeksi seperti yang dijelaskan. DO:

	4.8 Mengajarkan etika batuk. 4.9 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4.10 Menganjurkan meningkatkan asupan cairan.	- Klien tampak paham atas apa yang dijelaskan
20.00	2.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri. 2.2 Mengidentifikasi respon nyeri non verbal. 3.4 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 3.9 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.	DS : - Klien mengatakan nyeri saat bergerak. - klien mengatakan nyeri seperti disayat sayat - klien mengatakan nyeri di bagian perut. - Klien mengatakan paham diajarkan teknik nafas dalam DO : - Klien tampak gelisah - Klien tampak meringis - Klien mencoba mempraktekkan teknik nafas dalam - TD : 120/80 mmHg Nadi : 85x/menit Suhu : 36,6 °C RR : 20x/menit
Hari 3 Rabu, 11 Maret 2020 10.10	a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri.	DS: - Klien mengatakan nyeri berkurang DO: - Klien tampak rileks - TD : 120/80 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu : 36,6 °C RR : 20x/menit
10.20	4.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 4.9 Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 4.10 Menganjurkan meningkatkan asupan cairan.	DS: - Klien mengatakan tidak ada tanda infeksi seperti yang dijelaskan DO: - Tidak tampak tanda infeksi pada luka

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Pada tabel 4.9 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada Klien 1 sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Klien 1 selama 3 hari dimana 1 hari perawatan pre operasi dan 2 hari perawatan post operasi. Implementasi dilakukan pada tanggal 09 maret 2020 sampai 11 maret 2020

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan Klien 2 dengan Pre appendicitis di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Hari 1 09 Maret 2020 12.00	1.1 Mengukur TTV	- TD : 110/75mmhg - N : 84x/menit - T : 36.5C - R : 16x/menit
12.30	1.8 Mengkolaborasi pemberian analgetik & antibiotic	Ceftriaxone & Keterolac
13.45	1.7 Mengajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	DS : - Klien mengatakan nyeri berkurang DO : - Klien tampak melakukan teknik nafas dalam
13.50	3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	DS : DO : - Tidak ada tanda tanda infeksi - Leukosit 12.08
Hari 2 10 Maret 2020 08.10	1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.	DS : - Klien mengatakan nyeri perut sebelah kanan DO : - P: Nyeri saat melakukan aktivitas - Q: Tertusuk tusuk - S: Skala 3 - T : Tiba tiba
10.00	1.7 Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2.4 Mengajarkan untuk perilaku hidup bersih dan sehat 2.5 Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	DS : - Klien mengatakan mengerti dan paham apa yang diajarkan DO : - Klien tampak paham

<p>Hari 3 11 Maret 2020 08.30</p>	<p>1.1 Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri</p>	<p>DS: - Klien mengatakan nyeri perut sebelah kanan.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- P : Nyeri saat melakukan aktivitas</li> <li>- Q : tertusuk tusuk</li> <li>- R : abdomen kanan bawah.</li> <li>- S : skala 3</li> <li>- T : tiba tiba</li> </ul>
<p>10.30</p>	<p>2.4 Mengajarkan untuk perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>3.3 Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</p> <p>3.4 Mengajarkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>3.5 Mengajarkan meningkatkan asupan cairan.</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mengerti dan paham apa yang diajarkan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak paham</li> </ul>
<p>12.00</p>	<p>1.8 Mengkolaborasi pemberian analgetik dan antibiotik</p>	<p>Ceftriaxone dan keterolax</p>

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Pada tabel 4.10 implementasi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah – masalah yang ditemukan pada Klien 2 sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan masing – masing diagnosa yang telah disusun. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Klien 2 dilaksanakan selama 3 hari yaitu, tanggal 09 Maret 2020 sampai 11 Maret 2020 yang dilakukan secara komperhensif.

#### e. **Evaluasi**

Tabel 4.11 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 1 dengan appendicitis RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.

Hari / Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
<p>Hari Ke 1 Senin, 9 Maret 2020</p>	<p>Dx 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (inflamasi appendicitis). (D.0077)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>P: klien mengatakan nyeri saat bergerak</li> <li>Q:klien mengatakan nyeri seperti tertusuk -tusuk</li> <li>R:klien mengatakan nyeri dibagian perut menjalar ke belakang</li> <li>S: skala nyeri 6 dilihat dari raut muka klien</li> <li>T:nyeri di rasa terus menerus <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang</li> </ul> </li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak meringis</li> <li>- KU : Sedang, kesadaran compos mentis</li> <li>- TD : 130/90 mmHg</li> <li>Nadi :98x/menit</li> <li>Suhu : 36,8°C</li> <li>- RR:22x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan (klien operasi)</p>
	<p>Dx 2 Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien merasa khawatir karena akan di operasi</li> <li>- klien mengatakan paham atas penjelasan mahasiswa</li> <li>- keluarga klien mengatakan selalu menjaga klien setiap saat</li> <li>- klien mengatakan khawatirnya berkurang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak gelisah</li> <li>- klien tampak tegang</li> <li>- klien tampak mempraktikkan teknik nafas dalam</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dihentikan (klien operasi)</p>
<p>Hari Ke 2 Selasa, 10 Maret 2020</p>	<p>DX 3 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi). (D.0077)</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri saat bergerak.</li> <li>- klien mengatakan nyeri sperti disayat sayat</li> <li>- klien mengatakan nyeri di bagian perut.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klieng mengatakan faham diajarkan teknik nafas dalam</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak gelisah</li> <li>- Klien tampak meringis</li> <li>- Klien mencoba mempraktekkan teknik nafas dalam</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>- Nadi : 85x/menit</li> <li>- Suhu : 36,6 oC</li> </ul> <p>RR : 20x/menit  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.3 mengidentifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri.</p> <p>2.4 mengidentifikasi respon nyeri non verbal.</p> <p>3.5 memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>3.10mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p>
	DX 4 Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive ( <b>D.0142</b> ).	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mengerti atas apa yang dijelaskan .</li> <li>- Klien mengatakan tidak ada tanda infeksi seperti yang dijelaskan.</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak paham atas apa yang dijelaskan RR : 20x/menit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.</p> <p>4.4 Cuci tangan seblum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien.</p> <p>4.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</p> <p>4.7 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</p> <p>4.8 Ajarkan etika batuk.</p> <p>4.9 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p> <p>4.10Anjurkan meningkatkan asupan cairan.</p>
Hari Ke 3	DX 3	S :

Rabu, 11 Maret 2020	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi). <b>(D.0077)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri berkurang</li> </ul> O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak rilex</li> <li>- Klien tampak rilex</li> <li>- TD : 120/80 mmHg</li> <li>Nadi : 80x/menit</li> <li>Suhu : 36,6 °C</li> <li>RR : 20x/menit</li> </ul> A : Masalah teratasi sebagian P : hentikan intervensi (klien Pulang).
	DX 4 Risiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive <b>(D.0142)</b> .	S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak ada tanda infeksi seperti yang dijelaskan</li> </ul> O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tampak tanda tanda infeksi pada luka</li> </ul> A : Masalah teratasi sebagian P : hentikan intervensi (klien Pulang).

