

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. H DENGAN POST OP
APENDIKTOMI DI RUANG PERAWATAN PRIA
RSUD FAKFAK**



OLEH :

SALMA BOINAUW

NIM : 81447219033

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SORONG
PRODI DIII KEPERAWATAN FAKFAK
TAHUN 2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.H DENGAN
POST OP APENDIKTOMI DI RUANG
PERAWATAN PRIA RSUD
KABUPATEN FAKFAK**

Telah disetujui untuk dipertahankan di depan Panitia Ujian Karya Tulis Ilmiah
untuk memenuhi persyaratan menyelesaikan
Program Diploma III Keperawatan

Menyetujui Pembimbing

Pembimbing I,



Santoso Budi Rohayu, SKM, M.Kes
NIP. 19650628 199103 1 006

Pembimbing II,



Meriam C. Hukubun, SKM
NIP. 9 19910106 201701 201

Mengetahui :
Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak



Yehud Maryen, SKM, MPH
NIP. 19640724 198903 1 015

LEMBAR PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.H DENGAN
POST OP APENDIKTOMI DI RUANG
PERAWATAN PRIA RSUD
KABUPATEN FAKFAK**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Salma Boinauw
NIM : 81447219033

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 19 Juli 2022 dan dinyatakan memenuhi syarat untuk diterima

Penguji

Tanda Tangan

1. Elzina Dina De Fretes, S.SiT, M.Kes
NIP. 19740301 199602 2 001

(.....)

2. Santoso Budi Rohayu, SKM, M.Kes
NIP. 19650628 199103 1 006

(.....)

3. Meriam C. Hukubun, SKM
NIP. 9 19910106 201701 201

(.....)

Mengetahui

Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak



Yehud Maryen, SKM, MPH
NIP. 19640724 198903 1 015

RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS

Nama : SALMA BOINAUW

Nim : 81447219033

Tempat/ tanggal lahir : 24 Desember 2000

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Suku/bangsa : Maluku/Indonesia

Anak ke - : Pertama

II. RIWAYAT PENDIDIKAN

- a. Sekolah Dasar (SD) Negeri 2 Kataloka, Kabupaten Seram Bagian Timur tahun lulus 2012
- b. Sekolah Menengah Pertama (SMP) Madrasah Tsanawiyah Negeri Namalean Sikaru (MTsN) tahun lulus 2015
- c. Sekolah Menengah Atas (SMA) Madrasah Aliyah Negeri Namalean Sikaru (MAN) tahun lulus 2018
- d. Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak (2019-2022)

MOTTO

- *Hiasilah hidup kamu dengan sabar dan sholat*
- *Tiada kesuksesan yang dapat diraih tanpa adanya usaha, kerja keras dan doa*
- *Jangan mudah menyerah dalam menghadapi masalah, karena masalah datang untuk di selesaikan bukan untuk di hindari*

PERSEMBAHAN

1. Allah SWT terima atas segala rahmat dan hidayah-Mu, laporan ini dapat terselesaikan dengan baik
2. Untuk kedua orng tua saya (Aisa Rumadedey dan Muhammad Boinauw) yang tiada henti-hentinya selalu memberikan kasih sayang, semangat, motivasi dan cintanya kepada saya untuk mewujudkan cita-cita saya, serta yang telah mendidik dan mengajarkan saya untuk selalu hidup dengan sabar dan jujur. Ucapan terimakasih atas segala doa dan dukungan baik dalam bentuk materi maupun dukungan moral sehingga saya dapat menggapai cita-cita, semoga disayang Allah sebagaimana kalian menyayangi saya.
3. Untuk sahabat yang selalu ada di sisi saya yakni Risma, Tasya, Soteria, Balda, dan Rahma, terimakasih telah menyediakan pundak kalian untuk saya menangis dan memberi bantuan saat saya membutuhkannya.

4. Kepada teman seperjuanganku Boki Seli Rumasukun yang suda mau berjuang bersama saya dari SD, MTs, MAN hingga sekarang di Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak
5. Teruntuk ade-ade tercinta Yuni, Idrus, Astuti, Ona dan Riski terima kasih banyak yang sudah memberikan semangat serta doa untuk saya
6. Teruntuk patner Abdul Karim Amir terima kasih banyak atas doa dan semangat yang sudah kamu berikan kepada saya

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah ini dengan judul “ asuhan keperawatan pada Tn.H dengan diangnosa medis pos op apendiktomi di ruang perawatan pria RSUD Fakfak”. Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak.

Terselesainya karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan, asuhan, dan dukungan berbagai pihak, untuk itu penulis menghantur terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Ariani Pongoh, S.SIT, M.Kes, selaku direktur Poltekkes Kemenkes Sorong
2. Dr. Karyani, selaku direktur RSUD Fakfak yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam pengambilan data dan kasus untuk kelengkapan penulisan karya tulis ilmiah ini
3. Bapak Yehud Maryen, SKM, MPH selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakfak yang telah mendidik dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan pendidikan ini .
4. Elzina Dina De Fretes, S.iT, M.Kes selaku penguji yang telah memberikan motivasi, masukan dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis
5. Bapak Santoso Budi Rohayu, S.KM, M.Kes, M.Th. selaku pembimbing I dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tiada pernah telah dalam membimbing

penulis dan memberikan ilmu yang dimiliki dalam penyempurnaan karya tulis ini.

6. Meriam C. Hukubun S.KM. selaku pembimbing II dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini yang telah membantu dan meluangkan waktu dengan penuh kasih dan tulus, serta memberikan ilmu sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan tepat waktu
7. Bapak dan Ibu dosen serta tenaga pendidik pada Program Studi D-III Keperawatan Fakfak yang telah mendidik dan memberikan motivasi dan semangat dalam penyusunan karya tulis ilmiah
8. Tn. H dan keluarganya yang telah memberikan kerja sama dan dukungan kepada penulis selama pelaksanaan asuhan keperawatan
9. Terkhususnya kepada kedua orang tua, saudara-saudariku, dan sahabat-sahabatku yang tercinta yang telah memberikan dorongan, motivasi, material, serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, segala kritik dan saran untuk perbaikan sangat penulis harapkan. Akhir kata semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkannya dan untuk melakukan penelitian lebih lanjut.

Fakfak, Agustus 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

LEMBAR PERSETUJUAN.....ii

LEMBAR PENGESAHANiii

RIWAYAT HIDUP.....iv

MOTTO DAN PERSEMBAHAN v

KATA PENGANTARvi

DAFTAR ISI.....vii

DAFTAR TABEL.....viii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang 1

B. Rumusan masalah2

C. Tujuan penulisan2

D. Manfaat penulisan3

E. Metode penulisan3

F. Sistematika penulisan5

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep dasar medis

1. Defenisi	7
2. Etiologi.....	7
3. Patofisiologi	8
4. Manifestasi klinis	9
5. Pemeriksaan penunjang.....	10
6. Penatalaksanaan	11
7. Komplikasi	13
B. Konsep dasar asuhan keperawatan	
1. Pengkajian	14
2. Diagnosa keperawatan	16
3. Asuhan keperawatan	17
4. Implementasi	21
5. Evaluasi.....	21
 BAB III TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian	
1. Identitas	22
2. Pemeriksaan fisik	25
3. Pola aktivitas sehari-hari	32
4. Pemeriksaan penunjang	34
5. Terapai saat ini	35
6. Klasifikasi data.....	35
7. Analisa data.....	36
B. Diagnosa keperawatan	37

C. Asuhan keperawatan	38
-----------------------------	----

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	43
---------------------	----

B. Diagnosa	44
-------------------	----

C. Intervensi, implementasi, evaluasi	46
---	----

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	48
---------------------	----

B. Saran	49
----------------	----

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Asuhan keperawatan	16
------------------------------------	----

Tabel 3.1 Pola aktivitas sehari-hari.....	31
Tabel 3.2 Pemeriksaan penunjang	32
Tabel 3.3 Klasifikasi data.....	33
Tabel 3.4 Analisa data	34
Tabel 3.5 Intervensi keperawatan	36
Tabel 3.6 Catatan perkembangan.....	40

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Apendisitis merupakan suatu keadaan kegawat daruratan yang sering terjadi dan membutuhkan operasi kegawatan pada abdomen. Apendisitis merupakan penyakit yang menjadi perhatian oleh karena angka kejadian apendisitis tinggi di setiap negara. Apendisitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun yang jarang dilaporkan. Insiden tertinggi pada umur 20-30 tahun. Insiden pada laki-laki dan perempuan umumnya sebanding, kecuali pada umur 20-30 tahun kasus laki-laki lebih tinggi (Sjamsuhidayat & de Jong, 2019)

Berdasarkan badan kesehatan dunia atau WHO menyatakan klien yang menderita apendisitis di dunia sebanyak 1,1 juta kasus pertahun, angka mortalitas akibat apendiksitis adalah 21.000 jiwa, dimana populasi laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Angka mortalitas apendiksitis sekitar 12.000 jiwa pada laki-laki dan sekitar 10.000 jiwa pada perempuan (Daniel J, Shogilev, Nicolaj Duus, & Stephen R, 2018)

Di Indonesia yang memiliki kasus apendisitis cukup tinggi terlihat dengan adanya peningkatan jumlah pasien dari tahun ke tahun. Berdasarkan data yang diperoleh dari (Depkes 2016), kasus apendisitis pada tahun 2016 sebanyak 65.755 orang pada tahun 2017 jumlah pasien apendisitis sebanyak 75.601 orang.

