

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN APENDISITIS DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG ENGGANG 3
RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG**



OLEH:

Putri Sulistiana Sarif
P07220121034

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA**

2024

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN APENDISITIS DENGAN
MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG ENGGANG 3
RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH:

Putri Sulistiana Sarif
P07220121034

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
KALIMANTAN TIMUR JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D-III KEPERAWATAN SAMARINDA**

2024

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya 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.



Kemenkes

Samarinda, 2 Juli 2024

Yang menyatakan



Putri Sulistiana Sarif
Nim : P07220121034

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

TANGGAL : 2 Juli 2024

Oleh Pembimbing :



Dr. Dwi Prihatin Era, M.Kep
NIDN. 4030127701

Pembimbing Pendamping



Ns. Arsyawina, SST., M.Kes
NIDN. 4013018701

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



Dr. Ns. Tini, S. Kep., M. Kep
NIP. 198107012006042004

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pasien Apendisitis
dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut
Di Rsud Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

Telah diuji

Pada Tanggal : 2 Juli 2024

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Ismansyah, S.Kp.M.Kep
NIDN: 4018126802


(.....)

Penguji Anggota :

1. **Dr. Dwi Prihatin Era, M.Kep**
NIDN: 4030127701


(.....)

2. **Ns. Arsyawina, SST.,M.Kes**
NIDN: 4013018701


(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur


Ns. Andi Lis Arming G.M.Kep
NIP. 19680329292994022001

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur


Dr. Ns. Tini, S. Kep., M. Kep
NIP. 198197012006042004

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Putri Sulistiana Sarif

Tempat Tinggal Lahir : Balikpapan, 16 April 2003

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Alamat : Perumahan BTN RT.01 Kec. Babulu
Kab. Penajam Paser Utara

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2008-2009 : TK Negeri Pembina Babulu
2. Tahun 2009-2015 : SDN 010 Babulu
3. Tahun 2015-2018 : SMPN 011 Babulu
4. Tahun 2018-2021 : SMAN 04 Babulu
5. Tahun 2021-2024 : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kementerian
Kesehatan Kalimantan Timur

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur bagi Allah SWT yang telah memberikan berkah, rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien Apendisitis masalah keperawatan Nyeri Akut di RSUD Aji Muhammad Parikesit Samarinda” Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan ahli madya di program D-III Keperawatan poltekkes kemenkes Kalimantan timur.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis mendapatkan banyak bimbingan, arahan, dan saran yang bermanfaat dari berbagai pihak secara langsung maupun tidak langsung, sehingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan sesuai dengan yang direncanakan. Bersama ini perkenalkan saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Dr.M.H. Supriadi B, S.Kp.,M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Ns. Andi Lis AG., S.Kep.,M.Kep Selaku ketua jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Tini., S.Kep., M.Kep selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Dr. Dwi Prihatin Era, M.Kep sebagai dosen pembimbing utama yang telah memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah saya hingga selesai.

5. Ns. Arsyawina, SST.,M.Kes ebagai dosen pembimbing pendamping telah memberikan bimbingan dan pengarahan pada saya dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah hingga selesai.
6. Ismansyah, S.Kp.M.Kep selaku penguji utama yang telah memberi masukan dan bimbingan Karya Tulis Ilmiah
7. Seluruh dosen dan staf Program Studi D-III Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
8. Kepada kedua Orang Tua saya, Bapak Syarifudin dan Ibu Sutinah, saudara saya Akbar, Rafi, Al dan Dhefin yang selalu mendoakan saya dan memberikan dukungan kepada saya selama belajar di Poltekkes Kemenkes Kaltim.
9. Kepada teman seperjuangan saya, Dea Nierwanti, Putri Dwi Setiyowati , Rita Amalia Zafiri, Tiara Auradiva,Darminto, Dewi Thalia Vanessa dan Nor Oktaviani yang selalu memberikan dukungan dan semangat selama belajar di Poltekkes Kemenkes Kaltim.
10. Dan teman-teman D-III Keperawatan Samarinda Angkatan 2021 yang selalu memberikan motivasi dan semangat.
11. Terakhir, terima kasih untuk diri sendiri, Putri Sulistiana Sarif karena telah mampu berusaha keras dan berjuang sejauh ini untuk menyelesaikan kewajiban sebagai seorang Mahasiswa.

Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa membalas segala kebaikan dari semua pihak yang terkait dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini. Semoga ini dapat membawa manfaat bagi yang membaca

Samarinda , 02 Juli 2024



Kemenkes
Poltekkes Kalimantan Timur

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN APENDISITIS DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG ENGGANG 3 RSUD AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG”

Putri Sulistiana Sarif¹⁾, Dwi Prihatin Era²⁾, Arsyawina³⁾

¹⁾ Mahasiswa program studi D-III keperawatan Poltekes Kemenkes Kaltim Dosen

^{2) 3)} Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Kaltim

Pendahuluan : Apendisitis merupakan suatu keadaan dimana terjadinya suatu peradangan yang diakibatkan infeksi pada usus buntu atau umbai cacing yang menyebabkan peradangan akut sehingga dibutuhkan tindakan operasi segera untuk mencegah komplikasi, karena infeksi ini dapat mengakibatkan peradangan akut. Penelitian ini bertujuan untuk mempelajari dan memahami secara mendalam mengenai asuhan keperawatan pada pasien apendisitis dengan nyeri akut di RSUD Aji Muhammad Parikesit.

Metode : Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil satu kasus. Metode pengambilan data adalah dengan wawancara, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Instrumen pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan sesuai yang berlaku di Poltekes Kemenkes Kaltim dengan analisa data secara deksriptif.

Hasil dan Pembahasan : Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan pengkajian membutuhkan keterampilan komunikasi yang efektif, diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien dan didapatkan diagnosis pre operatif Nyeri Akut, Nausea, dan Ansietas. Dan diagnosis post operatif yaitu Nyeri Akut, Gangguan Mobilitas, Risiko Infeksi dan yang menjadi prioritas utamanya yaitu Nyeri Akut. Dengan intervensi manajemen nyeri serta luaran keperawatan tingkat nyeri menurun. Didapatkan bahwa masalah keperawatan nyeri akut teratasi pada hari ke 3 dan telah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diinginkan.

Kesimpulan dan saran : Pada pasien ini didapatkan masalah Nyeri Akut menurun. Diharapkan untuk kedepannya menjadi literasi maupun wawasan tambahan untuk meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Apendisitis.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Apendisitis, Rumah sakit.

ABSTRACT

"NURSING CARE FOR APPENDICITIS PATIENTS WITH ACUTE PAIN NURSING PROBLEMS IN THE HORN ROOM 3 OF AJI MUHAMMAD PARIKESIT TENGGARONG HOSPITAL"

Putri Sulistiana Sarif¹⁾, Dwi Prihatin Era²⁾, Arsyawina³⁾

¹⁾ Students of the D-III Nursing Study Program of the East Kalimantan Ministry of Health Polytechnic Lecturer^{2) 3)} Department of Nursing, East Kalimantan Ministry of Health Polytechnic

Introduction : Appendicitis is a condition where an inflammation occurs due to an infection in the appendix or worm tuft that causes acute inflammation so that immediate surgery is needed to prevent complications, because this infection can result in acute inflammation. This study aims to study and understand in depth about nursing care for appendicitis patients with acute pain at Aji Muhammad Parikesit Hospital.

Method : This study uses a case study method with a Nursing Care approach by taking one case. The data collection method is by interview, physical examination, and supporting examination. The data collection instrument uses the Nursing Care format in accordance with the applicable Poltekes of the Ministry of Health of East Kalimantan with descriptive data analysis.

Results and Discussion : Based on the data analysis, the conclusion of the assessment was obtained that effective communication skills are required, nursing diagnosis is adjusted to the client's condition and pre-operative diagnosis of Acute Pain, Nausea, and Anxiety is obtained. With pain management interventions and nursing outcomes, pain levels decreased. It was found that the acute pain nursing problem was resolved on the 3rd day and had achieved the desired goal and outcome criteria.

Conclusion and advice : In this patient, the problem of acute pain decreases. It is hoped that in the future it will be an additional literacy and insight to improve skills in providing nursing care to patients with Appendicitis.

Keywords : Nursing Care, Appendicitis, Hospital.

DAFTAR ISI

COVER LUAR.....	i
COVER DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
ABSTRAK.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Studi Kasus	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Studi Kasus	5
1.4.1 Bagi Peneliti	5
1.4.2 Bagi Tempat Penelitian.....	6
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi Apendisitis	7
2.1.2 Etiologi Apendisitis	8
2.1.3 Manifestasi Klinis	10
2.1.4 Penatalaksanaan	10
2.1.5 Pathway	14
2.1.6 Patofisiologis.....	15

2.2	Konsep Nyeri Akut	16
2.2.1	Pengertian.....	16
2.2.2	Penyebab Nyeri Akut.....	16
2.2.3	Gejala dan Tanda Nyeri Akut	17
2.2.4	Kondisi Klinis Terkait.....	17
2.2.5	Pengukuran Intensitas Nyeri.....	18
2.2.6	Penatalaksanaan Keperawatan.....	20
2.3	Konsep <i>Massage</i> Punggung.....	22
2.3.1	Definisi <i>Massage</i> Punggung.....	22
2.3.2	Indikasi.....	22
2.3.3	Kontraindikasi	22
2.3.4	Bentuk dan Jenis Prosedur	23
2.3.5	Standar Operasional Prosedur	24
2.3.6	Artikel Penelitian.....	25
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan pada Apendisitis	27
2.4.1	Pengkajian.....	27
2.4.2	Diagnosa Keperawatan.....	32
2.4.3	Intervensi Keperawatan	34
2.4.4	Implementasi Keperawatan.....	43
2.4.5	Evaluasi Keperawatan.....	43
BAB 3	METODE PENELITIAN.....	46
3.1	Rancangan Studi Kasus	46
3.2	Subyek Studi Kasus.....	46
3.3	Fokus Studi	47
3.4	Definisi Operasional.....	47
3.5	<i>Instrument</i> Pengumpulan Data.....	49
3.6	Metode Pengumpulan Data.....	50
3.6.1	Wawancara	50
3.6.2	Observasi dan Pemeriksaan Fisik	50
3.6.3	Studi dokumentasi	51
3.7	Langkah Pelaksanaan Studi Kasus	51

3.8	Lokasi dan Waktu Penelitian	51
3.9	Analisi dan Penyajian Data.....	52
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN		53
4.1	Hasil Studi	53
4.1.1	Gambaran Lokasi Penelitian	53
4.1.2	Data Asuhan Keperawatan	56
4.2	Pembahasan	85
4.2.1	Pre Operatif	85
4.2.2	Post Operatif	89
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		95
5.1	Kesimpulan	95
5.1.1	Pengkajian.....	95
5.1.2	Diagnosa Keperawatan.....	95
5.1.3	Intervensi Keperawatan	96
5.1.4	Implementasi Keperawatan.....	97
5.1.5	Evaluasi keperawatan.....	97
5.2	Saran.....	98
5.2.1	Bagi penulis.....	98
5.2.2	Bagi Instalasi Rumah Sakit	98
5.2.3	Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan	99
DAFTAR PUSTAKA.....		xviii
DAFTAR LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Standar Operasional Prosedur Massage Punggung.....	24
Tabel 2.2 Standar Operasional Pemantauan Nyeri	25
Tabel 2.3 Artikel Penelitian.....	25
Tabel 2.4 Intervensi Keperawatan Pre Operatif	34
Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan Post Operatif	38
Tabel 4.1 Pengkajian pada pasien dengan diagnosa apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit	56
Tabel 4.2 Pengkajian pada pasien dengan diagnosa apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit	58
Tabel 4.3 Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan Apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit	62
Tabel 4.4 Penatalaksanaan terapi farmakologis pada pasien dengan Apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit	62
Tabel 4. 5 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Pada Pasien dengan Apendisitis di Instalasi Rawat Inap Ruang Enggang 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Tahun 2024	63
Tabel 4. 6 Intervensi Keperawatan Pre Operatif	64
Tabel 4. 7 Intervensi Keperawatan Post Operatif	67
Tabel 4. 8 Implementasi Keperawatan Pada Pasien Tn.H Dengan Apendisitis Di Instalasi Rawat Inap Ruang Enggang 3 Di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.....	70
Tabel 4. 9 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Tn.H Dengan Apendisitis Di Instalasi Rawat Inap Ruang Enggang 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Tahun 2024.....	79

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Judul Karya Tulis Ilmiah
- Lampiran 3 : Lembar Kesiapan Membimbing
- Lampiran 4 : Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal
- Lampiran 5 : Lembar Asuhan Keperawatan KMB
- Lampiran 6 : Lembar Surat Izin Studi Pendahuluan