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Berdasarkan tabel 4.11 di atas bahwa pada klien 1 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit. Evaluasi pre, dan post operatif appendicitis pada klien 1 menunjukkan 2 diagnosa teratasi sebagian namun intervensi dihentikan dikarenakan klien akan menjalani prosedur operasi yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisiologi (inflamasi appendicitis), dan Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pada hari ke 2 ditemukan 2 masalah keperawatan baru yaitu nyeri akut b.b agen pencedera fisik (prosedur operasi), dan Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive kedua masalah keperawatan tersebut teratasi sebagian sehingga intervensi di pertahankan di hari selanjutnya. Pada hari ke 3 yaitu nyeri akut b.b agen pencedera fisik(prosedur operasi), dan Resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasive teratasi sebagian namun intervensi dihentikan dikarenakan klien pulang.

Tabel 4.12 Evaluasi asuhan keperawatan Klien 2 dengan appendicitis  
RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2020.

Hari Ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Hari 1	Dx 1 Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	S : - Klien mengatakan nyeri perut kanan O : - Klien tampak meringis - Klien tampak gelisah P: nyeri saat melakukan aktivitas Q: tertusuk -tusuk R:abdomen kanan bawah S: skala 4 T: tiba tiba A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan Intervensi
	Dx 2 Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	S : - Klien mengatakan tidak tahu penyebab penyakitnya O : - Klien tampak bingung - Klien tampak cemas TTV ; TD : 110/75 mmhg N : 84x/menit R : 16x/ menit S : 36.5 c A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi
	DX 3 Resiko infeksi b.d ketidakefektifan pertahanan tubuh primer.	S : - Klien mengatakan nyeri perut sebelah kanan O : - Klien tampak cemas - Leukosit 12.08 TTV : TD : 110/78 mmhg N : 84x/menit R : 16x/menit S : 36.5 C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
Hari 2	Dx 1 Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	S : - Klien mengatakan nyeri perut sebelah kanan O : - Klien tampak gelisah P: nyeri saat melakukan aktivitas Q: tertusuk -tusuk R:abdomen kanan bawah S: skala 3

		T: tiba tiba A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan Intervensi
	Dx 2 Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	S : - Klien mengatakan mengerti dan paham apa yang diajarkan O : - Klien tampak paham A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi
	DX 3 Resiko infeksi b.d ketidakefektifan pertahanan tubuh primer.	S : - Klien mengatakan nyeri perut sebelah kanan O : - Klien tampak cemas - Leukosit 12.08 TTV : TD : 110/90mmhg N : 80x/menit R : 18x/menit S : 36.5 C A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi
Hari 3	Dx 1 Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis	S : - Klien mengatakan nyeri berkurang O : - Klien tampak gelisah P: nyeri saat melakukan aktivitas Q: tertusuk -tusuk R:abdomen kanan bawah S: skala 2 T: tiba tiba A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan Intervensi
	Dx 2 Deficit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	S : - Klien mengatakan mengerti dan paham apa yang diajarkan O : - Klien tampak paham A : masalah teratasi P : hentikan intervensi
	DX 3 Resiko infeksi b.d ketidakefektifan pertahanan tubuh primer.	S : O : - Tidak ada tanda infeksi A : Masalah teratasi P : hentikan intervensi

Sumber : Asuhan Keperawatan Semester 5

Berdasarkan tabel 4.12 di atas bahwa pada klien 2 dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari di rumah sakit. Evaluasi pre, operatif appendicitis pada klien 2 menunjukkan 3 masalah keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis yang ditangani pada hari pertama menunjukkan masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari selanjutnya, Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi di hari ke 1 menunjukkan masalah belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari selanjutnya, Resiko infeksi b.d ketidakefektifan pertahanan tubuh primer menunjukkan masalah belum teratasi di hari ke 1 sehingga intervensi dilanjutkan di hari selanjutnya. Hari ke 3 nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis menunjukkan masalah teratasi sebagian sehingga intervensi dapat dilanjutkan di hari berikutnya, pada diagnose Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi ,dan Resiko infeksi b.d ketidakefektifan pertahanan tubuh primer masalah teratasi pada hari ke 3 sehingga intervensi dihentikan.

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan kasus Appendicitis yang telah dilakukan sejak tanggal 09 s/d 11 maret 2020 di Ruang Flamboyan A dan Flamboyan B RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Berdasarkan data yang dimiliki peneliti pada case review appendicitis ini membahas pre dan post appendicitis pada klien 1, dikarenakan keterbatasan data yang didapat pada klien 2 maka pada klien 2 hanya membahas pre operatif appendicitis.

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada klien 1 dan klien 2 ditemukan beberapa perbedaan yaitu klien 1 berusia 26 tahun dan klien 2 berusia 30 tahun dengan jenis kelamin klien 1 perempuan dan klien 2 laki-laki.

Berikut ini akan diuraikan pelaksanaan Asuhan keperawatan pada klien dengan pre dan post operatif appendicitis di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan sesuai tiap fase dalam proses keperawatan yaitu meliputi : pengkajian, menegakkan diagnose keperawatan, membuat perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi klien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan.

Berdasarkan dari hasil pengkajian pada klien kedua klien dengan diagnosa appendicitis pada pemeriksaan abdomen klien 1 dan 2 terdapat gejala yang sama yaitu adanya nyeri lepas pada titik Mc. Burney hal ini sesuai dengan manifestasi klinis pada bab II bahwa terdapat nyeri lepas lokal pada titik Mc. Burney. Nyeri ini berasal dari infeksi bakteri pada umbai cacing yang menyebabkan sekresi mucus berlebih pada lumen

appendiks yang menyebabkan appendiks meregang dan mengakibatkan nyeri (nurarif & kusuma,2016).

Menurut penulis berdasarkan hasil dari pengkajian pada klien 2 terdapat kesenjangan antara hasil pengkajian pada klien dengan teori yang ada, dimana klien 2 mengatakan tidak ada mual muntah sedangkan pada manifestasi klinis terdapat mual dan muntah.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim pokja SDKI DPP, 2017). Berdasarkan hal tersebut peneliti dalam kasus asuhan keperawatan pada klien dengan Appendicitis menegakkan masalah keperawatan berdasarkan dari pengkajian yang didapatkan.

Menurut (Nurarif & Kusuma,2016) terdapat 4 diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan pada pre operatif appendicitis yaitu : Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, Resiko Hipovolemia ditandai dengan kehilangan cairan secara aktif, Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Diagnosa keperawatan yang sering ditegakkan pada post operatif appendicitis yaitu : Resiko Hipovolemia ditandai dengan efek agen

farmakologis, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, dan Resiko Infeksi ditandai dengan efek prosedur infasif.

a. Diagnosa Pre Operatif

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yang sesuai dengan teori antara lain:

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur sementara data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh nyeri. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah dan proses. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Pada klien 1 diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis. Saat pengkajian didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri saat bergerak, nyeri seperti tertusuk –tusuk, nyeri dibagian perut menjalar ke belakang, skala nyeri 6 dilihat dari raut muka klien, nyeri di rasa terus menerus. Data objektif didapatkan yaitu klien tampak meringis, ku sedang kesadaran compos mentis,



TTV TD : 130/90 mmHg, Nadi :98x/menit, Suhu : 36,8°C,  
RR:22x/menit

Pada klien 2 diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis didapatkan data subjektif yaitu Klien mengaatakan nyeri perut sebelah kanan, dan data objektif yaitu Klien tampak meringis, Skala nyeri 4, TTV TD : 110/75 mmHg, Nadi : 84x/menit, Suhu : 36,5°C, RR : 16x/menit, nyeri saat melakukan aktivitas, tertusuk –tusuk, abdomen kanan bawah, skala nyeri 4, tiba tiba

## 2) Ansietas

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data objektif tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dan kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif frekuensi nafas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu. Sedangkan kriteria minornya yaitu

mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya.(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Pada klien 1 diagnosa ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan data subjektif yaitu Klien mengatakan khawatir karena akan di operasi dengan data objektif klien tampak gelisah, klien tampak tegang, klien sulit tidur.