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Fakfak pada tahun 2017 jumlah kasus apendisitis sebanyak 78 penderita (Dinkes Kab. Fakfak) dan pada catatan data Rekam Medis RSUD Kabupaten Fakfak dari jumlah pasien rawat inap tercatat sekitar 17 penderita apendisitis (RSUD Fakfak 2021). (KESEHATAN, 2021)

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas pada karya tulis ilmiah ini dapat dirumuskan : “bagaimana menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.H dengan post op apendiktomi di ruang perawatan pria RSUD Fakfak”

C. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Penulis dapat menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.H dengan post op apendiktomi di ruang perawatan pria RSUD Fakfak.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus dalam karya tulis ini agar penulis dapat :

- a. Melakukan pengkajian dan mengumpulkan semua data baik secara anamnesa (wawancara) ataupun pemeriksaan fisik dan penunjang yang dibutuhkan untuk menilai keadaan pada Tn.H dengan post op apendiktomi di ruang perawatan pria RSUD Fakfak.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. H dengan post apendiktomi di ruang perawatan pria RSUD Fakfak
- c. Menyusun rencana tindakan (intervensi) keperawatan pada Tn.H dengan post op apendiktomi di ruang perawatan pria RSUD Fakfak
- d. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Tn.H dengan post op apekdiktomi di ruang perawatan pria RSUD Fakfak .
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn.H dengan post op apendiktomi di ruang perawatan pria RSUD Fakfak

D. Manfaat penulisan

1. Bagi institusi pendidikan

Hasil penulisan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi untuk penulis selanjutnya dan sekaligus sebagai bahan evaluasi meningkatkannya mutu pelayanan pendidikan khususnya dalam proses belajar mengajar

2. Bagi lahan praktek

Sebagai referensi dan panduan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien apendisitis

3. Bagi penulis

- a. Meningkatkan pengetahuan penulis dalam menangani pasien dengan apendisitis

- b. Sebagai persyaratan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Diploma III Keperawatan

E. Metode penulisan

Penulis karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yaitu metode yang berorientasi saat ini yaitu dengan mengambil satu kasus penyakit dengan melalui proses pengumpulan data yang dilakukan dengan cara ;

1. Metode kepustakaan

Mempelajari referensi yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah yang diambil dari bermacam- macam sumber pustaka.

2. Metode kasus

Melakukan proses asuhan keperawatan pada klien apendisitis, mulai dari pengkajian sampe evaluasi. Proses asuhan keperawatan

dilakukan dengan cara melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, intervensi, serta melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan.

a. Wawancara

Dilakukan pada klien dan keluarganya dengan menggunakan format pengkajian yang ada untuk mendapatkan data yang diperlukan secara, subjektif dan objektif

b. Observasi

Dilakukan untuk mendapatkan data yang dilakukan secara subjektif dan objektif

c. Pemeriksaan fisik

Melakukan diskusi untuk mendapatkan informasi- informasi yang berhubungan dengan kasus post apendisitis. Diskusi dilakukan dengan petugas ruangan maupun tim kesehatan lainnya.

d. Dokumentasi

Untuk mempelajari kasus pasien, catatan keperawatan, catatan medis, dan hasil pemeriksaan diagnostik secara subjektif dan obajektif yang berhubungan dengan kasus post operasi apendisitis

F. Sistematika penulisan

Adapun sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini terdiri dari ;

1. BAB I pendahuluan

Berisi tentang :

a. Latar belakang

b. Rumusan masalah

- c. Tujuan penulisan
- d. Manfaat penulisan
- e. Metode penulisan
- f. Sistematika penulisan

2. BAB II Tinjauan teoritis

Berisi tentang

- a. Konsep dasar medik apendisitis
- b. Konsep dasar asuhan keperawatan pada klien apendisitis

3. BAB III Tinjauan kasus

Berisi tentang :

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Intervensi keperawatan
- d. Implementasi keperawatan
- e. Evaluasi keperawatan

4. BAB IV Pembahasan

Berisi tentang :

Masalah atau kesenjangan yang ditemukan antara konsep teori dan kasus yang nyata dari pengkajian sampai evaluasi.

5. BAB V Penutup

Berisi tentang:

- a. Kesimpulan
- b. Saran

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dasar medis

1. Defenisi

Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini menyerang semua umur, laki-laki berusia maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun. Penyebab paling

umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Bare, 2013).

Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan laparatomi dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi (Nurarif, 2015)

2. Etiologi

Apendisitis merupakan infeksi bakteri, dengan berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang dianjurkan sebagai faktor pencetus di samping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris dapat pula menyebabkan sumbatan penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis adalah erosis mukosa apendiks karena parasit seperti *E. histolytica* (Nawan, 2020)

3. Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fibrosis yang disebabkan oleh peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa yang mengalami bendungan. Semakin lama, mucus tersebut semakin banyak, tetapi elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga terjadi peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat ini akan menghambat aliran limfe yang menyebabkan edema, diapedesis bakteri,

dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut local yang ditandai dengan nyeri epigastrium. Bila sekresi mucus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena akan bertambah, dan bakteri akan menembus dinding, peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat hingga menimbulkan nyeri didaerah kanan bawah. Keadaan ini disebut apendisitis supuratif akut. Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks, apendiks lebih panjang, dan dinding apendiks lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadinya perforasi, sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karena telah adanya gangguan pembuluh darah diikuti dengan ganggren. Stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh ini pecah, akan terjadi apendisitis perforasin (Burkit, Quick, & Reed, 2017)

Apendiktomi biasanya disebabkan adanya penyumbatan lumen apendiks yang dapat diakibatkan oleh fakalit/apendikolit, hyperplasia limfoit, benda asing, parasite, mioplasma atau striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya. Obstruksi lumen yang terjadi mendukung perkembangan bakteri dan sekresi mucus sehingga menyebabkan distensi lumen dan meningkatkan tekanan dinding lumen. Setelah apendiktomi dilakukan mengakibatkan kerusakan jaringan dan terjadinya ujung saraf terputus menimbulkan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit (Gracia, 2022)

3. Manifestasi klinis

Menurut (Yaudi, 2021) manifestasi klinis apendisitis meliputi:

- a. Nyeri kuadran bawah biasanya disertai dengan demam derajat rendah, mual dan seringkali muntah.
- b. Pada titik McBurney (terletak dipertengahan antara umbilicus dan anterior dari ilium) nyeri tekan setempat karena tekanan dan sedikit kaku dari bagian bawah otot rektus kanan
- c. Nyeri alih mungkin saja ada, letak apendiks mengakibatkan sejumlah nyeri tekan, spasme otot, dan konstipasi atau diare kambuhan
- d. Tanda rovsing (dapat diketahui dengan memalpasi kuadran kanan bawah, yang menyebabkan nyeri pada kuadran kiri bawah).

Jika terjadi rupture apendiks, maka akan menjadi lebih melebar: terjadi distensi abdomen akibat ileus.

4. Pemeriksaan penunjang

Menurut (Wijaya & Putri, 2017) pemeriksaan penunjang apendisitis meliputi :

- a. Pemeriksaan fisik
 - 1) Inspeksi : akan tampak adanya pembengkakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengembang (distensi)
 - 2) Palpasi : di daerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (*Blumberg sign*) yang mana merupakan kunci dari diagnosa apendisitis akut.