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Verbal Desriptor Scale (VDS).....	18
Gambar 2.2 Numeric Rating Scales (NRS).....	19
Gambar 2.3 <i>Visual Analog Scale</i> (VAS)	19
Gambar 2.4 Skala Wajah Wong Baker	20
Gambar 2.5 <i>Massage Punggung</i>	24
Gambar 3.1 Numeric Rating Scales (NRS).....	47



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Apendisitis merupakan suatu keadaan dimana terjadinya suatu peradangan yang diakibatkan infeksi pada usus buntu atau umbai cacing yang menyebabkan peradangan akut sehingga dibutuhkan tindakan operasi segera untuk mencegah komplikasi, karena infeksi ini dapat mengakibatkan peradangan akut (Nugrahani et al., 2023). Berdasarkan stadium nya apendisitis dibagi 2 yaitu apendisitis kronik dan apendisitis akut. Pada apendisitis kronik dapat disembuhkan dengan penggunaan atau pemberian antibiotik. Sedangkan pada apendisitis akut hanya dapat disembuhkan dengan tindakan pembedahan atau disebut dengan laparatomi. Tindakan tersebut bertujuan untuk mencegah lubang yang terbentuk pada dinding suatu organ seperti usus kecil atau disebut preforasi (Mu'munina, 2023)

Berdasarkan Data Badan Kesehatan Dunia atau *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2018 jumlah kasus apendisitis mencapai 7% dari populasi pendudukan dunia. Kasus apandisitis akut cukup tinggi yaitu rata rata sebanyak 321 juta kasus di dunia setiap tahun. Hasil survei pada tahun 2018 angka penderita apendisitis di Indonesia berjumlah sekitar 7% dari jumlah penduduk di Indonesia atau sekitar 179.000 orang yang mengalami apendisitis (Nugrahani et al., 2023). Dan berdasarkan data yang dipublikasikan oleh *Institute for Health Metrics*

and Evaluation (IHME) di Indonesia pada tahun 2019 angka kematian pada pria yang disebabkan apendisitis adalah 0,297/100.000 jiwa dan pada wanita yaitu 0,226/100.000 jiwa. Rata-rata angka kematian di Kalimantan Timur pada pria adalah 0,299/100.000 jiwa dan pada wanita adalah 0,246/100.000 jiwa(Sherina Ivanka & Nahusuly, 2022). Berdasarkan data DEPKES RI jumlah yang menderita penyakit apendisitis berjumlah sekitar 26% dari jumlah penduduk Kalimantan Timur.

Apendisitis biasanya disebabkan oleh hiperplasia limfoid, feses, benda asing, stenosis karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau obstruksi lumen sekum oleh neoplasma. Dan penerapan pola hidup sehat seperti kebiasaan masyarakat yang kurang mengonsumsi serat atau diet rendah serat dapat menyebabkan timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatkan pertumbuhan kuman, sehingga terjadi peradangan pada apendiks. Pada penderita apendisitis mengalami gejala awal yaitu nyeri perut. Nyeri yang dialami memiliki ciri yang berbeda dengan nyeri perut dikarenakan nyeri apendisitis di bagian perut sekitar pusar (periumbilikus)(Hidayat, 2023).

Keluhan nyeri akut yang dialami penderita akan mengganggu kenyamanan. Untuk menangani nyeri tersebut dapat menggunakan teknik farmakologis dan teknik non farmakologis. Pada teknik farmakologis dengan kolaborasi pemberian obat dan teknik non farmakologi yaitu teknik relaksasi nafas dalam, teknik distraksi, dan *massage* punggung. Salah satu cara yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri yaitu

massage punggung. Selain mengurangi nyeri pasien, juga memberikan rasa nyaman dan membantu menurunkan kecemasan (Nugrahani et al., 2023)

Peran perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan, berperan penting dan bertanggung jawab dalam menanggulangi dan mencegah terjadinya komplikasi pada kasus apendisitis. Peran perawat dapat diberikan pada aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Peran pada aspek promotif yaitu dengan cara mengajarkan pasien teknik nonfarmakologis seperti teknik nafas dalam, distraksi dan *massage* punggung. Pada aspek preventif yaitu tindakan pencegahan misalnya dengan cara mengurangi mobilitas. Pada aspek kuratif yaitu tindakan kolaborasi seperti terapi analgetik dan menganjurkan pasien untuk mematuhi terapi tersebut. Dan pada aspek rehabilitatif meliputi asupan gizi yang baik supaya luka cepat kering (Aeni et al., 2023).

Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien Apendisitis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD Aji Muhammad Parikesit”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas latar belakang yang telah dipaparkan, maka rumusan masalah dalam Karya Tulis Ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Apendesitis dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di RSUD Aji Muhammad Parikesit” .

1.3 Tujuan Studi Kasus

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui dan memahami Asuhan keperawatan pada pasien apendisitis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Aji Muhammad Parikesit.



Kemenkes
Poltekkes Kalimantan Timur

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1.3.2.1 Melakukan pengkajian pasien dengan apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong
- 1.3.2.2 Menegakan diagnosa keperawatan pasien dengan apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong
- 1.3.2.3 Menyusun perencanaan keperawatan pasien dengan apendesitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong
- 1.3.2.4 Melakukan tindakan keperawatan pasien dengan apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong
- 1.3.2.5 Membuat evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan pasien dengan apendesitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong.

1.4 Manfaat Studi Kasus

1.4.1 Bagi Peneliti

Melalui kegiatan penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi bagi peneliti tentang asuhan keperawatan pasien dengan apendisitis di rumah sakit. Selain itu tugas akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu cara peneliti dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama

perkuliahan khususnya asuhan keperawatan pasien dengan apendisitis.

1.4.2 Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai sumber informasi maupun referensi terutama dalam penelitian asuhan keperawatan pasien dengan apendisitis.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah wawasan, referensi maupun memberi masukan tentang ilmu keperawatan dalam penyusunan strategi pelaksanaan asuhan keperawatan pasien dengan apendisitis.



Kemenkes
Poltekkes Kalimantan Timur

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi Apendisitis

Apendisitis ialah Peradangan pada apendiks atau sering disebut dengan radang usus buntu. Apendiks merupakan penyebab paling umum dari peradangan akut yang terjadi pada bagian kuadran abdomen kanan bawah. Apendisitis adalah inflamasi akut yang diakibatkan oleh kerusakan pada bagian apendiks vermiformis atau dikenal dengan istilah umbai cacing, kerusakan yang terjadi disebabkan oleh polimikroba (Taufiq El-Haque & Ismayanti, 2022)

Apendisitis adalah kasus gawat bedah abdomen yang paling sering terjadi karena adanya sumbatan pada lumen apendiks. Apendisitis merupakan infeksi saluran usus yang tersembunyi yang berukuran kurang lebih 10 cm yang buntu pada ujung sekum. Apendiks dapat mengalami penyumbatan yang disebabkan oleh massa feses yang keras, yang akibatnya akan terjadi infeksi, ganggren, inflamasi, dan mungkin perforasi (luka pada dinding organ saluran pencernaan) (Hidayat, 2023).

Apendisitis dapat menyerang baik laki laki dan perempuan pada semua umur yang dapat mengakibatkan nyeri pada abdomen. Meskipun menyerang laki laki atau perempuan

dari segala usia, penyakit ini umum terjadi pada kisaran umur 10-30 tahun, nyeri yang dirasakan terdapat pada kuadran kanan bawah pada abdomen. Infeksi ini dapat menyebabkan peradangan akut yang umumnya memerlukan pembedahan segera untuk menghindari komplikasi yang berbahaya (Ramadhani, 2023).

Dari tiga pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa Apendisitis adalah peradangan pada apendiks yang disebabkan karena adanya sumbatan pada lumen apendiks. Apendisitis merupakan salah satu penyebab nyeri abdomen akut. Apendisitis terjadi dalam jangka waktu yang bervariasi. Semakin lama apendisitis dibiarkan maka resiko komplikasi yang ditimbulkan akan semakin besar.

2.1.2 Etiologi Apendisitis

Secara umum apendisitis terjadi karena infeksi bakteri. Faktor pencetusnya diantaranya yaitu obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi ini biasanya disebabkan karena adanya massa feses yang keras, *hiperplasia folikel limfoid*, tumor apendiks, adanya benda asing seperti biji, penyempitan lumen fibrotik akibat peradangan sebelumnya, striktur, erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *Escherichia Histolytia* dan kebiasaan gaya hidup tidak sehat yaitu mengkonsumsi makanan rendah serat dan mengakibatkan konstipasi menarik area usus yang menyebabkan meningkatnya tekanan intrasekal dan

menimbulkan sumbatan fungsional apendiks serta meningkatkan pertumbuhan kuman flora pada kolon (Hidayat, 2023).

Dan faktor pencetus menurut bentuk apendiks berdasarkan (Taufiq El-Haque & Ismayanti, 2022) yaitu:

- a. Apendiks terlalu panjang
- b. Massa apendiks pendek
- c. Penonjolan jaringan limfoid di rongga apendiks
- d. Katup abnormal di pangkal apendiks

Apendisitis di klasifikasikan menjadi apendisitis menjadi 3 yaitu apendisitis akut, rekurens dan kronis. Apendisitis akut adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri dan pemicunya adalah penyumbatan lumen usus buntu. Gejala apendisitis akut yaitu nyeri tumpul samar didaerah epigastrium sekitar umbilikus dan disertai mual muntah. Sedangkan apendisitis rekuren terjadi apabila ada riwayat nyeri berulang di perut kanan bawah, gangguan ini terjadi ketika serangan pertama apendisitis akut sembuh secara spontan. Dan pada apendisitis kronis dengan riwayat nyeri perut lebih dari 2 minggu, semua gejala peradangan kronis apendiks makroskopis dan mikroskopis (fibrosis lengkap dinding apendiks, obstruksi parsial atau lumen apendiks. Keluhan pada apendisitis akan hilang setelah operasi usus buntu atau apendektomi(Taufiq El-Haque & Ismayanti, 2022).

2.1.3 Manifestasi Klinis

Ada beberapa tanda gejala pada apendisitis yaitu:

- a. Nyeri atau kram di daerah perumbilikus menjalar ke kuadran bawah
- b. Demam tinggi >37,5 derajat celcius
- c. Mual dan muntah
- d. Malaise
- e. Anoreksia
- f. Nyeri tekan lokal pada titik Mc Burney
- g. Nyeri tekan lepas (hasil atau intensifikasi daerah nyeri apabila dilepaskan)
- h. Konstipasi dan nyeri yang bertambah jika dipakai beraktivitas (berjalan, batuk dan mencedas)

(Akai, 2023)

2.1.4 Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan medis

Penatalaksanaan yang dilakukan sebaiknya konservatif dengan pemberian antibiotik dan istirahat ditempat tidur. pemberian antibiotik dan istirahat ditempat tidur.

Penatalaksanaan pembedahan hanya dilakukan jika dalam perawatan terjadi abses dengan atau tanpa peritonitis.

Penatalaksanaan menurut (Hidayat, 2023) yaitu:

1.Pre operasi

- a) Dilakukan pemasangan sonde lambung untuk dekompresi
- b) Pemasangan kateter untuk mengontrol produksi urine
- c) Rehidrasi
- d) Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi, dan diberikan secara intervena
- e) Obat-obatan penurunan panas diberikan setelah rehidrasi secara intervena
- f) Jika demam, harus diturunkan sebelum diberi anastesi

2.Operasi

- a) *Appendectomy* merupakan penatalaksanaan apendisitis yang dilakukan pengangkatan apendiks yang terinflamasi. Pada prosedur tersebut, insisi dilakukan pada bagian titik Mc.Burney
- b) Laparatomi merupakan prosedur yang membuat irisan vertikal besar pada dinding perut ke dalam rongga perut dan mencari sumber kelainan (eksplorasi). Setelah dilakukan dan ditemukan sumber kelainannya, biasanya dokter bedah akan melanjutkan tindakan yang spesifik sesuai dengan kelainan yang ditemukan
- c) Laparoscopi merupakan teknik untuk melihat ke dalam rongga perut tanpa melakukan pembedahan besar. Dan

laparoskopi merupakan teknik bedah invasif minimal yang menggunakan alat-alat berdiameter kecil untuk menggantikan tangan dokter bedah melakukan prosedur pembedahan di dalam rongga perut.