Metode penulisan diagnosa aktual sudah sesuai dengan metode penulisan diagnosa aktual pada SDKI, dengan formulasi sebagai berikut : **Masalah** berhubungan dengan **Penyebab** dibuktikan dengan **Tanda atau Gejala**

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yang terdapat kesenjangan dengan teori antara lain:

1) Defisit pengetahuan

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu kriteria mayor yang dapat ditemukan berupa data objektif yaitu menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah. Data subjektif yaitu menyampaikan masalah yang dihadapi. Sedangkan kriteria minor yang dapat ditemukan berupa data objektif yaitu menjalani pemeriksaan yang tidak tepat, menunjukkan perilaku berlebihan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada klien 2 diagnosa deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan data objektif klien mengatakan tidak tahu penyebab penyakitnya, dan data subjektif klien tampak bingung, Klien tampak cemas.

## 2) Resiko infeksi

Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Factor resiko dari resiko infeksi adalah penyakit kronis, efek prosedur infasif, mall nutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer, ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada klien 2 diagnosa resiko infeksi ditandai dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer dikarenakan dalam pengkajian klien ditemukan data bahwa klien merokok.

## b. Diagnosa Post Operatif

Diagnosa keperawatan pada post operatif klien 1 dan klien 2 yang sesuai dengan teori antara lain:

### 1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tampak meringis, gelisah,

frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur sementara data subjektif yang dapat ditemukan pada tanda mayor adalah mengeluh nyeri. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data objektif meliputi tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah dan proses. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Pada klien 1 diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik didapatkan data subjektif klien mengatakan nyeri saat bergerak, klien mengatakan nyeri seperti disayat sayat, klien mengatakan nyeri dibagian perut, skala nyeri 4 dilihat dari raut muka klien, nyeri hilang timbul, dan data objektif yaitu Klien tampak meringis ku sedang, kesadaran compos mentis, TTV TD : 120/80 mmHg, Nadi :80x/menit, Suhu : 36,6°C, RR:20x/menit.

## 2) Resiko infeksi

Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Factor resiko dari resiko infeksi adalah penyakit kronis, efek prosedur infasif, mall nutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer, ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Pada klien 1 diagnosa resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur infasif dikarenakan klien 1 melalui proses operatif appendiktomy

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien/klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif, Amin Huda & Kusuma, 2016).

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 disusun setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari: menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

#### a. Nyeri akut

Rencana tindakan keperawatan pada pre operatif appendicitis yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ( inflamasi appendicitis) antara lain : 1. Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal. 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 5. Fasilitasi istirahat dan tidur. 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 7. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 8. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 9. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu.

Rencana tindakan keperawatan pada pre operatif appendicitis yang akan dilakukan pada klien 2 dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis antara lain: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 1. Identifikasi respon nyeri non verbal. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 3. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 4. Fasilitasi istirahat dan tidur. 5. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 6. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 7. Kolaborasi pemberian analgetik.

Rencana tindakan keperawatan pada pre operatif appendicitis yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi) yaitu 1. Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri. 2. Identifikasi respon nyeri non verbal. 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 6. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. 7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 8. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 9 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 10. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu.

Menurut peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi,

terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

b. Ansietas

Rencana tindakan keperawatan pada pre operatif appendicitis yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi antara lain 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah. 2. Monitor tanda tanda ansietas verbal non verbal. 3. Temani klien untuk mengurangi kecemasan jika perlu. 4. Dengarkan dengan penuh perhatian. 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. 6. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami. 7. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama klien, jika perlu. 8. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi. 9. Latih teknik relaksasi. 10. Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu.

Menurut peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan ansietas yang telah disusun pada klien 1 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada klien 1 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

c. Defisit pengetahuan

Rencana tindakan keperawatan pada pre operatif appendicitis yang akan dilakukan pada klien 2 dengan masalah deficit pengetahuan

berhubungan dengan kurang terpapar informasi antara lain 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan. 3. Berikan kesempatan untuk bertanya. 4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 5. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat .

Menurut peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan deficit pengetahuan yang telah disusun pada klien klien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada klien klien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### d. Resiko infeksi

Rencana tindakan keperawatan pada pre operatif appendicitis yang akan dilakukan pada klien 2 dengan masalah resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer yaitu 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah dengan kontak dengan klien dan lingkungan klien. 3. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan.

Rencana tindakan keperawatan pada post operatif appendicitis yang akan dilakukan pada klien 1 dengan masalah resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive yaitu 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local



dan sistemik. 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema. 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. 5. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi. 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 8. Ajarkan etika batuk. 9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan. 11. Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

Menurut peneliti kelebihan dari penerapan intervensi tindakan nyeri akut yang telah disusun pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yaitu meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Dan pada penerapan dan penulisan kriteria hasil pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2011).

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dilakukan pada tempat yang berbeda yaitu pada klien 1 dilakukan pada tanggal 09 s/d 11 Maret 2020 di ruang Flamboyan A . Sedangkan pada klien 2 dilakukan tindakan keperawatan pada tanggal 09 s/d 11 Maret 2020 di ruang Flamboyan

B. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat dan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien.

Intervensi pre operatif yang tidak di implementasikan pada klien 1 yaitu pada diagnose nyeri akut berhubungan dengan angsa pencedera fisiologis 1.5 fasilitasi istirahat dan tidur dikarenakan klien dapat masih dapat mengontrol istirahat dan tidurnya, 1.9 kolaborasi pemberian analgetik jika perlu tidak dilakukan karena apabila nyeri hilang maka gejala khusus yang diderita pada klien dengan diagnose appendicitis akan hilang dengan itu akan menghilangkan data untuk diagnose appendicitis, pada diagnose ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi 2.3 temani klien untuk mengurangi kecemasan 2.4 dengarkan dengan penuh perhatian tidak dilakukan karena klien sudah di support oleh keluarga dengan mendengarkan permintaan dan keluhan klien, pada post operatif diagnose resiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif yaitu 4.3 berikan perawatan kulit pada area edema tidak dilakukan karena tidak ada daerah edema, 4.11 kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu tidak dilakukan karena tidak ada tanda infeksi

Intervensi pre operatif yang tidak di implementasikan pada klien 2 yaitu pada diagnose nyeri akut berhubungan dengan angsa pencedera fisiologis yaitu 1.1 identifikasi respon non verbal, 1.3 kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 1.4 jelaskan periode dan pemicu nyeri 1.5 fasilitasi istirahat dan tidur 1.6 anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. tidak dilakukan karena klien mampu tidur sendiri, deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi 2.1 identifikasi kesiapan

dan kemampuan menerima informasi, 2.2 sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, 2.3 berikan kesempatan untuk bertanya, resiko infeksi ditandai dengan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Ali, 2009).

Hasil evaluasi keperawatan pada pre, dan post operasi appendicitis pada klien 1 dari 4 diagnosa yang muncul. Pada pre operasi terdapat 2 diagnosa yang dihentikan karena klien akan menjalani prosedur operasi yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (inflamasi appendicitis), dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pada post operatif terdapat 2 diagnosa teratasi sebagian namun intervensi dihentikan karena klien pulang yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ( prosedur operasi), dan resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasiv.