- 3) Dengan tindakan tungkai bawah kanan dan paha ditekuk kuat /tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (proas sign).
- 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- 5) Suhu dubur yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.
- 6) Pada apendiks terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.

b. Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga 10.000-18.000/mm³.
Jika peningkatan lebih dari itu, maka kemungkinan apendisitis sudah mengalami perforasi (pecah).

- 1) Pemeriksaan radiologi
- 2) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit
- 3) Ultrasonografi (USG)
- 4) CTSCAN
- 5) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

c. paralitik dan kondisi memburuk

5. Penatalaksanaan

Menurut (Wijaya & putri, 2017) penatalaksanaan medis pada apendisitis meliputi :

a. Sebelum operasi

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis 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) diulangi secara periodik, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain.

2) Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi 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)

3) Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah dengan pembedahan yang disebut apendektomi. Apendektomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang apendiks (Wiwik, 2017). Indikasi dilakukannya operasi apendektomi yaitu bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan berdasarkan gejala

klinis. Pada keadaan yang meragukan diperlukan pemeriksaan penunjang USG atau CT scan. Apendektomi dapat dilakukan dibawah anastesi umum atau spinal dengan insisi apa abdomen bawah. Anastesi diberikan untuk memblokir sensasi rasa sakit. Operasi apendektomi dapat dilakukan dengan 2 teknik yaitu operasi apendektomi terbuka dan laparskopi apendektomi. Apendektomi 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.

4) Pasca operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan. Klien diberikan dalam posisi terlentang. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan.

6. Komplikasi

Menurut (Grace & boolrey, 2019)

a. Perforasi apendisitis

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut, perforasi jaringan terjadi dalam 12 Jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam.

Perforasi dapat diketahui prooperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul dari 36 sejak sakit, panas lebih dari 38,5 derajat celcius, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis, perforasi dapat menyebabkan peritonitis.

1) Peritonitis

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

2) Abses

Abses merupakan peradangan apendisitis yang berisi pus. Teraba masa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Masa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi bila apendisitis gangrene atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum.

B. Konsep dasar 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 menebus kebelakang sampai pada punggung dan mengalami demam tinggi

3) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami operasi sebelum pada colon.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.

5) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Tanda-tanda vital (tensi darah, suhu tubuh, respirasi, nadi) umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi apendisitis.

b) Sistem pernafasan klien apendisitis akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas (takipneu) serta pernafasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

c) Sistem kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stress dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring).

d) Sistem perkemihan

Output urin akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

e) Pemeriksaan sistem muskuloskeletal

Klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring kekakuan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

f) Sistem integumen

Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

g) Sistem persarafan

Pengkajian fungsi persarafan meliputi : tingkat kesadaran, saraf kranial dan reflek.

h) Sistem indra

Sistem pendengaran

Pengkajian yang dilakukan meliputi : bentuk dan kesimetrisan telinga, ada tidaknya peradangan dan fungsi pendengaran.

- i) Pemeriksaan sistem indokrin akan tetapi tetap perlu dikaji keadekuatan fungsi endokrin (tiroid dan lain-lain).

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Hendry, 2021)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan anatomi ureter yang berdekatan dengan apendiks oleh inflamasi
- b. Resiko tinggi terdapat infeksi berhubungan dengan perforasi pada apendiks dan tidak adekuatnya pertahanan utama
- c. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit apendiksitis berhubungan dengan kurangnya informasi

3. Asuhan keperawatan

Tabel 2.1

Asuhan keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriterial hasil	Intervensi	Rasional
1	Nyeri berhubungan dengan anatomi uretra yang berdekatan dengan apendiks oleh inflamasi	Tujuan : Nyeri hilang atau berkurang Kriteria hasil: pasien tampak rileks mampu tidur /istirahat dengan tepat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan istirahat dengan posisi semi-fowler 2. Gravitasi melokalisasi eksudat inflamasi dalam abdomen bawah atau pelvis 3. Berikan aktivitas hiburan focus perhatian kembali, 4. Berikan analgetik sesuai indikasi. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan posisi klien dengan semi-fowler untuk menghilangkan tegangan abdomen. 2. Meningkatkan relaksasi dan dapat meningkatkan kemampuan koping. 3. Analgesik dapat menghilangkan nyeri yang diderita pasien 4. Menghilangkan dan mengurangi nyeri melalui penghilangan rasa ujung saraf.

2	Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan perforasi pada apendiks dan tidak adekuatnya pertahanan tubuh	<p>Tujuan :</p> <p>Kriteria hasil: meningkatkan penyembuhan luka dengan benar, bebas tanda infeksi atau inflamasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya tanda- tanda infeksi pada area insisi 2. Monitor tanda-tanda vital, perhatikan demam, menggigil, perubahan mental. 3. Lakukan tehnik isolasi untuk infeksi interik, termasuk cuci tangan efektif 4. Pertahankan tehnik aseptik ketat pada perawatan luka insisi/terbuka, bersihkan dengan betadin 5. Awasi/ batasi pengunjung dan siap kebutuhan 6. Kolaborasi tim medis dalam pemberian antibiotik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dugaan adanya infeksi. 2. Dugaan adanya infeksi/ terjadinya sepsis, abses, peritonitis. 3. Mencegah transmisi transmisi virus ke orang lain 4. Mencegah meluas dan mengatasi penyebaran organisme infeksi/ kontaminasi silang. 5. Menurunkan resiko terpajan. 6. Terapi ditunjukan pada bakteri aerobgra negative.
---	--	---	--	--

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
3	Kurangnya pengetahuan tentang penyakit post apendisitis berhubungan dengan kurangnya informasi	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien dapat memenuhi tingkat pengetahuan meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pengetahuan tentang apendisitis meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji ulang pembatasan aktivitas pasca operasi, contoh olahraga. 2. Dorong aktifitas sesuai toleransi dengan periode istirahat periodik 3. Diskusi perawatan insisi, termasuk mengganti balutan 4. Batasan mandi, dan kembali ke dokter untuk pengangkatan jahitan / pengikat. 5. Identifikasi gejala yang memerlukan evaluasi medik. Contoh evaluasi nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi pada klien untuk merencanakan kembali rutinitas biasa tanpa menimbulkan masalah 2. Mencegah kelemahan, meningkatkan penyembuhan, dan perasaan sehat, dan mempermudah kembali aktivitas normal. 3. Pemahaman meningkatkan kerja sama dengan program terapi, meningkatkan penyembuhan dan proses perbaikan. 4. Upaya intervensi menurunkan resiko komplikasi serius 5. Untuk menetapkan intervensi berikutnya.

1. Implementasi keperawatan

Implementasi 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 di harapkan.

2. Evaluasi

Evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan rencana keperawatan guna menilai ke efektifan tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

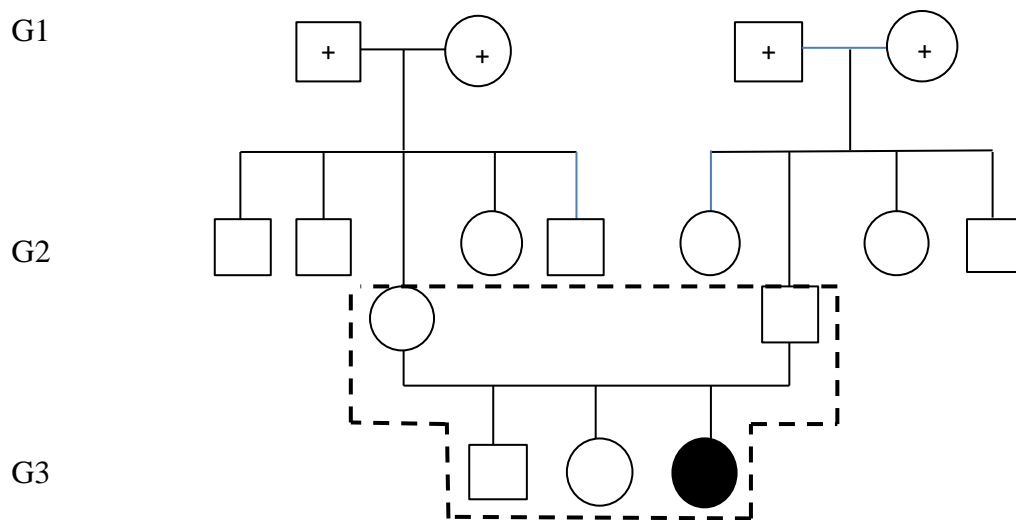
Pengkajian klien dilakukan pada tanggal pada 5 Mei 2022 di RSUD Fakfak identitas klien Nama Tn.H, umur 63 tahun, jenis kelamin laki-laki. Alamat Wagom pantai, agama islam, Pendidikan SD, suku bangsa Papua, tanggal masuk RSUD 1 Mei 2022, tanggal pengkajian 5 Mei 2022. Identitas penanggung jawab Nama Ny.G umur 92 tahun, jenis kelamin perempuan, agama islam, Pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga, suku bangsa Papua, hubungan dengan klien adalah orang tua. Klien masuk dengan keluhan utama nyeri perut kanan bawah.