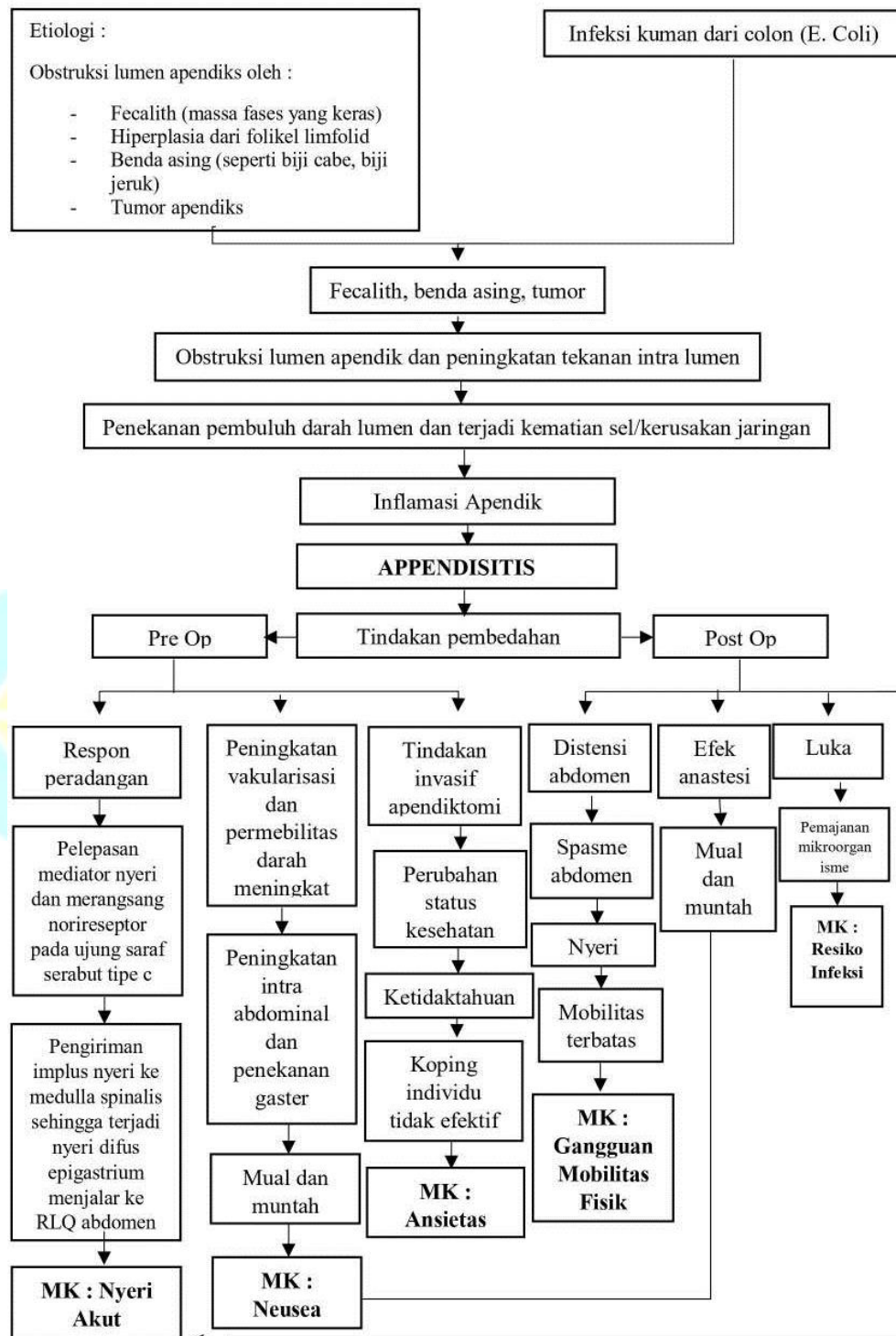
3. Post operasi

- a) Observasi tanda-tanda vital
- b) Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah 3. Baringkan pasien dalam posisi semi fowler
- c) Pasien dikatakan dalam keadaan baik jika dalam 12 jam pasien dipuaskan hasil observasi pasien normal
- d) Bila ada tindakan operasi yang lebih besar, misalnya pada perforasi puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal
- e) Berikan minum mulai 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikan 30 ml/jam. Dan keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya dapat diberikan makanan lunak
- f) Satu hari post operasi dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit
- g) Hari ke-7 jika jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang

b. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Tujuan penatalaksanaan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri dengan tindakan non farmakologis seperti kompres hangat/dingin, latihan nafas dalam dan *massage punggung*, mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi yang optimal
- 2) Penatalaksanaan keperawatan pada pasien sebelum operasi yaitu siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai dari jalur intra vena untuk antibiotik, memasang nasogatrik jika terdapat ileus paralitik dan jangan berikan laksatif (Mu'munina, 2023).

2.1.5 Pathway



Sumber : (Ramadhani, 2023) dengan menggunakan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.1.6 Patofisiologis

Menurut (Nurhayati, 2020), apendisitis disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fiksasi akibat peradangan sebelumnya atau neoplasma. Makin lama mucus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen, tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema. Difusi bakteri dan ulseri mukosa pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Sekresi mucus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat hal tersebut akan menyebabkan vena, edema bertambah dan bakteri akan menembus dinding apendiks. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum sehingga menimbulkan nyeri di abdomen kanan bawah, keadaan ini disebut apendisitis supuratif akut. Aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh ini pecah akan terjadi apendisitis perforasi.

Gejala gejala mula pada apendisitis yaitu nyeri atau petasaam tidak enak sekitar umbilikus diikuti anoreksia, mual dan muntah yang berlangsung lebih dari 2 hari. Dalam beberapa nyeri

bergeser ke kanan bawah dan menunjukkan tanda rangsangan peritoneum tidak langsung, nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen saat kuadran kiri bawah abdomen ditekan, nyeri pada kuadran bila peritoneum bergerak seperti nafas dalam, berjalan, batuk, mendedan, nafsu makan menurun, demam yang tidak terlalu tinggi, dan biasa terjadi konstipasi ataupun tidak jarang terjadi diare.

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1 Pengertian



Menurut (Maghfiroh, 2022), nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus dan nyeri sendiri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Nyeri akut ialah keadaan dimana individu mengeluhkan dan mengalami ketidaknyamanan dan sensasi yang tidak menyenangkan selama 1 detik sampai kurang dari 6 bulan. Dan berdasarkan SDKI 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.

2.2.2 Penyebab Nyeri Akut

- a. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, lakemia, neoplasma)

- b. Agen pencedera kimiawi (mis:terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis:abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur persalinan, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.3 Gejala dan Tanda Nyeri Akut

- a. Gejala dan tanda Mayor
 - 1. Subjektif : Mengeluh nyeri
 - 2. Objektif : Tampak meringis, bersikap proktetif (mis: waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.
- b. Gejala dan tanda Minor
 - 1. Subjektif : (Tidak tersedia)
 - 2. Objektif : Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

2.2.4 Kondisi Klinis Terkait

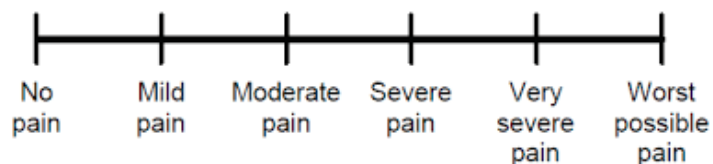
- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom koroner akut
- e. Glaukoma (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.2.5 Pengukuran Intensitas Nyeri

Berdasarkan(Maghfiroh, 2022) , jenis pengukuran nyeri adalah sebagai berikut:

a. Skala nyeri deskriptif

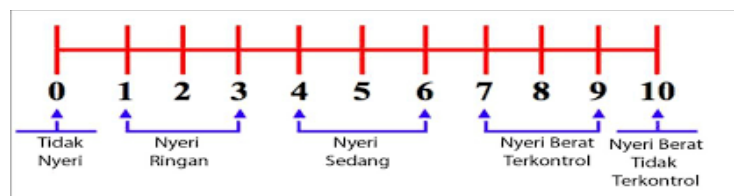
Skala deskriptif verbal atau *Verbal Descriptor Scale* (VDS) adalah sebuah garis yang terdiri dari 3 sampai 5 kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Petugas menunjukkan pasien skala tersebut dan meminta pasien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang pasien rasakan. Petugas juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan pasien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.



Gambar 2.1 Verbal Desriptor Scale (VDS)

b. Skala Identitas Nyeri Numeriks

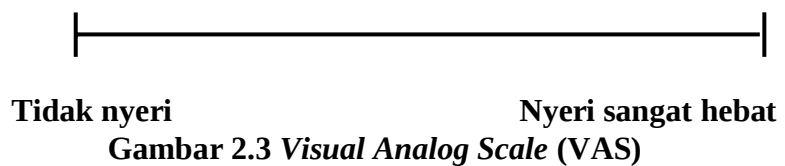
Skala penilaian numerik atau *Numeric Rating Scales* (NRS) digunakan untuk pengganti alat pendeskripsi. Pasien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala tersebut digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm.



Gambar 2.2 Numeric Rating Scales (NRS)

c. Skala Analog Visual

Skala analog visual atau *Visual Analog Scale* (VAS) tidak menunjukkan pembagian angka. Skala analog adalah suatu garis lurus, skala ini memberi pasien kebebasan untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat menunjukkan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.



d. Skala Wajah Wong-Baker

Digunakan pada pasien dewasa dan pasien >3 tahun yang tidak dapat menggambarkan tingkat nyeri dengan angka.



Gambar 2.4 Skala Wajah Wong-Baker

2.2.6 Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan atau penanganan nyeri secara non farmkologis menurut (Maghfiroh, 2022), terdiri dari :

a. Stimulasi dan massage kutenus

Massage merupakan stimulus kutenus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Massage membuat relaksasi otot sehingga pasien lebih nyaman.

b. Terapi es dan panas

Terapi es dapat menurunkan postglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Sedangkan, pada terapi panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan dapat memungkinkan dapat menurunkan nyeri dengan mempercepat kesembuhan.

c. *Transecutaneus Elektrikal Nerve Stimulation (TENS)*

TENS dapat menurunkan nyeri dengan stimulus reseptor tidak nyeri (non-nosiseptor) dengan menggunakan unit yang dijalankan oleh baterai dengan elektroda yang di pasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemuta, menggetar atau mendengung pada area nyeri.

d. Distraksi

Distraksi merupakan pengalihan perhatian atau fokus dari hal yang menyebabkan nyeri, contoh yaitu menyanyi, berdoa, menceritakan gambar atau foto dengan kertas, mendengar musik dan bermain suatu permainan.

e. Relaksasi

Relaksasi adalah teknik pelepasan ketegangan. Ada beberapa teknik relaksasi yang dapat dilakukan yaitu :

1. Relaksasi pernafasan
2. Gambaran dalam pikiran (*imagery*)
3. Regangan atau senam
4. *Progressive muscular relaxation*
5. Bertafakur
6. Yoga
7. Imajinasi

2.3 Konsep *Massage Punggung*

Standar Operasional Prosedur (SOP) *massage punggung* menurut (Nurhaati, 2020) dan (Shah, 2021) adalah sebagai berikut:

2.3.1 Definisi *Massage Punggung*

Massage punggung atau dikenal dengan pijat punggung adalah teknik pijatan yang dilakukan untuk membantu mengurangi nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan pada punggung klien secara perlahan dan lembut untuk menimbulkan efek relaksasi. Dan *massage punggung* merupakan suatu metode non farmakologi yang paling efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien apendisitis. Bertujuan untuk melancarkan sirkulasi darah, mengurangi rasa nyeri dan mengurangi ketegangan otot pada punggung pasien.

2.3.2 Indikasi

- a. Pasien dengan keluhan nyeri dan gangguan rasa nyaman
- b. Pasien dengan keluhan dan ketegangan otot punggung

2.3.3 Kontraindikasi

- a. Luka pada daerah yang akan di *massage*
- b. Gangguan atau penyakit kulit
- c. Jangan melakukan pemijatan langsung pada daerah tumor
- d. Jangan melakukan *massage* pada daerah yang mengalami ekimosis atau lebam

- e. Hindari melakukan *massage* pada daerah yang akan mengalami inflamasi
- f. Hindari melakukan *massage* pada daerah yang mengalami tromboflebitis
- g. Hati-hati saat melakukan *massage* pada daerah yang akan mengalami gangguan sensasi seperti penurunan sensasi maupun hiperanestesia.

2.3.4 Bentuk dan Jenis Prosedur

Gerakan gerakan tangan yang mekanisme terhadap tubuh dengan mempergunakan bermacam macam bentuk pegangan atau manipulasi, *massage* juga banyak manfaatnya salah satunya dapat mempengaruhi kontraksi dinding kapiler dan terjadi vasodilatasi atau melebarnya pembuluh darah kapiler dan pembuluh darah limfe dimana sisa-sisa metabolisme terbuang sehingga memacu hormon endorfin. Berbagai upaya pengalihan atau menjauhkan perhatian pasien terhadap sesuatu yang sedang dihadapinya, misalkan rasa nyeri agar penggunaan teknik ini, agar pasien merasa lebih nyaman dan rileks (Dewi, 2020).