Hasil evaluasi keperawatan pada pre, operatif appendicitis pada klien 2 dari 3 diagnosa yang muncul 1 diagnosa dapat teratasi yaitu deficit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, sedangkan 2 masalah keperawatan hanya dapat teratasi sebagian yaitu nyeri akut

berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakefektifan pertahanan tubuh primer.

## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 pada klien *pre* dan *post* appendicitis di Ruang Flamboyan A dan B di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Kalimantan Timur peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

##### 1. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 dan peneliti pada klien 2 sesuai dengan teori. Salah satu focus utama pengkajian pada klien dengan *pre* dan *post* appendicitis adalah pengkajian nyeri dengan menggunakan metode PQRST (*Provokes/Palliates, Quality, Region/Radian, Scale/Severity, Time*).

##### 2. Diagnosa keperawatan

Menurut teori yang dikemukakan peneliti pada bab sebelumnya diagnosa keperawatan yang biasanya muncul pada klien *pre* operatif appendicitis sebanyak 4 diagnosa dan pada *post* operatif sebanyak 3 diagnosa. Namun pada klien 1 peneliti hanya menemukan 2 diagnosa *pre* operatif yang sama dengan teori dan 2 diagnosa *post* operatif yang sama dengan teori bab sebelumnya. Sedangkan pada klien 2 peneliti hanya menemukan 1 diagnosa *pre* operatif yang sesuai dengan teori.

### 3. Perencanaan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua klien dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dengan teori yang ada, Intervensi setiap diagnosa dapat sesuai dengan kebutuhan klien dan memperhatikan kondisi klien serta kesanggupan keluarga dalam kejasama. Intervensi yang dilakukan oleh peneliti yaitu intervensi yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi.

### 4. Pelaksanaan tindakan

Pelaksanaan tindakan pada kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah di buat namun ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan, sesuai dengan kebutuhan kedua klien dengan *pre* dan *post appendicitis*.

### 5. Evaluasi Keperawatan

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang di berikan. Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 dan 2 selama 3 hari oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Respon klien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan baik, klien cukup kooperatif dalam pelaksanaan setiap tindakan keperawatan. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 1 dan 2 menunjukkan bahwa masalah yang dialami pada kedua klien banyak yang belum teratasi.

## B. Saran

### 1. Bagi peneliti

Dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien *pre* dan *post* appendicitis yang diberikan dapat tepat, peneliti selanjutnya harus benar-benar menguasai konsep tentang appendicitis itu sendiri, terutama pada faktor etiologi, anatomi fisiologi dan patofisiologi tentang appendicitis, selain itu peneliti juga harus melakukan pengkajian dengan tepat dan komperhensif agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien serta tidak ada masalah yang luput dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Dalam penegakan diagnose diharapkan peneliti juga harus teliti dalam mengangkat dan merumuskan diagnose keperawatan yang ada pada klien agar masalah keperawatan yang muncul pada klien dapat teratasi dan mendapatkan penanganan secara komprehensif dan menyeluruh, Tidak hanya berfokus kepada masalah biologis klien, namun juga terhadap masalah psiko, sosio, spiritual klien. Sehingga asuhan keperawatan yang dilakukan dapat terlaksana secara optimal, dan mendapatkan hasil yang memuaskan bagi klien dan juga peneliti itu sendiri. Pada bagian intervensi keperawatan diharapkan peneliti merencanakan sesuai dengan buku panduan SIKI (Standart Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standart Luaran Keperawatan Indonesia) . Pada bagian Implementasi diharapkan juga peneliti melakukan tindakan yang sesuai dengan yang direncanakan agar diagnose pada klien dapat teratasi. Dan evaluasi keperawatan diharapkan

peneliti lebih melakukan evaluasi yang lebih lengkap pada klien sesuai dengan data yang didapatkan pada klien.

## 2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan agar selalu menambah dan memperdalam ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien fraktur dengan menggunakan literatur-literatur terbaru.



## DAFTAR PUSTAKA

- Anas, Kadrianti, E., & I. (2013). *Pengaruh Tindakan Mobilisasi Terhadap Penyembuhan Luka Post Operasi Usus Buntu (Appendicitis) Di RSI Faisal Makassar*.
- Arifin, D. S. (2014). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Post Operatif Apendektomy et cause Appendicitis Acute*.
- Ariska, D. W., & Ali, M. S. (2019). Pengaruh Kebiasaan Konsumsi Junk Food Terhadap Kejadian Obesitas Remaja. *Jurnal Kesehatan Surya Mitra Husada*, 1–7.
- Bickley Lynn S & Szilagy Peter G. (2018). *Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan* (p. 49). p. 49.
- Burkitt, and R. (2007). *Appendicitis. In: Essential Surgery Problems, Diagnosis, & Management* . (4th ed.). London: Elsevier Ltd.
- Dewi, A. A. W. T. (2015). *Evaluasi Penggunaan Antibiotika Profilaksis Pada klien Operasi Appendicitis Akut di Instalasi Rawat Inap RS Baptis Batu Jawa Timur*.
- Elizabeth J. Corwin. (2011). *Buku Saku Patofisiologi Corwin*. Jakarta: Adityamedia.
- Eylin. (2009a). *Karakteristik Klien dan Diagnosis Histologi Pada Kasus Appendicitis Berdasarkan Data Registrasi di Departemen Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran UI RSUP Cipto Mangunkusumo*.
- Eylin. (2009b). *Karakteristik Klien dan Diagnosis Histologi Pada Kasus Appendicitis Berdasarkan Data Registrasi di Departemen Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran UI RSUP Cipto Mangunkusumo*.
- goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, A. (2019). Kebiasaan Konsumsi Makanan Cepat Saji Pada Siswa Kelas Viii Smp Negeri 1 Yogyakarta. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Hasanah, H. (2016). *Teknik-teknik observasi*. 21–46.
- Hidayatullah, R. M. R. (2014). *Efektivitas Antibiotik yang Digunakan pada Pasca Operasi Appendicitis Di RUMKITAL dr . Mintohardjo Jakarta Pusat*.
- Jong, S. & de. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jakarta: EGC.
- Kedokteran, F. (2018). Teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Basic Physical Examination : Teknik Inspeksi, Palpasi, dan auskultasi,(0271)

- Kiik, S. M. (2018). *Pengaruh Mobilisasi Dini Terhadap Waktu Pemulihan Peristaltik Usus Pada Ruang ICU BPRSUD Labuang Baji Makassar.*
- Mansjoer, A. (2011). *Kapita Selekta Kedokteran* (ketiga jil). Jakarta.
- Mulya, R. E. (2015). *Pemberian Mobilisasi Dini Terhadap Lamanya Penyembuhan Luka Post Operasi Apendiktomi.*
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus.* Jogjakarta: Mediaction.
- Potter, P., & Perry, A. (2014). *Fundamentals of Nursing* (7th ed.). Philadelphia: Elsevier Ltd.
- PPNI, T. P. S. D. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.* Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- RADwan, G. M. (2013). *Penyakit Hati, Lambung, Usus, dan Ambeien* (Cetakan 1). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rasubala. (2017). *Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Skala Nyeri pada Klien Post Operasi di RSUP. PROF. dr. R.D. Kandou dan RS Tk. III R.W. Monginsidi Teling Manado.*
- Setiadi. (2012a). *Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan.* Yogyakarta: Graha ilmu.
- Setiadi. (2012b). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik.* Yogyakarta: Graha ilmu.
- Sibuea, S. H. (2014). *Perbedaan Antara Jumlah Leukosit darah Pada Klien Appendisitis Akut dengan Appendisitis Perforasi di RSUP Dr. Kariadi Semarang.*
- Sibuea, Siti Hardiyanti. (2014). *Perbedaan Antara Jumlah Leukosit darah Pada Klien Appendisitis Akut dengan Appendisitis Perforasi di RSUP Dr. Kariadi Semarang.*
- Sjamsuhidajat & de jong. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah.* Jakarta.
- Smeltzer & Bare. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarath* (8th ed.). Jakarta: EGC.
- Soewito, B. (2017). *Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Klien Pre Operasi Appendisitis.*
- Sofiah, W. (2017). *Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Post Op*