Riwayat kesehatan ; Riwayat penyakit sekarang klien mengatakan nyeri pada bagian perut kanan bawah, kepala terasa pusing badan terasa lemas. Klien mengatakan mulai merasakan keluhan tersebut mulai dari hari sabtu kemarin. Klien mengatakan sebelum klien pergi ke RSUD Fakfak, klien pergi ke Puskesmas puncak, klien diberi tablet paracetamol dan antibiotik, setelah itu klien mengatakan perutnya mulai membaik namun setelah itu makin lama nyerinya semakin bertambah, badan klien tambah lemas disertai kepala klien terasa pusing, dan cepat lelah. Sehingga pada hari Minggu 30 April 2022 jam 12.00 WIT klien pergi ke UGD RSUD Fakfak dan klien langsung diberi therapy. Riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan juga pernah mengalami sakit perut 3 bulan terakhir, tapi klien menganggap sakit perut biasa, dan tidak ada pengobatan sebelumnya, karena sakit sekarang tidak dapat ditahan lagi dan

klien dibawa kerumah sakit. Riwayat kesehatan keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga mengalami penyakit keturunan seperti hipertensi dan diabetes melitus.

Genogram

Gambar 1.3



Keterangan

Tinggal serumah : - - - -

Meninggal : +

Laki-laki : □

Perempuan : ○

Klien : ●

G1 : Orang tua dari klien sudah meninggal karena usia lanjut

G2 : Ibu klien adalah anak ke 3 dari 5 bersaudara di antaranya 2 perempuan dan 3 laki-laki dan semua masih hidup, ayah klien adalah anak ke 2 dari 4 bersaudara, di antaranya 2 laki-laki dan 2 perempuan dan semua masih hidup.

G3: Klien adalah anak ke 3 dari 3 bersaudara di antaranya 1 laki-laki dan 2 perempuan, klien tinggal bersama ayah, ibu dan kedua saudaranya.

Data psikologis hubungan klien dengan lingkungan sekitar baik, hubungan klien dengan orang lain baik, saling berkomunikasi dengan tetangga yang menjenguk klien. Data spiritual klien beragama islam serta klien mengatakan mengikuti sholat selalu di rumah.

Pemeriksaan fisik ; keadaan umum : lemah dan tenang, kesadaran Compositis GCS (L5 V4 M6), penampilan klien menggunakan baju kaus dan kain sarung, berbicara jelas dan dapat dimengerti. Tekanan darah 110/70 mmHg, Nadi 80x/m, Suhu 39,5 oC dan Spo2 99.

Pemeriksaan system pernapasan hidung inspeksi bentuk hidung simetris kanan dan kiri, tidak ada secret, palpasi tidak ada nyeri tekan ; leher inspeksi : bentuk leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar thyroid leher bebas gerak, palpasi tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak nyeri tekan, dada inspeksi bentuk dada simetris kiri dan kanan tampak adanya retraksi dinding dada saat bernapas pergerakan dada saat inspirasi dan ekspirasi cepat, palpasi tidak ada nyeri tekan, askultasi tidak ada bunyi tambahan

Sistem kardiovaskuler, inspeksi konjungtiva anemis, bibir tidak sianosis, CRT kembali dalam 3 detik, palpasi arteri karotis teraba jelas 74x/mtidak teraba, askultasi bunyi jantung S1 lup S2 dup terdengar jelas dada regular.

Sistem pencernaan mulut inspeksi bibir kering, mulut tidak sianosis atau stomatis, kemampuan menelan baik, abdomen inspeksi terdapat luka operasi yang ditutupi oleh perban pada area kanan bawah perut, tidak ada benjolan pada perut, palpasi : turgor kulit elastis, terdapat nyeri tekan pada perut kanan bagian bawah (luka operasi) skala, nyeri 6 dari 10, ditandai dengan ekspresi wajah meringis kesakitan saat ditekan dan bergerak, auskultasi : terdengar bising usus, perkusi perut klien terdengar kembung pada saat diketuk, klien mengatakan tidak ada masalah anusnya,

Sistem indra mata inspeksi, mata kanan dan kiri simetria kiri dan kanan, kelopak mata menutup dan membuka dengan baik, konjungtiva anemia, palpasi tidak ada nyeri tekan, hidung inspeksi hidung kanan dan kiri simetris, tidak terdapat secret, palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, telinga inspeksi simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan, Tidak terdapat serumen, palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada tulang rawan.

Sistem saraf, fungsi cerebral, status mental baik: pasien dapat menyadari kalau dirinya sedang sakit dan dirawat di ruang perawatan, klien mampu mengingat semua anggota keluarganya, kesadaran: composmentis, fungsi saraf kranial.

Saraf I Alfactorius : penciuman baik, dapat menebak aroma minyak telon dengan mata tertutup, saraf II Optikus Pasien dapat membaca tulisan-tulisan yang ada dalam hp yang klien sedang bawa dan mainkan, saraf III okulomotorius : reflek pupil saat melihat cahaya ada yaitu pupil mengecil, saraf IV Trokelaris : bola mata dapat bergerak keatas dan kebawah saat melihat perawatan mengganti cairan infus, saraf V trigeminus pasien dapat mengunyah, menelan, membuka, serta menutup mulut, saraf VI abducentis : pasien dapat menggerakkan bola mata ke kiri dan ke kanan, saraf VII fasialis : dapat mengekspresikan mimik wajah saat meringis kesakitan, tersenyum atau pun marah, saraf VIII auditorius : dapat mendengar saat dipanggil ibunya dan langsung menoleh ke ibunya, saraf IX glossofaringeus pasien dapat menelan makanan dengan baik tanpa merasakan nyeri, saraf X vagus : klien berbicara dengan jelas, kata-kata yang diucapkan dapat dimengerti, saraf XI asesorius : bahu dan leher dapat digerakan dengan baik saat pasien mengganti pakaian, saraf XII hipoglossus : gerakan otot lidah baik, ketika klien mengunyah dan berbicara, fungsi motoric : tonus dan kekuatan otot baik, dimana klien dapat menggerakkan kaki dan tangan serta mampu mengangkat sendok makan, fungsi sensorik pasien dapat merasakan sakit saat dilakukan pengambilan sampel darah.

System muskuluskletal, kepala inspeksi bentuk oval, palpasi tiak ada masa yang teraba, tidak ada nyeri tekan, bahu inspeksi pasien dapat mengangkat dan menggerakkan tangan saat mengganti pakaian dan bergegas ke kamar mandi.

Vertebrata inspeksi pasien dapat membungkuk, dapat ditekuk dan diluruskan badannya saat duduk namun ada respon nyeri saat bergerak, pelvis inspeksi pasien dapat miring kiri dan kanan, klien dapat duduk namun ada respon nyeri saat bergerak, ekstremitas atas inspeksi simetris kiri dan kanan, jari-jari tangan lengkap, tangan kiri terpasang infus, pergerakan terbatas, tangan kanan pergerakan aktif dimana dapat meluruskan dan melipat tangan, ekstermitas bawah inspeksi simetris kiri dan kanan, jari-jari kaki lengkap, pergerakan aktif dapat melipat dan meluruskan kaki.

Sistem integumen rambut inspeksi distribusi rambut merata, kriting, warna hitam, keadaan kulit kepala kotor, palpasi tekstur kasar, dan tidak rontok, kulit inspeksi : tampak berkeringat, warna gelap, akral teraba hangat, tutgor kulit elastis.

Sistem endokrin : tidak ada tanda-tanda pembesaran kelenjar limfa, tidak ada kelainan endokrin seperti diabetes mellitus, tidak ada sekresi keringat berlebihan.