2.3.5 Standar Operasional Prosedur

Tabel 2. 1 Standar Operasional Prosedur Massage Punggung

Persiapan Alat	1. Minyak atau lotion untuk pijat 2. Selimut 3. Handuk
Persiapan Pasien	1. Berikan salam, perkenalkan diri dan identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien dengan teliti 2. Pasien diberikan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan yang diberikan pasien 3. Menjaga privasi pasien 4. Memberikan <i>informed consent</i> 5. Periksa nadi dan tekanan darah pasien 6. Atur posisi pasien sehingga merasa nyaman dan aman
Prosedur	1. Identifikasi pasien minimal 2 identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan atau nomor rekam medis 2. Jelaskan tujuan dan langkah langkah prosedur 3. Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan 4. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 5. Anjurkan pasien membuka pakaian bagian atas 6. Atur posisi pasien duduk (pre operasi) dan poisi pronasi atau miring (post operasi) 7. Oleskan minyak secukupnya di kedua telapak tangan pemijat dan daerah punggung yang akan dipijat 8. Buat gerakan seperti kupu kupu dengan menggunakan telapak tangan dan melingkar kecil dengan menggunakan ibu jari menuruni area tulang belakang, gerakan secara perlahan berikan penekanan arah kebawah sehingga tidak mendorong pasien ke depan Gambar 2.5 Massage Punggung 9. Usap bagian lumbal, usapan tersebut memberikan relaksasi pada pasien 10. Gerakan pijat punggung atau <i>massage</i> punggung dengan gerakan yang lembut menggunakan ibu jari dan mengusap menggunakan telapak tangan, gerakan yang memutar akan mendapatkan rangsangan. Merangsang tubuh melepaskan senyawa

	endophin yang merupakan pereda sakit alami dan menciptakan rasa nyaman 11. Ulangi gerakan tersebut kurang lebih 10-15 menit 12. Bersihkan punggung pasien dengan handuk 13. Anjurkan pasien mengenakan/mengganti pakaian bagian atas 14. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 15. Dokumentasikan proses
--	---

Sumber : (Nurhayati, 2020)

Tabel 2. 2 Standar Operasional Pemantauan Nyeri

Prosedur	1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis) 2. Jelaskan tujuan dan langkah langkah prosedur 3. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 4. Identifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri 5. Monitor kualitas nyeri (seperti terasa tajam, tumpul, diremas remas, ditimpa beban berat) 6. Monitor lokasi dan penyebaran nyeri 7. Monitor intensitas nyeri dengan menggunakan skala 8. Monitor durasi dan frekuensi nyeri 9. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 10. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu 11. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah 12. Dokumentasikan prosedur yang telah dilakukan dan respons pasien
----------	---

Sumber : (Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI, 2021)

2.3.6 Artikel Penelitian

Tabel 2. 3 Artikel Penelitian (Nababan et al., 2019; Nugrahani et al., 2023); (Damanik et al., 2022)

Nama Peneliti	1. Kartika Nugrahani, Anissa Cindy Nurul Afni 2. Hamonangan Damanik, Sarida Surya Manurung, Deddy Sepadha 3. Tiarnida Nababan, Karmila Br Kaban, Ricky Rahmat Ndruru
Tahun	1. 2023 2. 2022 3. 2019

Tujuan Penelitian	1. Penelitian ini yaitu untuk mengetahui pengaruh <i>massage</i> punggung terhadap nyeri akut pada pasien yang mengalami apendisitis. 2. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh pemberian <i>massase</i> punggung terhadap penurunan skala nyeri pada pasien apendektomi. 3. Pengaruh teknik back <i>massage</i> (<i>masase</i> punggung) terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi apendiksitis.
Metode Penelitian	1. Penelitian deskriptif dengan pendekatan study kasus 2. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif dengan desain eksperimen semu, yaitu set pretest dan posttest. 3. Jenis penelitian ini adalah penelitian pre-eksperimen dengan menggunakan rancangan one-group pres-post tes.
Bentuk Intervensi	Melakukan Tindakan <i>Massage</i> Punggung
Hasil Penelitian	1. Penelitian menunjukan Setelah dilakukan tindakan <i>massage</i> punggung, masalah keperawatan nyeri akut dengan kriteria hasil keluhan nyeri pasien menurun. <i>Massage</i> punggung yang dilakukan pada Tn.T pada 02 Februari 2023 dengan hasil observasi pertama skala nyeri pasien 5 (sedang) menggunakan numeric rating scale ,kemudian dilakukan intervensi <i>massage</i> punggung mengalami penurunan skala nyeri. Setelah dilakukan pengukuran menggunakan numeric rating scale, didapatkan hasil yaitu dari skala nyeri 5 (sedang) menjadi skala nyeri 2 (ringan) sehingga menunjukkan adanya pengaruh <i>massage</i> punggung terhadap penurunan tingkat nyeri. 2. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata perbedaan nyeri sebelum dan sesudah <i>massage</i> punggung sebanyak 2,375, standar deviasi 0,619, standar eror 0,155. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value 0,000 maka dapat disimpulkan adanya perbedaan nyeri sebelum dan setelah dilakukan <i>massage</i> punggung. Hal ini juga didukung oleh hasil observasi yang telah dilakukan oleh peneliti langsung kepada pasien didapatkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata skala nyeri

	pasien appendiktomi antara sebelum dan sesudah pemberian <i>massage</i> punggung. Hasil analisis statistik menggunakan uji t-dependent test didapatkan nilai p value = 0,000 artinya terdapat perbedaan yang signifikan antara rata-rata skala nyeri sebelum dan sesudah pemberian <i>massage</i> punggung dimana terjadi penurunan skala nyeri setelah <i>massage</i> punggung. 3. Berdasarkan 3 diatas dapat dilihat bahwa hasil uji Wilcoxon pada saat uji pre test nilai mean 5,20 dan nilai median Pada saat uji post test nilai mean adalah 3,40 dan nilai median adalah 3. Maka nilai $Z = -2.121$ dengan nilai p-value sebesar 0,034, hal ini berarti p value < (0,05) sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima jadi dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh teknik back massage terhadap penurunan intensitas nyeri pada pasien post operasi.
--	---

Berdasarkan hasil dari ketiga penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa pengaruh pemberian *massage* punggung pada pasien appendisitis dengan masalah keperawatan nyeri akut mengalami penurunan tingkat nyeri dan efektif dalam menurunkan tingkat nyeri. Sehingga penulis tertarik melakukan penelitian dengan intervensi *massage* punggung pada pasien appendisitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan pada Apendisitis

2.4.1 Pengkajian

Menurut (Ramadhan, 2022) , pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan. Diperlukan pengkajian yang cermat untuk mengenal masalah pasien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien. Tahap pengkajian terdiri dari 3, yaitu:

pengumpulan data, pengelompokan data dan perumusan diagnosis keperawatan. Pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan nyeri akut meliputi:

a. Data demografi

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

b. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama : pasien dengan keluhan nyeri dilakukan pengkajian pada masalah nyeri dengan riwayat nyeri. Keluhan nyeri seperti lokasi nyeri yaitu pada kuadran kanan bawah, nyeri seperti tertusuk tusuk sampai punggung belakang, nyeri bertambah jika pasien bergerak, skala nyeri >3, nyeri hilang timbul dan jika nyeri muncul bertahap
2. Riwayat kesehatan sekarang : pasien mengatakan nyeri pada daerah abdomen kanan bawah yang menembus kebelakang sampai pada punggung dan mengalami demam tinggi
3. Riwayat kesehatan dahulu : apakah pasien pernah mengalami operasi sebelumnya pada colon? Apakah pasien sebelumnya pernah mengalami nyeri pada daerah kuadran kanan bawah?

4. Riwayat kesehatan keluarga : apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama?

c. Pemeriksaan fisik ROS (*Review Of System*)

1. Keadaan umum : kesadaran compos mentis, wajah tampak meringis, konjungtiva anemis
2. Sistem kardiovaskule : ada distensi vena jugularis, pucat, edema, tekanandarah >110/70mmHg dan hipertermi.
3. Sistem respirasi : sistem nafas normal (16-20x/menit), dada simetris, ada tidaknya sumbatan jalan napas, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak terpasang O₂, tidak ada ronchi, whezing dan 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 lancar.
6. Sistem muskuloskeletal : ada kesulitan dalam pergerakan karena perjalanan penyakit.
7. Sistem integumen : terdapat edema, turgor kulit menurun, sianosis, dan pucat.

8. Abdomen : terdapat nyeri lepas, peristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen.

d. Pola fungsi kesehatan

1. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Apakah ada kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol, dan kebiasaan olahraga karena dapat mempengaruhi lamanya penyembuhan luka

2. Pola nutrisi dan metabolisme

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

3. Pola eliminasi

Pola eliminasi urine akibat penurunan daya kontraksi kandung kemih seperti rasa nyeri.

4. Pola aktivitas

Aktivitas dipengaruhi oleh keadaan karena rasa nyeri, aktivitas biasanya terbatas karena harus bedrest setelah pembedahan.

5. Pola sensorik dan kognitif

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

6. Pola tidur dan istirahat

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

7. Pola persepsi dan konsep diri

Pasien menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak memerlukan bantuan. Pasien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga pasien mengalami emosi yang tidak stabil.

8. Pola hubungan

Hubungan penderita dengan keluarga maupun masyarakat.

e. Pemeriksaan diagnosti

1. Ultrasonografi : diagnostik untuk apendisitis akut
2. Fotopolos abdomen : dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.
3. Pemeriksaan darah rutin : untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi

4. Pemeriksaan laboratorium : darah (ditemukan sekitar 10.000-18.000) dan urine (ditemukan sejumlah kecil leukosit dan eritrosit).

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) Standar Diagnosa Keperawatan (SDKI) merupakan suatu tolak ukur yang digunakan sebagai pedoman penegakan diagnosis keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Situasi atau kondisi yang berhubungan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakan satu diagnosis atau masalah keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap kondisi individu, keluarga, dan komunitas pada masalah kesehatan. Dalam membentuk asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal. Dan salah satu masalah keperawatan yang terdapat pada apendisitis yaitu nyeri akut. Nyeri akut adalah respon normal fisiologis yang diakibatkan stimulus kimiawi, termal atau mekanik yang terkait dalam pembedahan dan trauma atau penyakit akut (Hidayat, 2023).

Masalah keperawatan yang muncul pada apendisitis menurut (Ramadhani, 2023) ada 2 yaitu masalah keperawatan pre operatif dan post operatif :

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

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Nausea (D.0076) berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdominal (mis. keganasan intra abdominal)
3. Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kurang terpapar informasi

b. Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus post operatif yaitu:

1. Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, prosedur operasi, trauma, latihan berlebihan).
2. Neusea (D.0076) berhubungan dengan efek agen farmakologis
3. Risiko infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif
4. Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau disebut juga perencanaan keperawatan adalah segala tindakan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tabel 2. 4 Intervensi Keperawatan Pre Operatif

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) dapat menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap proktektif menurun 4. Gelisah menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 1.5 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon 1.6 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas tidur 1.7 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.8 Monitor efek samping analgetik

			Terapeutik : 1.9 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 1.10 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 1.11 Fasilitas istirahat dan tidur 1.12 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 1.13 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 1.14 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.15 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 1.16 Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 1.17 Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1.18 Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0075)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea (L.12111) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan mual menurun	Manajemen mual (I.03117) Observasi : 2.1 Identifikasi pengalaman mual 2.2 Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis.nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab, dan tidur)

		2. Perasaan ingin muntah menurun 3. Keringat dingin menurun 4. Takikardia membaik	2.3 Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 2.4 Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) Terapeutik : 2.5 Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 2.6 Kurangi atau hilangkan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 2.7 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) Edukasi : 2.8 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2.9 Anjurkan sering mencuci mulut, kecuali jika merangsang mual 2.10 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual Kolaborasi : 2.11 Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu
--	--	--	---

3.	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat ansietas (L.01006) menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun	Reduksi ansietas (I.09314) Observasi : 3.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 3.2 Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik: 3.3 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan pasien 3.4 Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3.5 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi : 3.6 Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 3.7 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 3.8 Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 3.9 Latih teknik relaksasi Kolaborasi : 3.10 Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu
----	--	---	---

Tabel 2. 5 Intervensi Keperawatan Post Operatif

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x 24 jam keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri 1.2 identifikasi respon nyeri non verbal 1.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 1.5 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon 1.6 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas tidur 1.7 Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 1.8 Monitor efek samping analgetik Terapeutik : 1.9 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 1.10 Kontrol lingkungan yang memperberat

			rasa nyeri (mis.suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 1.11 Fasilitas istirahat dan tidur 1.12 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 1.13 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 1.14 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.15 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 1.16 Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 1.17 Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : 1.18 Kolaborasi pemberian analgetik
2.	Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0075)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x 24 jam keperawatan diharapkan tingkat nausea (L.12111) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah menurun 3. Keringat dingin menurun	Manajemen mual (I.03117) Observasi : Manajemen mual (I.03117) Observasi : 2.1 Identifikasi pengalaman mual 2.2 Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis.nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab, dan tidur)

		4. Takikardi membaik	2.3 Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 2.4 Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) Terapeutik : 2.5 Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 2.6 Kurangi atau hilangkan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 2.7 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) Edukasi : 2.8 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2.9 Anjurkan sering mencuci mulut, kecuali jika merangsang mual 2.10 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual
--	--	-------------------------	--

			Kolaborasi : 2.11 Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu
3.	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam keperawatan tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil : Demam menurun Kemarahan menurun Nyeri menurun Bengkak menurun Kadar sel darah putih normal	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : 3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi dan sistemik Terapeutik : 3.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3.3 Pertahankan teknik septik pada pasien berisiko tinggi Edukasi : 3.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 3.5 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3.6 Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 3.7 Anjurkan asupan meningkatkan asupan nutrisi 3.8 Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : 3.9 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
4.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi : 4.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

		(L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menuru 4. Kelemahan fisik menurun	4.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 4.3 Fasilitas aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat atau kruk) 4.4 Fasilitas melakukan mobilisasi, jika perlu 4.5 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi : 4.6 Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 4.7 Anjurkan melakukan ambulasi dini 4.8 Anjurkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
--	--	--	--

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019); (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan atau pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan melaksanakan intervensi yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi yang di dokumentasikan dalam rencana perawatan pasien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif, hal pertama yaitu harus mengidentifikasi prioritas perawatan pasien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons pasien terhadap setiap intervensi atau tindakan keperawatan dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data dapat mengevaluasi dan merevisi rencana keperawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Dillan, 2022).