*Apendiktomi Dengan Resiko Infeksi di RSUD Kota Jakarta Utara.*

Sofiah, Wiwik. (2017). *Asuhan Keperawatan Klien Yang Mengalami Post Op Apendiktomi Dengan Resiko Infeksi di RSUD Kota Jakarta Utara*. 8(2), 1–10.

stang dalam Novita. (2017). *GAMBARAN KEBIASAAN KONSUMSI MAKANAN CEPAT SAJI (FAST FOOD)*. (1).

sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*. Bandung: Alfabeta.

Sulekale, A. (2016). *Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Kasus Appendisitis di Rumah Sakit Santa Anna Kendari*.

Sulikhah, N. M. (2014). *Evaluasi Penggunaan Antibiotik Profilaksis Pada Pasein Operasi Apendiktomi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi*. 1–12.

Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah 2, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Wilkinson.M.J. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan dan Dokumentasi Keperawatan : Diagnosa Keperawatan dan Masalah Kolaboratif*. Jakarta: EGC.

Erwin Hidayat, Laporan praktik klinik semester 6 pada klien 1

Tiara rizky, Laporan praktik klinik semester 6 pada klien 2

**FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Tanggal MRS : ..... Jam Masuk : .....  
Tanggal Pengkajian : ..... No. RM : .....  
Jam Pengkajian : ..... Diagnosa Masuk : .....

**IDENTITAS**

- 1. Nama Pasien : ..... Penanggung jawab biaya : .....
- 2. Tanggal lahir : ..... Nama : .....
- 3. Suku Bangsa : ..... Alamat : .....
- 4. Agama : .....
- 5. Pendidikan : .....
- 6. Pekerjaan : .....
- 7. Alamat : .....

**RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

- 1. Keluhan Utama : .....
- 2. Keluhan Penyakit Sekarang : .....

**RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

- 1. Pernah dirawat  ya  tidak kapan: ..... diagnosa: .....
- 2. Riwayat penyakit kronik dan menular  ya  tidak jenis: .....
- Riwayat kontrol : .....
- Riwayat penggunaan obat : .....
- 3. Riwayat alergi  ya  tidak jenis: .....
- 4. Riwayat operasi  ya  tidak kapan: .....
- 5. Lain-lain : .....

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

ya  tidak jenis: .....

**GENOGRAM**

**PERILAKU YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN**

**Perilaku sebelum sakit yang mempengaruhi kesehatan**

Alkohol                      ya                       Tidak

Keterangan .....

Merokok                      ya                       Tidak

Keterangan .....

Obat                              ya                       Tidak

Keterangan .....

Olahraga                      ya                       Tidak

Keterangan .....

**OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK**

**1. Keadaan Umum :**

Posisi pasien : .....

Alat medis/ invasif yang terpasang : .....

Tanda klinis yang mencolok : (    ) sianosis    (    ) perdarahan

Sakit ringan     Sakit sedang     Sakit berat

**2. Kesadaran:**

Kualitatif :

Compos Mentis     Apatis     Somnolen     Sopor     Koma

Kuantitatif : GCS : E....M.....V.....

Tabel 1: Skor Pemeriksaan GCS ([Glasgow Coma Scale](#))

Parameter yang dinilai	Nilai/Skor
<b>1. Membuka Mata/Eye (E)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien dapat membuka mata spontan</li> <li>Klien dapat membuka mata dengan perintah</li> <li>Klien dapat membuka mata dengan rangsang nyeri</li> <li>Klien tidak berespon</li> </ul>	4 3 2 1
<b>2. Respon Motorik (M)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien dapat melakukan gerakan sesuai instruksi</li> <li>Klien hanya mampu melokalisir nyeri</li> <li>Klien hanya mampu menghindari sumber nyeri</li> <li>Adanya gerakan fleksi abnormal (dekortikasi)</li> <li>Adanya gerakan ekstensi abnormal (decerebrasi)</li> <li>Klien tidak berespon</li> </ul>	6 5 4 3 2 1
<b>3. Respon Verbal (V)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mampu menjawab dengan benar, orientasi sempurna</li> <li>Klien mengalami disorientasi, bingung</li> <li>Kata-kata tidak dapat dimengerti/tidak bermakna</li> <li>Suara tidak jelas/hanya mengerang</li> <li>Klien tidak berespon</li> </ul>	5 4 3 2 1

Masalah Keperawatan :

.....  
 .....  
 .....

**3. Pemeriksaan Tanda Tanda Vital**

S : ..... N : ..... TD : ..... RR :  
 .....

*Tekanan sistolik + (2 x tekanan diastolik)*

MAP : \_\_\_\_\_ = ..... mmHg

3

**4. Kenyamanan/nyeri**

Nyeri ya  Tidak

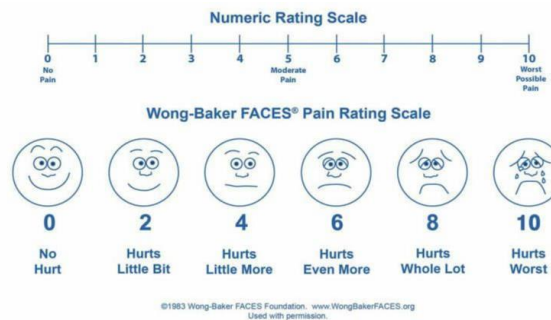
P : Provokatif dan palliatif:

Q : Quality dan Quantitas:

R : Regio :

S : Severity:

T : Time :



Masalah Keperawatan : .....

.....

.....

**5. Status Fungsional/Aktivitas dan Mobilisasi *Barthel Indeks***

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)	
		1	Kadang-kadang tak terkendali	
		2	Mandiri	
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/pakai kateter	
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1 x 24 jam)	
		2	Mandiri	
3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	
		1	Mandiri	
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5.	Makan	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	

8.	Memakai baju	0	Tidak mampu	
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	
		1	Mandiri	
	<b>Total skor</b>			

**Kategori tingkat ketergantungan pasien: .....**

**Keterangan:**

20 = Mandiri

12 – 19 = Ketergantungan ringan

9 – 11 = Ketergantungan sedang

5 – 8 = Ketergantungan berat

0 – 4 = Ketergantungan total

Masalah Keperawatan :

.....  
 .....  
 .....

**6. Pemeriksaan Kepala**

Finger print di tengah frontal : ( ) Terhidrasi ( ) Dehidrasi

Kulit kepala ( ) Bersih ( ) Luka

**Rambut :**

Penyebaran :  
 .....

Warna :  
 .....



Mudah patah :  
.....

Bercabang :  
.....

Cerah / kusam :  
.....

Kelainan :  
.....