Sistem imun, pasien mengatakan klien tidak ada riwayat elergi terhadap cuaca, makanan, maupun obat-obatan, tidak ada riwayat trasfusi dengan reaksinya, System reproduksi : tidak dilakukan pemeriksaan. Klien belum menikah.

1. Pola aktivitas sehari

Tabel 3.1

Pola aktivitas sehari-hari

No	Jenis	Di rumah	Di rumah sakit
1.	<p>NUTRISI</p> <p>a. Frekwensi makan selama 24 jam</p> <p>b. Menu</p> <p>c. Porsi yang dipersiapkan</p> <p>d. Cara</p> <p>e. Selera makan</p> <p>MINUM</p> <p>a. frekuensi</p> <p>b. jenis</p> <p>c. cara</p> <p>d. keluhan</p>	<p>a. 3x sehari</p> <p>b. Bubur, sayur, ikan</p> <p>c. Satu piring penuh, dihabiskan</p> <p>d. Makan sendiri</p> <p>e. Baik</p> <p>a. Air putih, kopi</p> <p>b. ± 9 x/ hari</p> <p>c. Minum sendiri</p> <p>d. Tidak ada keluhan</p>	<p>a. 2x sehari</p> <p>b. Bubur, sayur</p> <p>c. Klien tidak dapat menghabiskan porsi makan yang telah disediakan</p> <p>d. Makan sendiri</p> <p>e. Tidak napsu makan</p> <p>a. Air botol</p> <p>b. 2 botol/24 jam</p> <p>c. Minum sendiri</p> <p>d. Tidak ada keluhan</p>
2.	<p>ELEMINASI BAB</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Konsistensi</p> <p>c. Warna</p> <p>d. Keluhan</p> <p>BAK</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Warna</p> <p>c. Keluhan</p>	<p>a. 1-2x sehari</p> <p>b. Padat</p> <p>c. Kuning kecoklatan</p> <p>d. Tidak ada</p> <p>a. 6 kali sehari</p> <p>b. Kuning jernih</p> <p>c. Tidak ada keluhan</p>	<p>a. Belum BAB</p> <p>b. –</p> <p>c. –</p> <p>d. –</p> <p>a. 8 kali sehari</p> <p>b. Kuning jernih</p> <p>c. Tidak ada keluhan</p>
3.	<p>POLA ISTIRAHAT TIDUR</p> <p>a. Tidur siang</p> <p>b. Tidur malam</p> <p>c. Kesulitan dalam tidur</p>	<p>a. ± 1 jam sehari</p> <p>b. 23:00 WIT / ± 7 jam</p> <p>c. Tidak ada</p>	<p>a. 12:00 WIT/30 menit</p> <p>b. 21:00 WIT / ± 3 jam</p> <p>c. Klien sulit tidur karena nyeri yang dirasakan</p>

4.	PERSONAL HYGIENE a. Mandi b. Gosok gigi c. Ganti pakaian	a. 3x sehari b. 3x sehari c. 3x sehari	a. Belum b. Belum c. 2x sehari
----	---	--	--------------------------------------

2. Pemeriksaan penunjang

Table 3.2

Pemeriksaan penunjang

Hari tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Rabu 27 April 2022	Hb	10,1 g/dl	12-16 g/dl
	Leukosit	15,010 mm ³	5.000-10.000 mm ³
	Hematocrit	36,8 %	37-47 %
	Netrofil	90 %	50-70 %
	Limfosit	5 %	20-40 %
	MCV	77,0 fL	80-95 fL
	MCH	23,8 pg/call	27-31 pg/caal
	MCHC	30,9 g/DL	32-36 /DL

Sumber : Data Skunder

3. Terapi saat ini

Tabel 3.3

Terapi saat ini

Hari/tanggal	Terapi	Dosis	Keterangan
	a aminofluid	A 500 cc	a Habis dalam 8 jam
	b ranitidin	B 50 mg	b IV/ 8 jam
	c ketorolac	C 30 mg	c IV/ 8 jam
	d ondansentron	D –	d KP
	e ceftriaxone	E 1 gram	e IV/ 24 jam

Sumber : data Sekunder

4. Klasifikasi data

Tabel 3.4
Klasifikasi Data

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
<p>Ds klien mengatakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri pada luka operasi • Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk • Nyeri pada perut kanan bawah • Nyeri menjalar hingga ke seluruh pinggang • Nyeri bertambah pada saat bergerak • Tidur tidak nyenyak • Klien tidak bisa tidur karena gelisah • Merasa cemas dengan penyakitnya • Tidak mengetahui tentang proses penyakit 	<p>Do : klien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekpresi wajah meringis kesakitan • Skala nyeri 6 • Berhati hati dalam bergerak • Terdapat nyeri tekan pada area luka operasi • Terdapat luka operasi pada perut bagian kanan bawah yang tertutup verban • Panjang luka operasi 7 cc • Jenis jahitan sampul • Mata klien tampak sayup • Bawah mata klien tampak hitam • Lemas • Gelisah bingung • TTV <p>Td : 120/ 80 mmHg Nadi : 82x/m Suhu : 36.5 Rr : 20</p>

Sumber : Data Primer

5. Analisa data

Tabel 3.5
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1	<p>DS : klien mengatakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri pada luka operasi • Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk 	<p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p>	<p>Nyeri akut</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri pada perut kanan bagian bawah • Nyeri menjalar hingga ke seluruh pinggang • Nyeri bertambah pada saat bergerak <p>Do : klien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekpresi wajah meringis kesakitan • Skala nyeri 6 • Berhati-hati dalam bergerak • Terdapat nyeri tekan pada area luka operasi 		
2	<p>DS –</p> <p>DO : klien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka operasi pada perut bagian kanan bawah yang tertutup verban • Panjang luka operasi 7 cc • Jenis jahitan sampul 	Insisi post pembedahan	Resiko infeksi
3	<p>DS : klien mengatakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidur tidak nyenyak • Klien tidak bisa tidur karena gelisah <p>DO : klien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mata klien tampak sayup • Bawah mata klien tampak hitam • Lemas 	Nyeri	Gangguan pola tidur
4	<p>Ds : klien mengatakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa cemas dengan penyakitnya • Tidak mengetahui tentang proses penyakit <p>Do : klien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelisah • Bingung 	Kurangnya terpapar informasi	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

Sumber :Data Primer

6. Diagnosa keperawatan
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan
 - b. Resiko infeksi berhubungan dengan insisi post pembedahan
 - c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri
 - d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Intervensi keperawatan

Tabel 3.6

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan prosedur operasi ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri pada luka operasi • Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk tusuk • Nyeri pada perut kanan bagian bawah • Nyeri menjalar hingga keseluruhan pinggang • Nyeri bertambah pada saat bergerak 	<p>Setelah di lakukan Tindakan keperawatan selama 3x4 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melaporkan nyeri berkurang • Mampu mengenali penyebab nyeri <p>DO ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tidak meringis 	<p>1. Kaji keluhan nyeri dengan menggunakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skala • Tempat lokasi nyeri • Lamanya nyeri • Kapan nyeri muncul • Apakah berkeri-keri saat nyeri 	<p>1. Perubahan tanda-tanda vital dapat merupakan perubahan pada keadaan pasien</p>	<p>1. Mengkaji keluhan nyeri dengan menggunakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skala • Tempat lokasi nyeri • Lamanya nyeri • Kapan nyeri muncul • Apakah berkeri-keri saat nyeri <p>Respon :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri pada luka operasi • Durasi nyeri 5 menit 	<p>Tanggal 4 Mei 2022 Jam 11.00 WIT</p> <p>Klien mengatakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri masih dirasakan pada perut kanan bawah • Merasa nyeri saat bergerak <p>O : pasien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masih meringis • Skala nyeri 6 • Ttv • Nadi 80x/m • RR : 20x/m • SB : 37,5°C