Komponen tahap implementasi :

- a. Tindakan keperawatan mandiri
- b. Tindakan keperawatan edukatif
- c. Tindakan keperawatan kolaboratif

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan (Setiadi, 2018) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan

dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat 2 jenis evaluasi keperawatan menurut (Ramadhani, 2023) yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif (evaluasi proses) , yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan di lakukan. Evaluasi sumatif adalah evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan atau hasil akhir yang diharapkan.

Evaluasi keperawatan menurut (Yulisni, 2020) menggunakan metode SOAP. Metode SOAP merupakan salah satu metode yang terdiri dari:

- 
- a. S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan pasien, kecuali pada pasien yang afasia.
 - b. O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
 - c. A (analisis) : Berdasarkan kriteri hasil yang ingin dicapai sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).
 - d. P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

Evaluasi keperawatan terhadap pasien yang mengalami nyeri akut diharapkan tingkat nyeri (L.08066) dapat menurun dengan kriteria hasil:

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Meringis menurun
- c. Sikap protektif menurun
- d. Gelisah menurun



Kemenkes

Poltekkes Kalimantan Timur

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Studi Kasus

Metode penelitian yang digunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan intervensi. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan fenomena yang terjadi terjadi didalam masyarakat. Beberapa variabel yang dialami adalah asuhan keperawatan, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan(Angraini Simamora et al., 2021). Jenis penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus masalah asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis.

3.2 Subyek Studi Kasus

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa medis apendisitis berjumlah satu responden yang diteliti secara rinci dan mendalam dengan kriteria inklusi adalah sebagai berikut:

- 3.2.1 Pasien dengan diagnosa medis apendisitis
- 3.2.2 Pasien dewasa dengan usia 19-30 tahun
- 3.2.3 Pasien bersedia menjadi responden
- 3.2.4 Pasien dalam kesadaran compos mentis

Sedangkan kriteria eksklusi pada studi kasus ini adalah:

3.2.5 Pasien dengan masa perawatan di Rumah Sakit kurang dari 3 hari

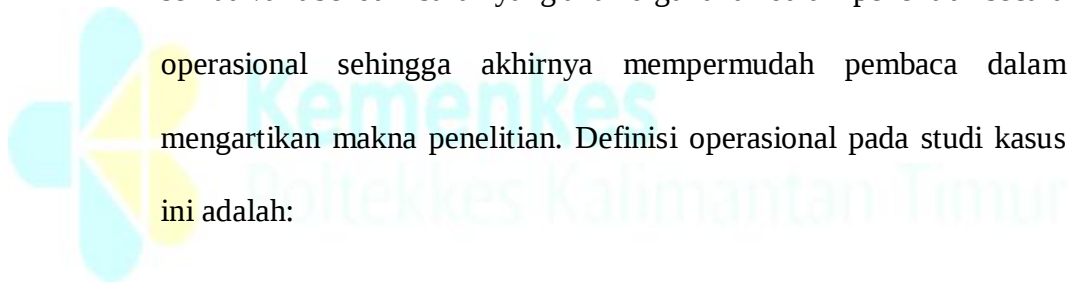
3.2.6 Pasien meninggal dunia saat perawatan

3.3 Fokus Studi

Studi kasus ini berfokus pada pengelolaan Asuhan Keperawatan pada 1 pasien dengan menekankan pada prosedur intervensi *Massage Punggung* dalam mengatasi masalah keperawatan apendisitis.

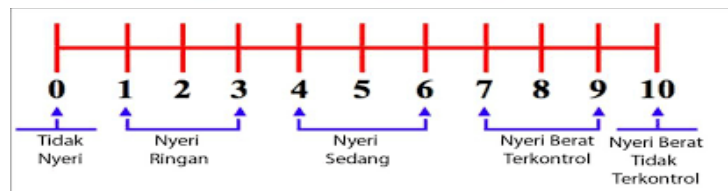
3.4 Definisi Operasional

Menurut (Helci, 2023) definisi operasional adalah penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian. Definisi operasional pada studi kasus ini adalah:



3.4.1 Apendisitis merupakan peradangan yang terjadi pada apendiks akibat infeksi yang ditandai dengan nyeri pada kuadran bawah sekitar titik *Mc Burney*. Pada kasus ini untuk menentukan apendisitis adalah berdasarkan rekam medis pasien yang telah didiagnosis oleh dokter

3.4.2 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. Pada pengukuran nyeri akut menggunakan skala penilaian numerik atau *Numeric Rating Scales* (NRS). Skala tersebut digunakan saat awal mengkaji intensitas nyeri pasien , sebelum dan setelah intervensi terapeutik dilakukan.



Gambar 3.1 *Numeric Rating Scales* (NRS)

3.4.3 *Massage* punggung atau dikenal dengan pijat punggung adalah teknik pijatan yang dilakukan untuk membantu mengurangi nyeri dengan menggunakan sentuhan tangan pada punggung klien secara perlahan dan lembut untuk menimbulkan efek relaksasi. Posisi yang diberikan pada saat intervensi *massage punggung* pasien pre operasi yaitu semi fowler dan pada pasien post operasi dengan posisi pronasi atau miring selama 3-5 menit, dilakukan 1 kali dalam sehari atau pada saat nyeri timbul.

3.4.4 Asuhan keperawatan pasien dengan apendisitis adalah asuhan keperawatan komprehensif yang diberikan melalui metode proses keperawatan dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi keperawatan, melaksanakan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan pada pasien yang mempunyai diagnosa medis apendisitis baik pada perawatan pre operatif maupun post penelitian.

3.5 ***Instrument Pengumpulan Data***

Alat atau *instrument* pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan medikal bedah sesuai ketentuan yang berlaku di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur penegakan diagnosa keperawatan menggunakan SDKI, intervensi keperawatan menggunakan SLKI dan SIKI, dan evaluasi keperawatan.

3.6 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah:

3.6.1 Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data antara peneliti dan pasien. Tujuan dari wawancara adalah mendengarkan dan meningkatkan hubungan saling percaya dan suportif antara peneliti dan pasien. Teknik ini digunakan untuk mendapatkan masalah utama pasien dan riwayat penyakit saat ini (Weking, 2023).

3.6.2 Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi adalah kegiatan yang melibatkan seluruh kekuatan indra seperti pendengaran, penglihatan, perasa, sentuhan, dan cita rasa berdasarkan pada fakta-fakta peristiwa empiris.

Pemeriksaan fisik adalah proses pemeriksaan pada tubuh pasien untuk menentukan ada atau tidaknya masalah fisik yang bertujuan untuk mendapatkan informasi valid tentang kesehatan pasien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan cara inspeksi (melihat), palpasi (meraba), perkusi (mengetuk), auskultasi (mendengarkan) pada sistem tubuh pasien. Pada apendisitis akut, swelling (pembengkakan) rongga perut dimana dinding perut tampak distensi. Pada palpasi di daerah perut kuadran kanan

bawah, sering kali bila ditekan akan terasa nyeri dan bila dilepas akan terasa nyeri juga atau disebut *blumberg sign* (Weking, 2023).

3.6.3 Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah suatu teknik pengumpulan data dengan cara mempelajari dokumen untuk mendapatkan satu 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 dan radiologi.

3.7 Langkah Pelaksanaan Studi Kasus

Langkah pelaksanaan studi kasus ini dengan metode *case review* melalui tahap sebagai berikut:

- 3.7.1 Mahasiswa mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terlebih dahulu baik dari buku maupun media internet.
- 3.7.2 Mahasiswa melapor ke pembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang telah diperoleh.
- 3.7.3 Setelah disetujui oleh pembimbing, kemudian membuat review kasus dari 1 pasien.

3.8 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.8.1 Lokasi

Studi kasus ini dilakukan pada keluarga dan pasien yang terdiagnosa apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit

3.8.2 Waktu

Studi kasus ini dilakukan sejak pasien pertama kali masuk rumah sakit sampai pulang atau pasien yang dirawat minimal 3 hari, sesuai dengan jadwal penelitian

3.9 Analisa dan Penyajian Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara yang mendalam yang dilakukan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi kasus dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan tentang asuhan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 5 Juni sampai dengan 7 Juni 2024 pada pasien dengan diagnosa Apendisitis. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian ini dilakukan dengan metode *auto anamnesa* (wawancara dengan pasien secara langsung), dan *allo anamnesa* (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat), tenaga kesehatan lain (perawat ruangan), pengamatan, observasi, pemeriksaan fisik, menelaan catatan medis dan catatan keperawatan.

4.1 Hasil Studi

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi Studi kasus ini dilakukan di RSUD Aji Muhammad Parikesit yang terletak di Jalan Ratu Agung No.1, Teluk Dalam, kecamatan Tenggarong Seberang, Kabupaten Kutai Kartanegara, Kalimantan Timur. RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong merupakan rumah sakit tipe B yang terakreditasi paripurna oleh Lembaga Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Rumah sakit ini memberikan pelayanan di bidang kesehatan yang didukung oleh layanan dokter spesialis dan sub spesialis, serta ditunjang dengan fasilitas medis yang memadai.

Fasilitas dan layanan yang tersedia di RSUD Aji Muhammad Parikesit ini antara lain Ambulance, Instalasi Gawat Darurat, Apotek, Ruang Operasi, Instalasi Gizi, Rehabilitasi Medis, *Medical Check Up*, Bidan dan Perawat dan Dokter Umum. Fasilitas penunjang medis terdiri dari laboratorium patologi klinik dan laboratorium patologi anatomi, radiologi yang meliputi Rontgen dan CT Scan, Ultrasonografi (USG), Elektrokardiogram (EKG), Elektroensefalografi (EEG) dan Fisioterapi.



Untuk unit rawat jalan terdiri dari poliklinik umum, spesialis penyakit dalam, spesialis kebidanan dan kandungan, spesialis anak, spesialis bedah yang meliputi bedah umum, bedah anak, bedah plastic, bedah orthopedi/tulang dan bedah mulut. Kemudian spesialis jantung dan pembuluh darah, spesialis mata, spesialis THT, spesialis paru dan pernapasan, spesialis orthopedi, spesialis saraf, spesialis penyakit kulit dan kelamin, spesialis kejiwaan, klinik gigi dan mulut, klinik lansia/geriatri dan klinik tumbuh kembang.

Sedangkan untuk unit rawat inap pasien terdiri dari perawatan khusus dan intensif yang meliputi ruang ICU/ICCU/PICU/NICU/HCU, ruang isolasi dan ruang perawatan bayi. Kemudian untuk perawatan umum meliputi ruang perawatan kelas super VIP, ruang perawatan kelas VIP, ruang

perawatan kelas utama, ruang perawatan kelas I, ruang perawatan kelas II dan ruang perawatan kelas III.

Dalam penelitian ini dilakukan di ruang Enggang 3 yaitu rawat inap kelas tiga bagi laki-laki maupun perempuan dewasa yang diterima langsung dari IGD maupun poliklinik. Kasus yang dirawat di ruang Enggang 3 meliputi kasus bedah dan luka bakar. Bangunan pada ruang Enggang 3 terdiri dari 1 ruang kepala ruangan, 1 ruangan perawat, 1 ruangan COAS, 1 ruangan dokter jaga, 1 ruangan obat, 1 ruangan konsultasi, 2 kamar mandi perawat, 1 dapur perawat, 1 dapur pasien, 1 ruang alat, 1 ruang laken, 12 kamar tidur dengan kapasitas 55 tempat tidur dengan 1 kamar mandi di setiap kamar tidur, 1 kamar isolasi pasien luka bakar dengan kapasitas 8 tempat tidur dengan 1 kamar mandi.