**Mata:**

Sklera : ( ) Putih ( ) Ikterik

Konjungtiva : ( ) Merah muda ( ) Anemia

Palpebra : ( ) Tidak ada edema ( ) Edema

Kornea : ( ) Jernih ( ) Keruh

Reflek cahaya : ( ) + ( ) -

TIO :  
.....

Pupil : ( ) Isokor ( ) anisokor ( ) diameter

Visus : ..... OS .....OD

Kelainan :  
.....

.....  
.....

**Hidung :**

Pernafasan Cuping hidung: ( ) Ada ( ) Tidak ada

Posisi septum nasi: ( ) Ditengah ( ) Deviasi

Lubang hidung:  
.....

Ketajaman penciuman:  
.....

Kelainan :  
.....

**Rongga Mulut :**

Bibir : Warna .....

Gigi geligi :



Lidah : Warna .....

Mukosa: ( ) Lembab ( ) Kering ( ) Stomatitis

Tonsil: Ukuran .....

Uvula: Letak ( ) Simetris Ditengah ( ) Deviasi

**Telinga:**

Daun/pina telinga :  
.....

Kanalis telinga :  
.....

*Membran Timpani* *Cahaya politser*

Ketajaman pendengaran : .....

Tes weber : 256 Hz

Tes Rinne : 512 Hz

Tes Swabach : 512 Hz

Telinga kiri ..... telinga kanan .....

Kesimpulan

Masalah Keperawatan :

.....  
.....  
.....

**7. Pemeriksaan Leher**

Kelenjar getah bening: ( ) Teraba ( ) Tidak teraba

Tiroid : ( ) Teraba ( ) Tidak teraba

Posisi trakea : ( ) Letak di tengah ( ) Deviasi ke arah

.....

JVP : .....cmH<sub>2</sub>O

Masalah Keperawatan :

.....  
 .....

**8. Pemeriksaan Thorak : Sistem Pernafasan**

- a. Keluhan:  Sesak  nyeri waktu bernafas  
 Batuk  Produktif  Tidak produktif

Sekret: ..... Konsistensi : .....

Warna: ..... Bau : .....

- b. Inspeksi  
 Bentuk dada  simetris  asimetris  barrel chest  
 Funnel chest  Pigeons chest

Frekuensi: .....

Irama nafas :  teratur  tidak teratur

Pola pernafasan :  Dispnoe  Kusmaul  Cheyne Stokes  
 Bradipnae  Takipnea  Hyperventilasi

Pernafasan cuping hidung :  Ada  Tidak

Otot bantu pernafasan :  Ada  Tidak

Usaha nafas :  Posisi duduk  menunduk

Alat bantu nafas:  Ya  Tidak

Jenis ..... Flow .....lpm

- c. Palpasi  
 Vocal premitus : anterior dada ..... Posterior dada  
 .....

Ekspansi paru : anterior dada ..... Posterior dada  
 .....

Kelainan

*Krepitasi*  *Deviasi trakea*  *Trakeostomy*

- d. Perkusi :  Sonor  Redup  Pekak  Hipersonor/timpani

Batas Paru Hepar : .....

- e. Auskultasi:  
 Suara Nafas :  Vesikuler       Bronko vesikuler       Rales  
 Ronki       Wheezing       Suara nafas tambahan lainnya:  
 .....

Suara Ucapan:  
 .....

- f. Penggunaan WSD :  
 1. Jenis :  
 .....  
 2. Jumlah Cairan :  
 .....  
 3. Undulasi :  
 .....  
 4. Tekanan :  
 .....  
 .....

Masalah Keperawatan :  
 .....  
 .....  
 .....

**9. Pemeriksaan Jantung : Sistem Kardiovaskuler**

- a. Keluhan: Nyeri dada       Ada       Tidak  
 P : .....  
 Q : .....  
 R : .....  
 S : .....  
 T : .....

- b. Inspeksi :  
 .....  
 CRT : .....detik  
 Sianosis : .....

Ujung jari:     Jari tabuh

- c. Palpasi : ictus cordis  
 .....  
 Akral      ( ) hangat      ( ) panas      ( ) dingin      ( ) Kering      ( ) basah

d. Perkusi:  
Batas Atas : .....  
Batas Bawah : .....  
Batas Kanan : ..... Batas Kiri :  
.....

e. Auskultasi :  
BJ II – Aorta :  
.....  
BJ II – Pulmunal :  
.....  
BJ I – Trikuspidalis :  
.....  
BJ I – Mitral :  
.....  
Bunyi jantung tambahan :  
.....  
Kelainan :  
.....

f. CVP : .....

g. CTR : .....

h. ECG & Interpretasinya :  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Lain-lain :  
.....  
.....

Masalah Keperawatan :  
.....  
.....

**10. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi  
BB**

BB : ..... TB : ..... IMT : ----- = .....kg m<sup>2</sup> Kategori : .....  
(TB m)<sup>2</sup>

<i>Parameter</i>	Skor
Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ?	
a. Tidak ada penurunan berat badan	0
b. Tidak yakin.. tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	1
c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut:	2
1 – 5 kg	1
6 – 10 kg	2
11 – 15 kg	3
> 15 kg	4
Apakah asupan makanan berkurang karena tidak nafsu makan	
a. Ya	1
b. Tidak	0
<b>Total Skor</b>	

Keterangan: Bila skor ≥ 2 dan atau pasien dengan diagnosis/kondisi khusus dilakukan pengkajian lebih lanjut oleh Dietisien, Bila skor ≤ 2, skrining ulang 7 hari.

BAB : .....x hari                      terakhir tanggal :  
.....

Konsistensi :     keras             lunak             cair             lendir/darah

Diet :             padat             lunak             cair

Jenis diet : .....

Nafsu makan :     baik             menurun            frekuensi : .....x/hari

Porsi makan :     habis             tidak            Keterangan lainnya:

.....

**Abdomen**

Inspeksi :

Bentuk : .....

Bayangan vena : .....

Benjolan / massa : .....

Luka operasi :       ada       tidak      Tanggal operasi :

.....

Jenis operasi : .....      Lokasi :

.....

Keadaan :    Drain       baik       tidak

Jumlah : .....      Warna :

.....

Kondisi area sekitar insersi:

.....

Auskultasi : Peristaltik : .....x/menit

Palpasi :       tegang       kembung       ascites

Nyeri tekan :       ya       tidak      Titik Mc Burney:

.....

Massa : .....

Hepar : .....

Ginjal : .....

Perkusi:

Pemeriksaan ascites: undulasi: ..... Sfiting Dullnes:

.....

Ginjal : nyeri ketuk     ada       tidak

Masalah Keperawatan :

.....

.....

.

**11. Sistem Persyarafan**

- a. Memori :  Panjang  Pendek
  - b. Perhatian :  Dapat mengulang  Tidak dapat mengulang
  - c. Bahasa :  Baik  Tidak (ket: .....
  - d. Kognisi :  Baik  Tidak
  - e. Orientasi :  Orang  Tempat  Waktu
  - f. Saraf sensori :  Nyeri tusuk  Suhu  Sentuhan
- Lainnya :
- .....
- .....
- .....

g. Saraf koordinasi (cerebral) :  Ya  Tidak Tingkat kekuatan reflek:

h. Refleks Fisiologis	Patella	0	1	2	3	4	0 = tidak ada reflek
	Achilles	0	1	2	3	4	1 = hipoaktif
	Bisep	0	1	2	3	4	2 = normal
	Trisep	0	1	2	3	4	3 = hiperaktif
	Brakioradialis	0	1	2	3	4	4 = hiperaktif dengan klonus terus menerus

i. Refleks patologis:  babinsky  brudzinsky  kernig

j. Keluhan pusing :   Ya  Tidak

k. Istirahat tidur: .....jam/hari Gangguan tidur: .....