	<p>DO : klien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ekspresi wajah meringis kesakitan • Skala nyeri 6 • Berhati hati dalam bergerak • Terdapat nyeri tekan pada area luka operasi 	<ul style="list-style-type: none"> • TTV pasien dalam batas normal • Skala nyeri ringan 2 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Observasi tanda tanda vital 3. observasi reaksi nonverbal terhadap ketidaknyamanan 4. Atur posisi pasien senyaman mungkin 5. Pertahankan rasa nyaman pasien 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Perubahan tanda-tanda vital dapat merupakan perubahan pada keadaan umum 3. Mengetahui tingkat nyeri melalui ekspresi wajah 4. Posisi yang tepat dapat mengurangi penekanan dan mencegah ketegangan otot serta mengurangi nyeri 5. Rasa nyaman mampu mengalihkan 	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri bertambah pada saat pasien bergerak <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skala nyeri 6 <p>Jam 14 ;30 WIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Mengobservasi tanda tanda vital Respon : Do : tekanan darah : 100/70 mmHg Nadi : 93x/m Suhu : 36,3 RR : 23x/m Jam 14.00 WIT 3. Mengobservasi reaksi nonverbal terhadap ketidaknyamanan Respon ; Do ; Ekspresi pasien meringis kesakitan Jam 14.10 WIT 	<ul style="list-style-type: none"> • Spo2 : 99% • Td : 120/80 mmHg <p>A : masa belum teratasi P : intervensi dilanjutkan</p>
--	---	---	---	---	---	--

			<p>6. Ajarkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi dan distrasi pada saat nyeri muncul</p> <p>7. Berikan pasien untuk hindari rangsangan yang membuat nyeri</p> <p>8. Tatalaksana pemebrian obat analgetik</p>	<p>perhatian klien dari rasa sakit yang dirasakan</p> <p>6. Untuk mengalihkan perhatian agar pasien tidak terfokus pada nyeri</p> <p>7. Pergerakan terlalu sering dapat memicu atau merangsang terjadinya nyeri</p> <p>8. Nalgetik dapat mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri</p>	<p>4. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin Respon : Do : Pasien tidur dengan posisi terlentang</p> <p>5. Mempertahankan rasa nyaman pasien Respon : Do : Pasien berbaring pada posisi terlentang dan bantal teralas diatas kepala Jam 14.20 WIT</p> <p>6. Mengajarkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi dan distraksi pada saat nyeri muncul Respon : DO : pasein tidak melaukan tehnik relaksasi dan distribusi Jam 14.25 WIT</p>	
--	--	--	---	---	---	--

					<p>7. Memberitahu pasien untk menghindari rangsangan yang membuat nyeri Respon : Do : Pasien hanya bergerak miring ke kiri dan ke kanan tidak bangun bergerak dan berjalan</p> <p>8. Penatalaksanaan pemberian obat katarolac 30 mg /IV Respon : Do : Obat masuk perlahan lahan dan tidak ada tanda tanda alergi</p>	
2.	Resiko infeksi berhubungan dengan insis post pembedahan ditandai dengan DS : - DO : Klien Tampak	Setelah di lakukan Tindakan keperawatan selama 3x4 jam diharapkan risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil Ds : -	1. Kaji tanda tanda infeksi calor, dolor, rubor.	1. Dapat dengan mudah untuk mengetahui adanya infeksi	1. Mengkaji tanda tanda infeksi calor, rubor, dolor. Respon : Do :	Tanggal 05 mei 2022 jam 11 WIT S : O : pasien tampak • Luka daam keadaan

<ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka operasi pada perut bagian kanan bawah yang tertutup verban • Panjang luka operasi 7 cm • Jenis jahitan sampul 	<p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka operasi tetap kering dan bersih • Tidak ada tanda tanda infeksi seperti dolor, ribor, calor • Tidak ada pembekakan pada luka operasi 	<p>2. Anjurkan kepada klien tetap menjaga luka dalam keadaan kering</p> <p>3. Anjurkan kepada pasien untuk tidak menyentuh luka</p> <p>4. Lakukan perawatan luka dan perban sesuai jadwal</p> <p>5 tatalaksana pemebrisan ceftriaxone</p>	<p>2. Luka basah dapat membuat area insisi menjadi lembab maka kuman dan bakteri mudah berkembang</p> <p>3. Mencegah infeksi nosocomial (infeksi silang)</p> <p>4 menjaga kebersihan pada pembalut luka dapt mencegah terjadinya infeksi</p> <p>5 membantu mencegah infeksi pada luka</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak tampak adanya tanda tanda infeksi <p>Jam 14.35 WIT</p> <p>2. Menganjurkan kepada pasien utuk tetap menjaga luka dalam keadaan kering Respon : Do ; - Luka dalam keadaan kering</p> <p>Jam 14.45 WIT</p> <p>3. Menganjurkan kepada pasien untuk tidak menyentuh area luka Respon : Ds : Pasien mengatakan tidak menyentuh area luka Jam : 14.50 WIT</p>	<p>kering dan bersih</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak ada tanda tanda infeksi • Tidak ada pembekakan pada luka operasi <p>A : Masa belum teratsi</p> <p>P : tervensi dilanjutkan</p>
---	---	---	---	--	--

					<p>4. Melakukan perawatan luka dan perban sesuai jadwal Respon : Ds : Pada hari pertama perban belum diganti Jam 12.15 WIT</p> <p>5. Penatalaksanaan pemberian obat ceftriaxone 1 gr / IV Respon : Do : Obat masuk perlahan lahan tanpa adanya tanda tanda alergi</p>	
3.	<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri DS : klien mengatakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidur tidak nyenyak • Klien tidak bisa tidur karena gelisah <p>DO : klien Nampak</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur Kembali normal dengan kriterial hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tidak gelisah saat tidur 	<p>1. Kaji pola tidur klien</p> <p>2. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman</p>	<p>1. Untuk mengetahui kebutuhan tidur klien</p> <p>2. Dengan lingkungan yang tenang dapat mencapai tahapan-</p>	<p>1. Mengkaji pola tidur klien Respon ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tidak bisa tidur karna nyeri yang di rasakan <p>2. Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman Respon : membatasi</p>	<p>Tanggal 4 mei 2022 Jam 11.00 WIT S ; klien mengatakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien belum bisa tidur nyenyak • Terbangun dari tidur

	<ul style="list-style-type: none"> • Mata klien tampak sayup • Bawah mata klien tampak hitam • Lemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Bawah mata klien tidak hitam • Klien tidak lemas 	3. Memberi posisi yang nyaman sesuai klien tidur	<p>tahapan yang tidur yang nyaman</p> <p>3. Posisi yang nyaman dapat membuat klien tidur dengan nyaman dan tenang</p>	<p>pengunjung pada waktu klien istirahat</p> <p>3. Memberikan posisi yang nyaman sesuai klien tidur</p> <p>Respon : Klien tidur dengan posisi terlentang dengan bantal peluk disisipkan disamping kaki klien sebagai bantal peluk</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri dirasakan saat bergerak • Masih sering terbangun <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p>
4.	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan;</p> <p>Ds: klien mengatakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa cemas dengan penyakitnya • Tidak mengetahui tentang proses penyakit 	<p>Setelah di lakukan Tindakan keperawatan 2x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perasaan cemas hilang • Tidak bertanya-tanya tentang penyakitnya • Mengerti tentang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan meneri ma informasi 2. Berikan kesempatan klien untuk bertanya 3. Jelaskan secara singkat tentang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi Ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimal kan dalam peresapan informasi 2. Memberikan kesempatan bertanya untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kesiapan menerima informasi Respon ; Klien dapat menerima informasi dengan baik 2. Memberikan kesempatan klien bertanya 	<p>S : Klien mengtakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cemas berkurang • Mengerti tentang penyakitnya <p>O : Klien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelisah berkurang

	<p>Do : klien tampak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelisah • Bingung • Bertanya-tanya tentang penyakitnya 	<p>penyakit yang di terima</p>	<p>pengetahuan, penyebab dan pencegahan penyakit apendisit</p> <p>4. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>	<p>mengetahui sejauh mana klien dapat menerima materi</p> <p>3. Dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman klien tentang penyakit apendistis</p> <p>4. Untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan klien dapat menjalankan PHBS dengan optimal</p>	<p>Respon ; klien bertanya tentang penyakit yang dideritanya</p> <p>3. Menjelaskan secara singkat tentang pengertian, penyebab dan pencegahan penyakit apendistis Respon ; klien mengatakan sudah mengerti</p> <p>4. Menganjurkan perilaku hidup bersih Respon; klien tampak mengikuti anjuran perawat untuk merawat diri</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak bingung <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P; intervensi di hentikan</p>
--	---	--------------------------------	--	--	---	--