4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

4.1.2.1 Pengkajian

Tabel 4. 1 Pengkajian pada pasien dengan diagnosa apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit

No	Data Anamnesis	Hasil
1	Nama Pasien	Tn. H
2	Tanggal Lahir	12 Juli 1977
3	Suku/Bangsa	Toraja/ Indonesia
4	Agama	Protestan
5	Pendidikan	SLTA
6	Pekerjaan	Wiraswasta
7	Alamat	PT. REA Kalimantan Timur Kec. Kembang Janggut
8	Diagnosa Medis	Apendisitis Akut
9	No. Register	0601XXXX
10	Tanggal MRS	04 Juni 2024
11	Tanggal Pengkajian	05 Juni 2024
12	Keluhan Utama	Nyeri pada bagian perut kanan bawah
13	Riwayat Penyakit Sekarang	Pada hari Selasa, 04 Juni 2024 pukul 17.15 WITA pasien datang ke IGD RSUD Aji Muhammad Parikesit dengan keluhan nyeri pada perut bagian kanan bawah kurang lebih selama 2 minggu nyeri hilang timbul dan semakin sering sehingga di bawa pihak keluarga IGD RSUD Aji Muhammad Parikesit. Nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 6. Keluhan lain yang dirasakan yaitu pasien tidak nafsu makan karena rasanya mual ,tidak nyaman dan kurang lebih 1 minggu pasien tidak BAB. Pasien dipindahkan ke ruang enggang 3 pada hari Rabu, 5 Juni 2024 pukul 11.40 WITA. Hasil TTV menunjukkan TD : 120/70 mmHg, N : 78x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,3 °C Saturasi oksigen : 98%

Tabel 4. 2 Pengkajian pada pasien dengan diagnosa apendisitis di RSUD
Aji Muhammad Parikesit

No.	Pemeriksaan Fisik	Hasil
1.	Keadaan Umum	Baik
2.	Kesadaran	Pasien dalam kesadaran <i>Compos Mentis</i> dan GCS E4M6V5
3.	Tanda-Tanda Vital	TD : 120/70 mmHg Nadi : 78x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36.3 C
4.	Kenyamanan/Nyeri	P : Nyeri saat beraktivitas Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk R : Nyeri di kuadran kanan bawah abdomen S : Skala 5 T : Hilang timbul
5.	Status Fungsional/ Aktivitas dan Mobilisasi Barthel Indeks	Total skor barthel indeks : 15 Interpretasi : Pasien dengan kategori ketergantungan ringan
6.	Pemeriksaan Fisik : Kepala	Kepala dan rambut : Kulit kepala bersih tidak ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut merata berwarna hitam beruban, tidak mudah patah, tidak bercabang dan tidak ada kelainan. Mata : Mata simetris kanan dan kiri, kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjungtiva anemis dan sklera tidak ikterik. Kelopak mata/palpebral tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan. Hidung : Tidak ada pernapasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah atau simetris, lubang hidung bersih, tulang hidung dan septum nasal tidak ada pembengkakan, tidak ada kelainan. Rongga Mulut : Warna bibir merah muda, tidak ada gigi caries, lidah bewarna merah muda dan bersih, mukosa bibir kering, tidak ada peradangan pada tonsil, uvula terletak simetris di tengah dan tidak ada kelainan. Telinga : Daun telinga lengkap dan simetris kanan dan kiri, berukuran sedang, lubang telinga bersih, tidak ada serumen, ketajaman pendengaran baik, dan tidak ada kelainan pada telinga Tidak ada masalah keperawatan

No.	Pemeriksaan Fisik	Hasil
7.	Pemeriksaan Fisik : Leher	Kelenjar getah bening tidak teraba, kelenjar tiroid tidak teraba, posisi trakea terletak di tengah, tidak ada kelainan pada leher Tidak ada masalah keperawatan
8.	Pemeriksaan Fisik : (Sistem Pernafasan)	Tidak terdapat keluhan sesak pada pasien, nyeri saat bernafas dan tidak ada batuk. Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 20x/ menit, irama nafas teratur, tidak terdapat pernapasan cuping hidung dan otot bantu pernapasan, tidak menggunakan alat bantu napas. Palpasi : Vokal premitus getaran pada paru kanan dan kiri teraba sama, dan tidak ada kelainan pada paru. Perkusi : Saat diperkusi terdengar sonor Auskultasi : Saat diauskultasi terdengar suara nafas vesikuler, tidak terdapat suara tambahan pada paru, suara ucapan terdengar jelas saat berbicara Tidak ada masalah keperawatan
9.	Pemeriksaan Fisik : (Sistem Kardiovaskuler)	Tidak ada keluhan nyeri dada pada pasien Inspeksi : Tidak ada jejas, CRT > 2 detik, tidak ada sianosis, tidak ada jari tabuh Palpasi : Iktus kordis teraba pada ICS V, dan akral terabadingin Perkusi : Batas jantung berada di ICS II line sternal kiri – ICS II line sternal kanan, pinggang jantung berada di ICS IV line sternal kanan dan apeks jantung berada di ICS IV line sternal kanan Auskultasi : Saat di auskultasi bunyi jantung I terdengar tunggal, irama regular. Terdengar keras dan bunyi jantung II saat di auskultasi terdengar tunggal, irama regular, terdengar keras dan tidak ada bunyi jantung tambahan. Tidak ada masalah keperawatan

No.	Pemeriksaan Fisik	Hasil
10.	Pemeriksaan Fisik: Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi	Berat Badan : 50 Kg Tinggi Badan : 165 Cm IMT : 18,3 Kg/ m³ Kategori : Ideal/ Normal Pasien tidak mengalami penurunan berat badan dalam 3 bulan terakhir. BAB terakhir pasien pada tanggal 31 Mei 2024 konsistensi keras, warna dan bau khas. Pasien mengatakan nafsu makan baik dengan frekuensi 3x dalam sehari dan porsi makan habis. Abdomen Inspeksi : Bentuk abdomen datar, tidak ada benjolan/ massa, tidak ada luka operasi, tidak tampak bayangan vena pada abdomen. Auskultasi : Saat di auskultasi terdengar bising usus 9x/ menit Palpasi : Terdapat nyeri tekan nyeri tekan, tidak teraba massa, tidak ada pembengkakan pada hepar, tidak ada lien, tidak ada pembengkakan pada ginjal. Perkusi : Tidak didapatkan hasil <i>shifting dullness</i>, tidak ada nyeri ketuk pada ginjal Tidak ada masalah keperawatan
11.	Pemeriksaan Fisik : Sistem Persyarafan	Pasien dapat berkomunikasi dengan baik, memori panjang, perhatian dapat mengulang, Bahasa baik, kognisi baik, orientasi (orang, tempat, waktu), saraf sensoris baik, saraf koordinasi baik. Refleks fisiologis baik : Patella : 2 (normal) Achilles : 2 (normal) Bisep : 2 (normal) Trisep : 2 (normal) Brachioradialis : 2 (normal) Tidak ada keluhan pusing. Istirahat/ tidur : 8-9 jam/hari. Pemeriksaan 12 syaraf kranial: 1. N1 : Normal (pasien mampu membedakan bau) 2. N2 : Normal (pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm) 3. N3 : Normal (pasien mampu mengangkat kelopak mata) 4. N4 : Normal (pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah) 5. N5 : Normal (pasien mampu mengunyah)

		6. N6 : Normal (pasien mampu menggerakkan mata ke samping) 7. N7 : Normal (pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis) 8. N8 : Normal (pasien mampu mendengar dengan baik) 9. N9 : Normal (pasien mampu membedakan rasa) 10. N10 : Normal (pasien mampu menelan) 11. N11 : Normal (pasien mampu menggerakkan bahu tetapi terlalu lemah untuk melawan tekanan) 12. N12 : Normal (pasien mampu menjulurkan lidah dan menggerakkan lidah secara perlahan)
12.	Pemeriksaan Fisik: Sistem Muskuloskeletal	1. Pergerakan sendi bebas 2. Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$ 3. Tidak ada kelainan ekstremitas 4. Tidak ada kelainan tulang belakang 5. Kulit berwarna kuning langsung dan tampak kering 6. Turgor kulit baik 7. Tidak terdapat luka 8. Tidak terdapat edema 9. Tidak ada eksoriasis, psoriasis dan urtikaria 10. Penilaian risiko dekubitus: 16 (pasien berisiko rendah mengalami dekubitus)
13.	Pemeriksaan Fisik : Sistem Endokrin	1. Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid 2. Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening 3. Tidak ada trias DM 4. Pasien mengalami hiperglikemia dengan kadar glukosa darah 120mg/dL 5. Tidak terdapat luka
14.	Pemeriksaan Fisik : Seksualitas dan Reproduksi	Tidak ada masalah keperawatan
15.	Pemeriksaan Risiko Jatuh dengan Skala Morse	Total skor risiko jatuh pasien dengan skala morse : 24 (kategori pasien berisiko jatuh rendah) Tidak ada masalah keperawatan
16.	Pengkajian Psikososial	Persepsi pasien terhadap penyakitnya adalah cobaan Tuhan. Ekspresi pasien terhadap penyakitnya adalah murung/ diam. Reaksi saat interaksi adalah kooperatif, dan tidak mengalami gangguan konsep Diri
17.	Personal Hygiene & Kebiasaan	Mandi 1x sehari (seka), keramas 1 hari sekali, memotong kuku 2x dalam 1 bulan, tidak merokok, tidak minum alkohol, ganti pakaian 1x dalam sehari, dan sikat gigi 1x sehari
18.	Pengkajian Spiritual	Sebelum sakit pasien jarang menjalankan ibadah. Setelah sakit pasien jarang melakukan ibadah.

Tabel 4. 3 Pemeriksaan penunjang pada pasien dengan Apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Satuan	Nilai Normal
5 juni 2024	Leukosit	14 560	μL	3 800 – 10 600
	Eritrosit	3,7	$10^6/\mu\text{L}$	4.4 – 5.9
	Hemoglobin	15,4	g/dL	13.2 -17.3
	Hematokrit	44	%	40 – 52
	Ureum	35	mg/dL	17 – 49
	Creatinin	0.8	mg/dL	0.7 – 1.3
6 Juni 2024	Leukosit	7530	μL	3 800 – 10 600
	Eritrosit	4,8	$10^6/\mu\text{L}$	4.4 – 5.9
	Hemoglobin	15,8	g/dL	13.2 -17.3
	Hematokrit	99	%	40 – 52
	Ureum	23	mg/dL	17 – 49
	Creatinin	0,84	mg/dL	0.7 – 1.3

Tabel 4. 4 Penatalaksanaan terapi farmakologis pada pasien dengan Apendisitis di RSUD Aji Muhammad Parikesit

Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
Ketorolac	3x1	IV
Ondansentron	4x1	IV
Tramadol	3x100 mg	IV
Ringer Laktat	20 tpm	IV
Katrofen		Sup

4.1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4. 5 Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Pada Pasien dengan Apendisitis di Instalasi Rawat Inap Ruang Enggang 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Tahun 2024

No.	Hari /Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1.	Pre Operatif : 5 Juni 2024	Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis ditandai dengan pasien mengatakan nyeri di bagian perut bagian perut kanan bawah selama kurang lebih 2 minggu, nyeri semakin meningkat jika pasien beraktivitas,nyeri seperti ditusuk tusuk dengan skala 6 dan pasien mengatakan hilang timbul.
2.		Nausea (D.0076) berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdominal di tandai dengan pasien mengatakan mual
3.		Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan pasien mengatakan cemas dan khawatir dengan tindakan operasi yang akan dilakukan.
4	Post Operatif : 6 Juni 2024	Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen fisik (Prosedur Operasi) ditandai dengan pasien mengatakan terasa nyeri di bagian bekas luka operasi, nyeri bertambah saat pasien bergerak, nyeri seperti di tusuk- tusuk,nyeri pada bekas luka operasi dibagian perut bawah sebelah kanan, skala nyeri 6 dan nyeri hilang timbul.
5.		Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan pasien pasien mengatakan takut jika melakukan mobilisasi takut lukanya terbuka dan pasien mengatakan nyeri saat bergerak.
6.		Risiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif

4.1.2.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 6 Intervensi Keperawatan Pre Operatif

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik fisiologis (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) dapat menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.3 Monitor efek samping analgetik Terapeutik : 1.4 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 1.5 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi : 1.6 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 1.7 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.8 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 1.9 Anjurkan menggunakan analgesiks secara tepat 1.10 Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi: 1.11 Kolaborasi pemberian analgetik