**l. Pemeriksaan saraf kranial**

- N1 :  Normal  Tidak Ket: .....
- N2 :  Normal  Tidak Ket: .....
- N3 :  Normal  Tidak Ket: .....
- N4 :  Normal  Tidak Ket: .....
- N5 :  Normal  Tidak Ket: .....
- N6 :  Normal  Tidak Ket: .....
- N7 :  Normal  Tidak Ket: .....



- N8 :  Normal  Tidak Ket:  
.....
- N9 :  Normal  Tidak Ket:  
.....
- N10 :  Normal  Tidak Ket:  
.....
- N11 :  Normal  Tidak Ket:  
.....
- N12 :  Normal  Tidak Ket:  
.....

Masalah Keperawatan :

.....  
 .....

**12. Sistem Perkemihan**

- a. Kebersihan :  Bersih  Kotor
- b. Keluhan kencing :  Nokturi  Inkontinensia  
 Gross hematuri  Poliuria  
 Disuria  Oliguria  
 Retensi  Hesistensi  
 Anuria
- c. Kemampuan berkemih  
 Spontan  Alat bantu, sebutkan:  
 .....

Jenis : .....

Ukuran : .....

Hari ke : .....

d. Produksi urine : .....ml/hari Warna : ..... Bau:

- e. Kandung kemis :  Membesar  ya  tidak  
 Nyeri tekan  ya  tidak

f. Balance cairan:

Intake		Output	
Minum peroral	: .....ml/hr	Urine (0,5 – 1 ml/kg/BB/jam)	: .....ml/hr
Cairan infus	: .....ml/hr	Drain	: .....ml/hr
Obat IV	: .....ml/hr	IWL (10 – 15 ml/kg/BB/24 jam)	: .....ml/hr
NGT	: .....ml/hr	Diare	: .....ml/hr
Makanan (1 kalori = 0,14 ml/hari)	: .....ml/hr	Muntah	: .....ml/hr
		Perdarahan	: .....ml/hr
		Feses (1x = 20 ml/hari)	: .....ml/hr
<b>Total</b>	<b>: .....ml/hr</b>	<b>Total</b>	<b>: .....ml/hr</b>

Balance cairan/hari perawatan:

.....

.....

.....

.....


Masalah Keperawatan : .....

.....

**13. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen**

a. Pergerakan sendi :  Bebas  Terbatas

b. Kekuatan otot:



- c. Kelainan ekstremitas:  ya  tidak
- d. Kelainan tulang belakang :  ya  tidak
- e. Fraktur :  ya  tidak
- f. Traksi / spalk / gips :  ya  tidak
- g. Kompartemen syndrome :  ya  tidak
- h. Kulit :  ikterik  sianosis  kemerahan  hiperpigmentasi
- i. Turgor:  baik  kurang  jelek
- j. Luka :  Tidak  ada
- Luas luka  panjang ..... cm  Diameter .....cm

Derajat luka : .....

Warna dasar luka  merah  kuning  hitam

Tipe eksudat/cairan luka : .....

Goa :  ada, ukuran .....

Tepi luka : .....

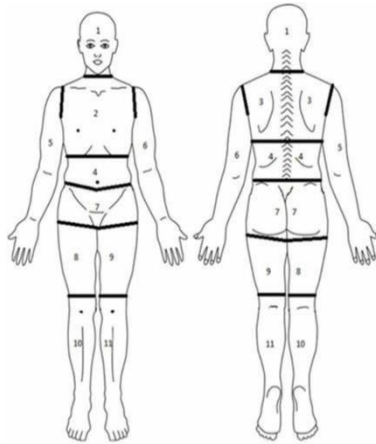
Jaringan granulasi : .....%

Warna kulit sekitar luka : .....

Edema sekitar luka : .....

Tanda-tanda infeksi :  Tidak  Ya

Lokasi: beri tanda X



k. Edema ekstremitas: .....

l. Pitting edema : +/- grade : .....

Ekstremitas atas:

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4 Penilaian Edema:

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4 +1 : kedalaman 1 – 3 mm, waktu kembali 3 detik

Ekstremitas bawah: +2 : kedalaman 3 – 5 mm, waktu kembali 5 detik

RU +1 +2 +3 +4 LU +1 +2 +3 +4 +3 : kedalaman 5 – 7 mm, waktu kembali 7 detik

RL +1 +2 +3 +4 LL +1 +2 +3 +4 +4 : kedalaman > 7 mm, waktu kembali 7 detik

Orther: .....

m. Ekskoriasis :  ya  tidak

n. Psoriasis :  ya  tidak

o. Urtikaria :  ya  tidak

p. Lain-lain:

.....  
 .....

Penilaian risiko decubitus:

Aspek yang dinilai	KRITERIA YANG DINILAI				NILAI
	1	2	3	4	
Persepsi Sensori	Terbatas Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Gangguan	
Kelembaban	Terus Menerus Basah	Sangat Lembab	Kadang-kadang Basah	Jarang Basah	
Aktivitas	Bedfast	Chairfast	Kadang-kadang Jalan	Lebih Sering Jalan	
Mobilisasi	Immobile Sepenuhnya	Sangat Terbatas	Keterbatasan Ringan	Tidak Ada Keterbatasan	
Nutrisi	Sangat Buruk	Kemungkinan Tidak Adekuat	Adekuat	Sangat Baik	
Gesekan & Pergeseran	Bermasalah	Potensial Bermasalah	Tidak Menimbulkan Masalah		
Note: Pasien dengan nilai total < 16 maka dapat dikatakan bahwa pasien beresiko mengalami dekubitus ( <i>Pressure ulcers</i> ) (15 or 16 = low risk, 13 or 14 = moderate risk, 12 or less = high risk)				<b>TOTAL NILAI</b>	

Kategori pasien : .....

Masalah Keperawatan : .....  
 .....

**14. Sistem Endokrin**

Pembesaran kelenjar tyroid:  ya  tidak

Pembesaran kelenjar getah bening:  ya  tidak

Pankreas: Trias DM:  ya  tidak

Hipoglikemia:  ya  tidak Nilai GDA:

.....

Hiperglikemia:  ya  tidak Nilai GDA:

.....

Kondisi kaki DM:

- Luka ganggren  ya  tidak

- Jenis luka : .....

- Lama luka : .....

- Warna : .....
- Luas luka : .....
- Kedalaman : .....
- Kulit Kaki : .....
- Kuku Kaki : .....
- Telapak Kaki : .....
- Jari Kaki : .....
- Infeksi :  ya  tidak
- Riwayat luka sebelumnya :  ya  tidak  
 Tahun : .....
- Jenis luka : .....
- Lokasi : .....
- Riwayat amputasi sebelumnya :  ya  tidak  
 Jika Ya  
 Tahun : .....
- Lokasi : .....
- Lain-lain : .....

Masalah Keperawatan : .....

.....

**15. Seksualitas dan Reproduksi**

- a. Payudara : benjolan : ada/tidak \*
- Kehamilan : ya/tidak \*
- HPHT
- b. Genetalia :  
 Wanita : flour albus : ya/tidak \*
- Prolaps uteri : ada/tidak \*
- Pria : masalah prostat/kelainan: ada/tidak \*

Masalah Keperawatan : .....

.....