9. Catatan perkembangan

Tabel 3.7
Catatan perkembangan

No DX Kep	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	5 Mei 2022	11.00 WIT	<p>1. Mengkaji keluhan nyeri Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skla nyeri 9 • Abdomen kanan bawah • Saat bergerak • Nyeri akan terjadi bila klien bergerak. <p>2. Memantau tanda-tanda vital Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RR : 20xm • Nadi : 80x/m • Suhu 37,5 • Spo2 ; 99 • Td:110/80mmHg <p>3. Mengatur posisi klien senyaman mungkin Respon : klien berbaring terlentang dengan kepala beralas bantal</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri masih dirasakan • Nyeri abdomen bawah sudah tidak ada <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keadaan umum klien lemas • Klien meringis kesakitan • Ttv Td : 110/80 mmHg Nadi : 80xm RR : 20x/m S: : 37,5 Spo2 : 99 % <p>A : masalah belum teratasi P : intervensi di lanjutkan</p>

2.	Hari tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
	6 Mei 2022	11.35 wit	<p>1. Mengkaji ulang luka operasi Respon :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luka operasi Nampak kering dan masi bersih • Tanda-tanda infeksi belum terlihat <p>2. Menganjurkan kepada klien agar tetap menjaga luka dalam keadaan kering Respon : Luka dalam keadaan kering</p> <p>3. Menganjurkan kepada klien agar tidak menyentuh luka Respon ; Klien tidak menyentuh luka</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tidak menyentuh luka <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat luka operasi pada daerah abdomen bagian kanan <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
3	Hari tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
	7 Mei 2022	11.40 wit	<p>1. Mengkaji pola tidur klien Respon : Klien tidak bisa tidur karna nyeri yang dirasakan</p> <p>2. Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman Respon : Membatasi pengunjung pada waktu klien istirahat</p> <p>3. Memberikan posisi yang nyaman sesuai klien tidur Respon : Klien tidur dengan posisi terlentang dengan bantal peluk disisipkan disamping kaki klie sebagai bantal peluk</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien belum bisa tidur nyenyak • Terbangun dari tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri dirasakan saat bergerak • Masih sering terbangun <p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>

BAB IV

PEMBAHASAN

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan yang tentang kasus apendiksitis pre apendiktomi dengan menggunakan proses perawatan dan setelah melihat kembali mengenai tinjauan pustaka baik pada konsep dasar, maupun asuhan keperawatan, maka didapatkan beberapa kesenjangan antara teori dan kenyataan di lapangan. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan apendiksitis pre apendiktomi pada Tn. H penulis menerapkan proses keperawatan dengan 5 tahap, yaitu :

1. Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan yang didapatkan pada kasus nyata dan teori, penulis menemukan kesenjangan di dalam pengkajian, dimana pada teori terdapat data- data yang dilakukan secara sistematis pada klien dengan meliputi : nyeri abdomen periumbilical, mual, muntah lokalisasi nyeri menuju fose iliaka kanan, pereksia ringan, pasien menjadi kemerahan, takikardi, lidah berselapur halitosis, nyeri tekan (biasanya saat lepas) disepanjang titik McBurney, nyeri tekan pelvis sisi kanan pada pemeriksaan per rektal. Peritonitis jika apendiks mengalami perforasi, masa apendiks jika pasien dating terlambat. Sedangkan data-data pengkajian yang penulis dapatkan di lapangan yaitu : kepala terasa pusing, badan terasa lemas, cepat lelah, ND 80 x/m, SB : 37,5oC, leukosit : 1,5010 mm g/dl. Kesenjangan yang ditemukan dari hasil pengkajian yang dilakukan adalah titik ditemukan data-data di atas, penulis tidak menemukan data-data seperti mual, muntah, pereksia ringan, takikardia, lidah berselaput, halitosis. Karena ada factor

berat ringannya kasus sehingga penulis mendapatkan data-data yang tidak ada pada kasus nyata dan tidak ada apa kasus teori sehingga menimbulkan kesenjangan di dalam pengkajian.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa atau masalah yang sering muncul pada kasus apendisitis akut pre apendektomi adalah sebagai berikut :

Ada beberapa diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan berdasarkan tanda atau gejala yang ada yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan anatomi uretra yang berdekatan dengan apendiks oleh inflamasi
- b. Resiko tinggi terdapat infeksi berhubungan dengan perforasi pada apendiks dan tidak adekuatnya pertahanan utama
- c. Kurangnya pengetahuan tentang penyakit apendisitis berhubungan dengan kurangnya informasi

Penulis menemukan kesenjangan pada diagnosa keperawatan di karenakan pada kasus apendiksitis pre apendiktomi pada Tn.H di temukan 3 diagnosa keperawatan yaitu:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan)
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri

3. Intervensi dan evaluasi

a. Diagnosa keperawatan I

Nyeri berhubungan dengan anatomi ureter yang berdekatan dengan apendiks oleh inflamasi

- Intervensi keperawatan

Untuk diagnosa keperawatan 1 secara tinjauan teori terdapat empat intervensi yaitu :

- 1) Pertahankan istirahat dengan posisi semi-fowler
- 2) Gravitasi melokalisasi eksudat inflamasi dalam abdomen bawah atau pelvis
- 3) Berikan aktivitas hiburan fokus perhatian Kembali
- 4) Berikan analgetik sesuai indikasi

Dari 4 intervensi teori tersebut hanya ada 3 intervensi yaitu intervensi 1, 2 dan 3 yang sama dengan intervensi kasus nyata sehingga penulis dapat melakukan intervensi tersebut ;

Pada tinjauan kasus nyata terdapat tiga intervensi yaitu

- 1) Kaji keluhan nyeri
- 2) Pantau tanda-tanda vital klien
- 3) Atur posisi klien nyaman mungkin

Dari tiga intervensi yang tersusun penulis dapat melaksanakannya.

4. Implementasi keperawatan

Dari ketiga intervensi keperawatan yang telah ditemukan dan dapat di implementasikan semua intervensi dengan baik pada klien karena klien ikut kooperatif akan tindakan yang dilakukan

5. Evaluasi keperawatan

Dalam 3 hari memberikan asuhan keperawatan masalah nyeri belum teratasi dikarenakan masih terasa nyeri berkurang dengan skala nyeri 3 sedangkan pada tujuan penulis harapkan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 sehingga dengan alasan tersebut intervensi bisa dilanjutkan dengan perawatan selanjutnya.

b. Diagnosa keperawatan II

Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan perforasi pada apendiks dan tidak adekuatnya

1) Intervensi keperawatan

a) Pantau tanda-tanda vital

b) Lakukan pencucian tangan yang baik dan perawatan luka aseptik. Berikan perawatan paripurna, latihan insisi dan balutan. catat karakteristik drainase luka, adanya eritma serta berikan informasi yang tepat dan jujur pada pasien ambil contoh drainage bila diindikasi dan berikan antibiotic.

2) Implementasi keperawatan

Dari 2 intervensi keperawatan yang telah ditemukan penulis dapat mengimplementasikan semua intervensi dengan baik pada klien karena klien kooperatif akan tindakan yang dilakukan

3) Evaluasi

Selama 3 hari memberikan asuhan keperawatan masalah gangguan pola tidur akhirnya teratasi dikarenakan klien kooperatif dalam akan tindakan yang dilakukan

c. Diagnosa keperawatan III

Kurangnya pengetahuan penyakit apendisitis berhubungan dengan kurangnya informasi

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Definisi apendiksitis

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

2. Pengkajian

Tn. H mengeluh nyeri perut kanan bawah, Tn.H merasakan nyeri perut, nyeri bertambah apabila Tn.H bersin, nyeri tidak menyebar nyeri hanya terasa di perut kanan bawah, nyeri berskala 5, dengan waktu nyeri hilang timbul. Tanda-tanda vital , TD 110/80 mmHg, ND : 80 x/m, SB: 39,5oC leukosit 15,010 mm nyeri lepas maupun nyeri tekan pada abdomen bagian bawah kanan tepatnya di sepanjang titik McBurney

3. Diagnosa

Diagnosa atau masalah yang sering muncul dan sama pada kasus nyata apendiksitis adalah, nyeri akut berhubungan dengan oedema apendik, cemas berhubungan dengan apendiktomi.