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
2.	Nausea berhubungan dengan efek agen farmakologis (D.0075)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea (L.12111) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan mual menurun 2. Perasaan ingin muntah menurun	Manajemen mual (I.03117) Observasi : 2.1 Identifikasi pengalaman mual 2.2 Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 2.3 Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) Terapeutik : 2.4 Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 2.5 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) Edukasi : 2.6 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2.7 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual Kolaborasi : 2.8 Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
3.	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0080)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam tingkat ansietas (L.01006) menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi khawatir menurun 2. Perilaku tegang menurun	Reduksi ansietas (I.09314) Observasi : 3.1 Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 3.2 Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal) Terapeutik: 3.3 Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 3.4 Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan Edukasi : 3.5 Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 3.6 Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 3.7 Latih teknik relaksasi Kolaborasi : 3.8 Kolaborasi pemberian obat antiansietas jika perlu

Tabel 4. 7 Intervensi Keperawatan Post Operatif

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x 24 jam keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri, skala nyeri, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.4 Monitor efek samping analgetik Terapeutik : 1.5 Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Edukasi : 1.7 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 1.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.9 Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : 1.10 Kolaborasi pemberian analgetik

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Nyeri menuru	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi : 2.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2.2 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : 2.3 Fasilitas aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat atau kruk) 2.4 Fasilitas melakukan mobilisasi, jika perlu 2.5 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi Edukasi : 2.6 Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
3.	Risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam keperawatan tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : 3.1 Monitor tanda dan gejala infeksi dan sitemik Terapeutik : 3.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3.3 Pertahankan teknik septik pada pasien berisiko tinggi Edukasi : 3.4 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 3.5 Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3.6 Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 3.7 Anjurkan asupan meningkatkan asupan nutrisi 3.8 Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi : 3.9 Kolaborasi pemberian imunisasi,jika perlu

4.1.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 8 Implementasi Keperawatan Pada Pasien Tn.H Dengan Apendisitis Di Instalasi Rawat Inap Ruang Enggang 3 Di RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong

Hari/Tanggal/Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
Rabu, 5 Juni 2024 12.20	1.1 Menanyakan lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, skala intensitas nyeri yang dirasakan pasien	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyeri pada perut bawah sebelah kanan, nyeri seperti ditusuk dengan skala 6 dan nyeri hilang timbul Data objektif : - Pasien tampak meringis
	1.2 Menanyakan faktor apa yang menambah dan mengurangi nyeri	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak dan nyeri berkurang jika pasien berbaring Data objektif : - Posisi pasien berbaring di tempat tidurnya
	2.1 Menanyakan keluhan mual kepada pasien	Data subjektif : - Pasien mengatakan sering merasa mual dan merasa ingin muntah Data objektif : - Pasien tampak lemah dan pucat
	2.2 Menanyakan frekuensi pasien merasakan mual	Data subjektif : Pasien mengatakan rasa mual muncul hilang timbul Data objektif : -

Hari/Tanggal/ Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
13.00	1.4 Melakukan pijat punggung sebagai teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri pada pasien	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang dan pasien merasa nyaman saat dilakukan pijat punggung Data objektif : - Pasien tampak tenang - Posisi pasien semi fowler
13.10	1.1 Menanyakan keluhan nyeri pada pasien setelah dilakukan tindakan pijat punggung	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyeri berkurang , nyeri muncul jika pasien bergerak, nyeri seperti di tusuk tusuk, nyeri di perut bagian kanan bawah dengan skala 5 dan hilang timbul Data objektif : - Pasien kooperatif yang di tanyakan keluhan yang di rasakan
13.15	1.5 Menjelaskan mengenai cara untuk meredakan nyeri	Data subjektif : - Pasien mengatakan yang dijelaskan dapat di pahami Data objektif : - Pasien tampak kooperatif saat di jelaskan mengenai strategi meredakan nyeri
14.25	2.3 Menanyakan keluhan mual kepada pasien	Data subjektif : - Pasien mengatakan mual di karenakan cemas menjelang operasi Data objektif : - Pasien tampak pucat

Hari/Tanggal/Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
14.27	3.1 Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)	Data subjektif : - Pasien mengatakan khawatir menjelang operasi di karenakan sebelumnya pasien belum pernah operasi Data objektif : - Pasien tampak tegang - TD : 140/86 mmHg - N : 98 x/menit
14.30	3.6 Menganjurkan keluarga untuk menemani pasien	Data subjektif : - Data objektif : Pasien ditemani oleh keponakannya
14.30	3.7 Mengajarkan teknik relaksasi yaitu teknik nafas dalam	Data subjektif : - Pasien mengatakan setelah melakukan teknik relaksasi cemas berkurang Data objektif : - Pasien tampak mengikuti teknik relaksasi nafas dalam
Kamis, 6 Juni 2024 08.15	1.1 Menanyakan keluhan nyeri pasien post operasi	Data subjektif: - Pasien mengatakan nyeri pada bekas luka operasi, nyeri seperti ditusuk di bagian perut kanan bagian bawah dengan skala 4 dan nyeri hilang timbul Data objektif : - Pasien nampak sesekali meringis - TD : 129/99 mmHg - N : 80x/menit - RR : 20x/menit

Hari/Tanggal/Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
6 Juni 2024 08.15	1.2 Menanyakan skala nyeri	Data subjektif : - Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan 1-10 adalah 4 Data objektif : - Pasien tampak sesekali meringis
08.20	1.3 Menanyakan faktor apa yang menambah dan mengurangi nyeri	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyeri bertambah jika bergerak dan nyeri berkurang jika pasien berbaring Data objektif : - Posisi pasien berbaring di tempat tidurnya
08.23	2.1 Mengidentifikasi ada nya nyeri atau keluhanya lainnya saat melakukan mobilisasi (miring kanan atau miring kiri)	Data subjektif : - Pasien mengatakan saat bergerak agak sedikit nyeri pada bekas operasi Data objektif : - Pasien tampak lemah dan berbaring di tempat tidur dengan posisi supine
08.25	1.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi	Data subjektif : - Pasien mengatakan pada bekas hanya terasa nyeri Data objektif : - Terdapat perban di bagian luka operasi - Perban tampak bersih - Sekitar luka tidak terdapat bengkak atau kemerahan - Suhu : 36,8 derajat celcius

Hari/Tanggal/Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
08.27	2.3 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan cara memegang pagar tempat tidur	Data subjektif : - Data objektif : Pasien tampak memegang pagar tempat tidur
08.27	2.4 Membantu pasien mobilisasi yaitu miring kiri	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya Data objektif : - Posisi pasien yaitu miring kiri
08.27	2.5 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi	Data subjektif : - Data objektif : Keluarga pasien membantu dalam proses mobilisasi pasien
08.28	2.6 Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi	Data subjektif : - Pasien mengatakan bahwa apa yang dijelaskan dapat di pahami Data objektif : - Pasien kooperatif saat dijelaskan
08.30	1.5 Memberikan teknik non farmakologi berupa <i>massage</i> punggung untuk mengurangi nyeri	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyaman dan nyeri yang dirasakan pasien berkurang Data objektif : - Posisi pasien yaitu miring kiri
08.40	2.4 Membantu pasien mengatur posisi kembali	Data subjektif : - Data objektif : Posisi pasien supine

Hari/Tanggal/Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
12.00	1.4 Menanyakan efek samping analgetik	Data subjektif : - Pasien mengatakan tidak ada alergi terhadap obat Data objektif : - Tidak terdapat stiker <i>alergy</i> pada gelang identitas pasien
12.02	1.10 Mengkolaborasi pemberian analgetik	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi di perut sebelah kanan Data objektif : - Perawat memberikan antibiotik ceftriaxone 2x1 gr melalui IV
12.03	3.2 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien maupun lingkungan pasien 3.3 Mempertahankan teknik septik pada pasien	Data subjektif : - Data objektif : - Perawat dan mahasiswa selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien maupun lingkungan pasien - Perawat dan mahasiswa menggunakan sarung tangan
12.05	3.4 Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 3.5 Mengajarkan cara mencuci tangan	Data subjektif : - Pasien mengatakan tidak ada tanda dan gejala infeksi seperti yang dijelaskan Data objektif : - Pasien kooperatif saat dijelaskan Data subjektif : - Pasien mengatakan paham dengan yang dijelaskan Data objektif : -

Hari/Tanggal/ Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
12.10	3.6 Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi atau perban	Data subjektif : - Pasien mengatakan paham dengan yang dijelaskan Data objektif : - Pasien tampak memahami apa yang dijelaskan
14.00	1.1 Menanyakan keluhan nyeri pasien	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyeri berkurang, nyeri terasa seperti tertusuk tusuk pada perut kanan bawah bekas operasi dengan skala 3 dan nyeri nya hanya sesekali saja Data objektif : - Pasien tampak tenang
14.02	1.2 Menanyakan skala nyeri pasien	Data subjektif : Pasien mengatakan skala nyeri dari 1-10 adalah 3 Data objektif : -
14.05	2.1 Menanyakan keluhan saat pasien mobilisasi	Data subjektif : Pasien mengatakan sudah bisa melakukan miring kanan atau kiri secara mandiri tanpa bantuan secara pelan dan saat mobilisasi nyeri berkurang Data objektif : -
14.07	1.6 Memberikan teknik non farmakologi berupa <i>massage</i> punggung untuk mengurangi nyeri	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyaman dan nyeri yang dirasakan pasien berkurang Data objektif : - Posisi pasien yaitu miring kiri

Hari/Tanggal/ Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
Ju'mat, 7 Juni 2024 08.00	1.1 Menanyakan keluhan nyeri yang dirasakan	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyeri berkurang dan muncul hanya sesekali tidak sering, nyeri seperti ditusuk-tusuk di bagian bekas luka operasi di perut kanan bawah dengan skala 2 dan hilang timbul Data objektif : - Pasien tampak tenang - TD : 130/96 - N : 72x/menit - RR : 20x/menit
	1.2 Menanyakan skala nyeri	Data subjektif : Pasien mengatakan skala nyeri 1-10 adalah 2 Data objektif : -
	2.1 Menanyakan adanya nyeri saat bergerak atau mobilisasi	Data subjektif : - Pasien mengatakan nyeri berkurang saat bergerak dan pasien mengatakan dapat mobilisasi secara mandiri Data objektif : - Pasien dapat mobilisasi secara mandiri
	3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi pada pasien	Data subjektif : - Pasien mengeluh nyeri sesekali Data objektif : - Perban pasien tampak bersih dan kering - Tidak terdapat kemerahan atau bengkak di sekitar luka - Suhu : 36,9 derajat celcius

Hari/Tanggal/ Waktu	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
08.10	1.5 Memberikan teknik non farmakologis yaitu massage punggung untuk mengurangi nyeri	Data subjektif : - Pasien mengatakan saat dilakukan massage punggung pasien merasa nyaman dan rileks Data objektif : - Pasien tampak tenang
10.00	1.8 Menjelaskan cara mandiri strategi meredakan nyeri	Data subjektif : - Pasien mengatakan mengerti dengan cara yang dijelaskan Data objektif : - Mahasiswa keperawatan menjelaskan teknik relaksasi nafas dalam
10.03	1.3 Mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri yaitu meminum obat secara rutin	Data subjektif : Pasien mengatakan akan mengkonsumsi obat sesuai yang di anjurkan Data objektif : -
10.05	3.6 Mengajarkan pasien untuk merawat perban luka	Data subjektif : - Pasien mengatakan bahwa apa yang dijelaskan dapat di pahami Data objektif : - Pasien kooperatif

4.1.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 9 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Tn.H Dengan Apendisitis Di Instalasi Rawat Inap Ruang Enggang 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit Tenggarong Tahun 2024

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Rabu , 5 Juni 2024	Pre operatif : Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri	S : - Pasien mengatakan nyeri di perut kanan bagian selama kurang lebih 2 minggu bawah nyeri bertambah jika bergerak atau beraktivitas ,nyeri seperti di tusuk tusuk pada bagian perut kanan bagian bawah dengan skala 5 dan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan setelah dilakukan <i>massage</i> punggung pasien merasa lebih rileks O : - Pasien tampak meringis dan lemas - Keadaan umum sedang kesadaran composmentis - TD : 140/86 mmHg - N : 98x/menit - Suhu : 36,8 derajat celcius A : Diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri cukup meningkat - Meringis cukup meningkat P : Intervensi keperawatan dilanjutkan : - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>massage</i> punggung) - Jelaskan strategi meredakan nyeri 1.11Mengkolaborasi pemberian analgetik	

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2	Rabu , 5 Juni 2024	Pre operatif : Nausea (D.0076) berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdominal di tandai dengan pasien mengatakan mual	S : - Pasien mengatakan merasa mual dan merasa ingin muntah - Pasien mengatakan rasa mual muncul hilang timbul O : - Pasien tampak lemah dan pucat - Keadaan umum sedang kesadaran composmentis - TD : 140/86 mmHg - N : 98x/menit - Suhu : 36,8 derajat celcius A : Diharapkan Tingkat nausea (L.08065) menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri mual cukup menurun - Perasaan ingin muntah cukup menurun P : Intervensi keperawatan dihentikan .	
3.		Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan pasien mengatakan cemas dan khawatir dengan tindakan operasi yang akan dilakukan.	S : - Pasien mengatakan khawatir menjelang operasi dikarenakan sebelumnya pasien belum pernah operasi - Pasien mengatakan cemas sedikit berkurang setelah dianjurkan melakukan teknik relaksasi nafas dalam O : - Pasien tampak gelisah dan tegang - Muka tampak pucat - Kesadaran umum sedang , kesadaran compos mentis - TD : 140/86 mmHg - N : 98x/menit A : Diharapkan tingkat ansietas (L.09093) menurun dengan kriteri hasil : - Verbalisasj khawatir akibat kondisi yang dihadapi sedang - Perilaku tegang sedang P : Intervensi Keperawatan dihentikan.	