**16. Keamanan Lingkungan**

**Penilaian risiko pasien jatuh dengan skala morse (pasien dewasa)**

Faktor Risiko	Skala	Skor	
		Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir	Ya		25
	Tidak		0
	Ya		15

Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Tidak		0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar		30
	Kruk, tongkat, walker		15
Menggunakan IV dan cateter	Bedrest/dibantu perawat		0
	Ya		20
Kemampuan berjalan	Tidak		0
	Gangguan (pincang/diseret)		20
Status mental	Lemah		10
	Normal/bedrest/imobilisasi		0
	Tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam		15
	Orientasi sesuai kemampuan diri		0
<b>Total skor</b>			

Kesimpulan : Kategori pasien : .....

Risiko =  $\geq 45$

Sedang = 25 – 44

Rendah = 0 – 24

Masalah Keperawatan : .....

.....

**PENGAJIAN PSIKOSOSIAL**

**a. Persepsi klien terhadap penyakitnya**

- Cobaan Tuhan                       Hukuman                       Lainnya

**b. Ekspresi klien terhadap penyakitnya**

- Murung/diam                       Gelisah                       Tegang                       Marah/menangis

**c. Reaksi saat interaksi**

- Kooperatif                       Tidak kooperatif                       Curiga

**d. Gangguan Konsep Diri**

- ya                       Tidak

Masalah Keperawatan : .....

.....

**PERSONAL HYGIENE & KEBIASAAN**

- a. Mandi : .....x/hari
  - b. Keramas : .....x/hari
  - c. Memotong kuku : .....
  - d. Merokok:  ya  Tidak
  - e. Alkohol:  ya  Tidak
  - f. Ganti pakaian : .....x/hari
  - g. Sikat Gigi : .....x/hari
- Masalah Keperawatan : .....
- .....

**PENGAJIAN SPIRITUAL**

**Kebiasaan beribadah**

- a. Sebelum sakit:  Sering  Kadang-kadang  Tidak pernah
- b. Selama sakit:  Sering  Kadang-kadang  Tidak pernah

**PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, Radiologi, EKG, USG)**

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil

**OBAT YANG DITERIMA**

<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>	<b>Nama Obat</b>	<b>Dosis</b>
<b>1.</b>		<b>6.</b>	
<b>2.</b>		<b>7.</b>	
<b>3.</b>		<b>8.</b>	
<b>4.</b>		<b>9.</b>	
<b>5.</b>		<b>10.</b>	

Balikpapan, .....2020

Perawat.

-----



**ANALISA DATA**

Nama :  
No.Reg :

Ruang :  
Tanggal :

No	Data	Masalah	Etiologi

**DIAGNOSA KEPERAWATAN**

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi

**RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN**

NO DX	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL	INTERVENSI KEPERAWATAN	RASIONAL

**TINDAKAN KEPERAWATAN**

NO DX	HARI/TGL/JAM	TINDAKAN KEPERAWATAN	EVALUASI

**EVALUASI**

NO	WAKTU(TGL/JAM)	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	TTD/NAMA

### LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Erwin Hidayat  
 NIM : P07220117046  
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Appendisitis di RSUD  
 dr.Kanujso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020  
 Dosen Pembimbing : Ns.Asnah, S.Kep, M.Pd

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
---	-----	SEMINAR	PROPOSAL	-----
1.	Jum'at 10-01-2020	Latar Belakang Masalah.	1. Penulisan tata bahasa Indonesia yang baik. 2. Penulisan latar belakang masalah seperti piramida terbalik. 3. Masukkan peran perawat dalam asuhan keperawatan.	
2.	Rabu 29-01-2020	BAB I.	1. Penulisan ilmiah bahas ingris cetak miring.	
3.	Selasa 11-02-2020	BAB II.	1. Redaksi BAB II.	
4.	Kamis 20-02-20	BAB I, II, III.	1. Tambahkan foto appendicitis. 2. Tambahkan Triangulasi.	
5.	Jum'at 21-02-2020	BAB I, II, III.	ACC siap untuk ujian.	

		SEMINAR	HASIL	
1.	Jum'at 01-05-2020	BAB IV	1. Pembahasan pada Intervensi tidak usah di ulang lagi intervensinya	
2.	Sabtu 09-05-2020	BAB IV, V	1. Pada bab V saran bagi peneliti tidak usah diberi nomor apabila tidak ada lanjutannya	
3.	Minggu 10-05-2020	BAB I, II, III, IV, V	1. Mengirimkan file lengkap	
REVISI		SEMINAR	HASIL	
1.	Jumat 19-06-2020	BAB I, II, III, IV, V	1. Redaksi kata proposal menjadi case review	
2.	Sabtu 20-06-2020	BAB I, II, III, IV, V	1. Pathway tidak usah diberi warna.	
3.	Minggu 28-06-2020	BAB I, II, III, IV, V	1. ACC	

**LEMBAR KONSUL**

Nama Mahasiswa : Erwin Hidayat.  
 NIM : P07220117046.  
 Judul Asuhan : Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Appendisitis di RSUD  
 dr.Kanujso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2020.  
 Dosen Pembimbing : Rahwati Shoufiah, S.St., M.Pd

<b>NO</b>	<b>HARI/ TANGGAL</b>	<b>MATERI YANG DIKONSULKAN</b>	<b>SARAN PEMBIMBING</b>	<b>TTD PEMBIMBING</b>
---	-----	SEMINAR	PROPOSAL	-----
1.	Kamis 16-01-2020	BAB I.	1. Gunakan literatur 10 tahun terakhir. 2. Perbaiki margins. 3. Perhatikan spasi, titi, koma.	
2.	Rabu 22-01-2020	BAB I.	1. Masukkan rikesdas RI tahun 2018. 2. Perhatikan spasi, titi, koma.. 3. Tambahkan penelitian sebelumnya.	
3.	Selasa 03-02-2020	BAB II.	1. Masukkan anatomi fisiologi appendicitis. 2. Tambahkan penelitian sebelumnya.	
4.	Selasa 11-02-2020	BAB II.	1. Tambahkan post operasi di LBM. 2. Perbaiki margins.	
5.	Rabu 12-02-2020	BAB I, II, III.	1. Tambahkan masalah keperawatan di LBM. 2. Diagnosa nyeri akut menjadi prioritas utama.	
6.	Rabu 19-02-2020	BAB I, II, III.	1. Tambahkan diagnosa di LBM.	
7.	Kamis 20-02-2020	BAB I, II, III.	1. Diagnosa keperawatan dinarasikan di LBM. 2. Gunakan SDKI, SIKI, SLKI.	
8.	Jum'at 21-02-2020	BAB I, II, III.	1. Dimasukkan Studi pendahuluan.	



	Senin 24-02-2020	BAB I, II, III.	ACC siap untuk ujian.	
9.	-----	SEMINAR	HASIL	
	Selasa 21-04-2020	BAB IV	1. Menyarankan menggunakan kasus kelolaan praktik klinik	
1.				
2.	Senin 04-05-2020	BAB IV	1. Banyak data tidak mendukung disarankan untuk mengganti klien	
3.	Sabtu 09-05-2020	BAB IV, V	1. Periksa penulisan	
4.	Minggu 10-05-2020	BAB I, II, III, IV, V	Mengirimkan file lengkap	
	-----	REVISI	-----	
1.	Minggu 28-06-2020	BAB I, II, III, IV, V	1. Redaksi Judul Proposal 2. Tambahkan asumsi peneliti di pembahasan	
2.	Kamis 04-07-2020	BAB I, II, III, IV, V	1. ACC	