4. Intervensi

Intervensi yang sering dilakukan pada kasus apendiksitis adalah:

Kaji nyeri, observasi TTV, kolaborasi medis dalam pemberian analgetik pada kasus nyata terdapat intervensi yaitu;

- Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik beratnya
- Tata laksana analgetik sesuai indikasi
- Jelaskan setiap prosedur tindakan yang akan dilakukan
- Kolaborasi dengan keluarga untuk memenuhi ADL klien.

5. Implementasi

Dari intervensi keperawatan yang telah ditemukan, penulis dapat mengimplementasikan intervensi tersebut dengan baik dan tidak ada kendala sama sekali.

6. Evaluasi

Asuhan keperawatan berlangsung selama 3 hari dan ditemukan diagnosa pertama dengan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (pembedahan), diagnosa kedua dengan resiko infeksi berhubungan dengan adanya luka operasi, diagnosa ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri.

B. Saran

1. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien apendiksitis akut pre apendiktomi, hendaknya dilakukan pengkajian secara lengkap dan menyeluruh. Penetapan diagnosa keperawatan harus berdasarkan pada data dan keluhan yang dikeluhkan pasien. Perencanaan keperawatan dilakukan

dengan mempertahankan konsep teori yang ada. Implementasi keperawatan harus sesuai dengan perencanaan dengan memperhatikan kondisi pasien dan kemampuan keluarga. Evaluasi yang dilakukan harus sesuai dengan waktu yang ditentukan.

2. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien hendaknya menggunakan pendekatan proses keperawatan secara komprehensif dengan melibatkan peran serta aktif sebagai asuhan keperawatan sehingga tercapai sesuai tujuan
3. Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit apendiksitis akut.

DAFTAR PUSTAKA

- burkit. (2007). *.stikesperintis*. Retrieved from ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny.R DENGAN POST OPERASI APENDICITIS : <http://repo.stikesperintis.ac.id/148/1/26%20SRI%20RAHAYU%20OKTAVIANI.pdf>
- Burkit, Quick, & Reed. (2017). *poltekkesjogja*. Retrieved from BAB II: <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1368/4/4.%20BAB%20II.pdf>
- Daniel J, Shogilev, Nicolaj Duus, & Stephen R. (2018). Evidence -Based Review terhadap pendekatan diagnostik . *Diagnosis Apendisitis*.
- grace , & boolrey. (2019). *poltekkesjogja*. Retrieved from BAB II: <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1368/4/4.%20BAB%20II.pdf>
- Gracia, d. E. (2022). *Patofisiologi Apendicitis*. Retrieved from alomedika: <https://www.alomedika.com/penyakit/bedah-umum/apendisitis/patofisiologi>
- hendry, z. (2021). *Askep Apendisitis Dengan Pendekatan SDKI SLKI dan SIKI*.
- Hidayat, E. (2020). *.poltekkes-kaltim*. Retrieved from ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN APENDECITIS : <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1053/1/KTI%20ERWIN%20HIDAYAT.pdf>
- KESEHATAN, D. (2021). *DATA TAHUNAN APENDISITIS* .
- nawan, w. (2020). *academia*. Retrieved from laporan pendahuluan: <https://www.academia.edu/8261714/Apendisitis>
- nurarif. (2015). *TINJAUAN PUSTAKA*. Retrieved from umpo: <http://eprints.umpo.ac.id/6137/3/BAB%202.pdf>
- Nurlina, I. E. (2017). *kertacendekia*. Retrieved from ASUHAN KEPERAWATAN PADA Sdr.S DENGAN: <http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/160/1/KTI%20ILDA%20.pdf>
- Sjamsuhidayat, & de Jong. (2019). *eprints.umm*. Retrieved from TINJAUAN PUSTAKA: <https://eprints.umm.ac.id/41408/3/jiptummpg-gdl-sitidewiam-50971-3-bab2.pdf>

- smeltzer, & bare. (2013). *poltekkes-kaltim*. Retrieved from ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN APENDICITIS:
<http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/1053/1/KTI%20ERWIN%20HIDAYAT.pdf>
- wijaya , & putri. (2017). *umpo*. Retrieved from BAB 2:
<http://eprints.umpo.ac.id/5356/3/BAB%20II.pdf>
- Yaudi, N. (2021). *jurnal Healt sains . Manifestasi Klinis Apendisitis*.



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG

Jalan Basuki Rahmat Km.11 Kota Sorong 98417
Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309

Laman <http://poltekkessorong.ac.id> Surat Elektronik poltekkes_sorong@yahoo.co.id



Nomor : KH.04.02/3.11/101/2022
Lampiran : 1

Daftar nama Mahasiswa/I
Prodi D III Keperawatan Fakfak
TA. 2021/2022

No	Nama Mahasiswa	
1	Alda R A Fidmatan	81447219001
2	Boki S Rumasukun	81447219008
3	Julia Ubra	81447219016
4	Melanie Y Kokorule	81447219023
5	Natasya Rustam	81447219026
6	Risma Karim	81447219030
7	Lenora Krispul	81447219017
8	Salma Boinauw	81447219033
9	Yani Rumaday	81447219038
10	Lidia Wiratraur	81447219019
11	Yuliance J Kutanggas	81447219040
12	Soteria Y Engkesa	81447219036
13	Sukria Fatmah Rumuar	81447219037
14	Asya Parera	81447219006
15	Saida Loklomin	81447219032
16	Mirna Siboto	81447219024
17	Imran Rahalus	81447219014
18	Runita D Heritrenggi	81447219031
19	Abdullah Kelilauw	8 1447218001
20	Balda T Rumasukun	81447219029
21	Endah H Rais	81447219010
22	Ermelda Moniz	81447219001
23	Gabriela Hindom	81447219013

24	Leonardo Y Meturan	81447219018
25	Lisa A Watmanlussy	81447219020
26	Lisawanrika Palete	81447219021
27	Martin V Ramos Dak	81447219022
28	Melanie G.A Tethool	8 1447218021
29	Nurmala Moka	81447219027
30	Rahma Sarita La Abu	81447219029

Mengetahui 
Ketua

DIREKTORAT JENDERAL
TENAGA KERJA
*
Yehud Maryen, SKM, M.PH
NIP. 19640724 1989031 015
REPUBLIK INDONESIA



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN SORONG
Jalan Basuki Rahmat Km.11 Kota Sorong 98417
Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309

Laman <http://poltekkesorong.ac.id> Surat Elektronik poltekkes_sorong@yahoo.co.id



Nomor : KH.04.02/3.11/095/2022
Lampiran : 1 (Satu) Lembar
Perihal : Permohonan Pengambilan Kasus

Fakfak, 22 April 2022

Yang terhormat,
Direktur RSUD Kab. Fakfak
Di-

F a k f a k

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Karya Tulis ilmiah (KTI) mahasiswa semester VI Prodi D III Keperawatan Fakfak Poltekkes Kemenkes Sorong Tahun Akademik 2021/2022, maka dengan ini kami mengajukan permohonan kepada Direktur RSUD Fakfak kiranya dapat mengizinkan mahasiswa kami untuk menggunakan lahan RSUD Fakfak (Ruang Rawat Nginap) untuk pengambilan kasus KTI sesuai dengan Judul yang sudah ditetapkan. Pengambilan kasus KTI dilakukan mulai tanggal 25 April s/d 30 April 2022. (Nama mahasiswa terlampir)

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan kerja sama yang baik diucapkan banyak terimakasih.

Mengetahui }
Ketua

Yehud Maryen, SKM, M.PH
NIP. 19640724 1989031 015



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN SORONG

Jalan Basuki Rahmat Km.11 Kota Sorong 98417

Telepon (0951) 324 309 Faksimile (0951) 324 309

Laman <http://poltekkessorong.ac.id> Surat Elektronik poltekkes_sorong@yahoo.co.id



Nomor : KH.04.02/3.11/095/2022

Lampiran : 1

Daftar nama Mahasiswa/I
Prodi D III Keperawatan Fakfak
TA. 2021/2022

RSUD KABUPATEN FAKFAK		
1	Alda R A Fidmatan	81447219001
2	Boki S Rumasukun	81447219008
3	Julia Ubra	81447219016
4	Melanie Y Kokorule	81447219023
5	Natasya Rustam	81447219026
6	Risma Karim	81447219030
7	Lenora Krispul	81447219017
8	Salma Boinauw	81447219033
9	Yani Rumaday	81447219038
10	Lidia Wiratraur	81447219019

Mengetahui &
Ketua

Yehud Maryen, SKM, M.PH
NIP. 19640724 1989031 015