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Kamis, 6 Juni 2024	Post operatif : Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen fisik (Prosedur Operasi) ditandai dengan pasien mengatakan terasa nyeri di bagian bekas luka operasi, nyeri bertambah saat pasien bergerak, nyeri seperti di tusuk- tusuk, nyeri pada bekas luka operasi dibagian perut bawah sebelah kanan, skala nyeri 6 dan nyeri hilang timbul.	S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang - Pasien mengatakan nyeri jika tertekan atau tergesek dengan benda pada bekas luka operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk di bagian bekas luka operasi pada perut bawah sebelah kanan dengan skala 3 dan nyeri hilang timbul - Pasien mengatakan setelah minum obat dan diberikan teknik non farmakologis yaitu <i>massage</i> punggung nyeri berkurang O : - Pasien tampak kadang meringis dan lemas - Keadaan umum sedang kesadaran composmentis - TD : 120/86 mmHg - N : 76x/menit - Suhu : 36,8 derajat celcius A : Diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri cukup menurun - Meringis cukup menurun P : Intervensi keperawatan dilanjutkan : - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (<i>massage</i> punggung) - Jelaskan strategi meredakan nyeri	

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
2.	Kamis, 6 Juni 2024	Post operatif : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan pasien mengatakan takut jika melakukan mobilisasi takut lukanya terbuka dan pasien mengatakan nyeri saat bergerak.	S : - Pasien mengatakan bekas luka terasa nyeri jika pasien gerak - Pasien mengatakan pasien sudah dapat melakukan miring kanan dan kiri dengan mandiri secara perlahan O : - Pasien tampak sudah bisa mobilisasi sederhana seperti miring kanan atau kiri secara mandiri - Posisi pasien semifowler - Keadaan umum sedang kesadaran composmentis - TD : 120/86 mmHg - N : 76x/menit - Suhu : 36,8 derajat celcius A : Diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : - Pergerakan ekstremitas meningkat - Nyeri menurun P : Intervensi keperawatan dilanjutkan : - Mengidentifikasi adanya nyeri saat mobilisasi	
3.		Risiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif	S : - Pasien mengatakan pada luka bekas operasi nyeri seperti ditusuk-tusuk - Pasien mengatakan paham dengan apa yang dijelaskan untuk merawat perban dan luka O : - Terdapat perban di bagian luka operasi - Perban tampak bersih - Sekitar luka tidak terdapat bengkak atau kemerahan - Suhu : 36,8 derajat celcius A : Diharapkan tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil : - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri cukup menurun	

No.	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
3.	Kamis, 6 Juni 2024	Post operatif : Risiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif	4. Bengkak menurun P : Lanjutkan intervensi keperawatan : 3.1 Memonitor tanda dan gejala infeksi pada pasien 3.6 Mengajarkan untuk merawat luka dan perban	
1.	Ju'mat 7 Juni 2024	Post Operatif Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen fisik (Prosedur Operasi) ditandai dengan pasien mengatakan terasa nyeri di bagian bekas luka operasi, nyeri bertambah saat pasien bergerak, nyeri seperti di tusuk- tusuk,nyeri pada bekas luka operasi dibagian perut bawah sebelah kanan, skala nyeri 6 dan nyeri hilang timbul	S : - Pasien mengatakan nyeri berkurang dan muncul sesekali - Pasien mengatakan nyeri timbul jika bekas luka operasi tertekan benda lain,nyeri seperti ditusuk-tusuk pada bagian bekas luka operasi di perut bawah sebelah kanan dengan skala 2 dan nyeri sudah jarang timbul O : - Pasien tampak tenang - Keadaan umum baik - Kesadaran compos mentis - TD : 130/96mmHg - N : 72x/menit - RR : 20xmenit A : Diharapkan Tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun Meringis menurun P : Intervensi keperawatan dihentikan.	
2.		Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan pasien pasien mengatakan takut jika melakukan mobilisasi takut lukanya terbuka dan pasien mengatakan nyeri saat bergerak.	S : - Pasien mengatakan nyeri saat bergerak berkurang dan pasien mengatakan dapat melakukan mobilisasi sederhana yaitu miring kanan atau kiri dan duduk secara mandiri O : - Pasien tampak sudah bisa mobilisasi sederhana seperti miring kanan atau kiri dan duduk secara mandiri - Posisi pasien semifowler - Keadaan umum sedang kesadaran composmentis - TD : 130/96 mmHg	

3.		Risiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif	• N : 72x/menit • RR : 20x/menit • Suhu : 36,8 derajat celcius A : Diharapkan mobilitas fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat 2. Nyeri menurun P : Intevensi keperawatan dihentikan. S : Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi berkurang dan hanya sesekali nyeri timbul O : • Terdapat perban di bagian luka operasi • Perban tampak bersih • Sekitar luka tidak terdapat bengkak atau kemerahan • Suhu : 36,8 derajat celcius A : Diharapkan tingkat infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil : 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun P : Intervensi Keperawatan dihentikan.	
----	--	--	--	--

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pre Operatif

4.2.1.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Nyeri akut merupakan 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Data diagnosa keperawatan diangkat berdasarkan pengkajian yang diperoleh pada data subjektif dimana dalam keadaan tersebut pasien mengeluh nyeri selama kurang lebih 2 minggu, nyeri bertambah jika pasien beraktivitas, nyeri seperti ditusuk-tusuk di bagian perut bagian bawah sebelah kanan dengan skala 6 dan nyeri hilang timbul dan didukung dengan data objektif pasien tampak meringis.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan manajemen nyeri (I.08238) selama 3 hari berupa mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri), mengidentifikasi skala nyeri,

mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri, menjelaskan strategi meredakan rasa nyeri (*massage* punggung), mengajarkan teknik nonfarmakologis (*massage* punggung) untuk mengurangi rasa nyeri. Hasil evaluasi dari masalah keperawatan nyeri akut yaitu tingkat nyeri menurun dengan keluhan nyeri cukup meningkat dengan skala nyeri 5, dan pasien terlihat meringis cukup menurun.

Menurut asumsi penulis, nyeri yang dirasakan pada pasien dengan apendisitis akibat proses peradangan pada apendiks sehingga pada pasien mengalami nyeri. Nyeri yang dirasakan jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan terjadinya infeksi berat yang bisa menyebabkan pecahnya lumen usus.

4.2.1.2 Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdominal

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian tenggorokan atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah. Hasil pengkajian yang didapatkan sesuai dengan data subjektif yaitu pasien mengeluh mual dan merasa ingin muntah dan pasien mengatakan rasa mual

muncul hilang timbul. Dan data objektif pasien tampak lemah dan pucat, keadaan umum sedang dengan kesadaran composmentis.

Untuk menangani masalah mual dan muntah dapat menggunakan terapi farmakologis dan non farmakologis (Putri, 2022). Implementasi keperawatan yang diberikan kepada Tn.H adalah manajemen nausea yaitu monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan), kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) dan mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual. Dengan kriteria hasil tingkat nausea yang diharapkan keluhan mual menurun dan perasaan ingin muntah menurun. Selama implementasi keperawatan selama 1x7 jam didapatkan hasil keluhan mual cukup menurun dan perasaan ingin muntah cukup menurun. Dan menurut asumsi penulis nausea yang dialami oleh pasien dikarenakan terjadi karena ada peningkatan intra abdominal dan penekanan gaster.

4.2.1.3 Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Ansietas merupakan keadaan pengalaman subjektif dan emosi individu pada obyek yang tidak menentu karena kewaspadaan seseorang untuk

menghindar dari serangan. Ansietas yaitu keadaan dimana disebabkan ketidaknyaman maupun rasa takut akan hal tertentu yang menyebabkan tidak rileks.

Penulis menegakan diagnosa ini karena pada saat pengkajian didapatkan pasien cemas dan khawatir menjelang tindakan operasi dikarenakan sebelumnya tidak pernah sebelumnya. Dan didapatkan data objektif pasien tampak tidak rileks, pasien tampak tegang, TD : 140/86 mmHg, N : 98x/menit dan RR : 20x/menit. Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x7 jam dengan tujuan ansietas teratasi kriteria hasil verbalisasi khawatir menurun , perilaku tegang menurun dengan motivasi mengidentifikasi situasi memicu kecemasan serta latihan kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan. Intervensi yang diberikan yaitu : monitor tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal), ciptakan suasana yang tenang, anjurkan keluarga memberikan motivasi kepada pasien dan latihan teknik relaksasi (latihan relaksasi nafas dalam).

Hasil evaluasi dari masalah keperawatan ansietas yaitu verbalisasi khawatir sedang dan perilaku tegang sedang. Menurut asumsi penulis pasien yang akan melakukan tindakan pembedahan wajar mengalami

kecemasan dan takut akan keberhasilan tindakan pembedahan. Dukungan dari keluarga dan menciptakan suasana yang nyaman dapat memperingan kecemasan yang dirasakan pasien

4.2.2 Post Operatif

4.2.2.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

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 tiga bulan. Pada pasien Tn.H dengan diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi). Saat pengkajian didapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri dibagian luka operasi di perut kanan bawah Post-op appendictomi dengan skala 4, pasien mengatakan nyeri jika luka tertekan atau tergesek dengan benda lain. Dan data objektif yaitu pasien tampak meringis dan terdapat perban luka operasi di perut bagian bawah sebelah kanan,keadan umum sedang kesadaran compos mentis TD : 120/86mmHg, N : 76x/menit dan suhu : 36,8 derajat celcius.

Rencana tindakan keperawatan pada post operatif appendisitis yang akan dilakukan pada pasien Tn. H dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi) antara lain:

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri,
2. Identifikasi respon nyeri non-verbal,
3. Identifikasi faktor 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.

Hasil evaluasi setelah dilakukan intervensi manajemen nyeri selama 3x24 jam didapat kriteria hasil : keluhan nyeri menurun dan meringis menurun. Menurut (Mahendra, 2021) menjelaskan bahwa pada kasus post-operatif masalah nyeri akut timbul dikarenakan proses operasi yang menyebabkan rusaknya jaringan kulit sehingga mengakibatkan rangsangan nyeri. Sehingga

pada penatalaksanaan manajemen nyeri pasien diberikan teknik non farmakologis berupa massage punggung untuk mengurangi nyeri pada pasien selain itu juga memberikan rasa nyaman dan sensasi rileks pada pasien. Untuk pemberian teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri pada pasien dapat diberikan setelah kesadaran pasien pulih , serta efek anestesi hilang. Efek anestesi akan hilang dalam 2-12 jam(Hananida Alza et al., 2023).

4.2.2.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Gangguan mobilitas fisik adalah Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Pada pasien Tn.H ditemukan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan takut untuk melakukan mobilisasi karna takut jahitan pada luka akan terbuka dan terasa nyeri saat melakukan aktifitas dan data objektif kekuatan otot normal dan pasien terbaring dengan posisi supine. Masalah keperawatan yang biasa timbul pada post operatif salah satunya adalah gangguan mobilitas fisik yang timbul karena kurangnya kesiapan dan adaptasi

dengan kondisi post operasi yang menyebabkan keterbasan dan gangguan pada proses mobilisasi.

Rencana tindakan keperawatan pada post operatif appendisitis yang akan dilakukan pada pasien Tn. H dengan masalah gangguan mobilisasi fisik berhubungan dengan nyeri antara lain: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, 3. Fasilitasi melakukan pergerakan, bila perlu, 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien, 5. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi, 6. Anjurkan ambulasi dini. Dan hasil evaluasi selama 3x24 jam dilakukan intervensi mobilisasi fisik dengan hasil : pergerakan ekstremitas cukup meningkat dan nyeri menurun. Peneliti berasumsi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yang timbul pada pasien berdasarkan keluhan yang disampaikan dan ditemukan disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan kesiapan pasien menghadapi proses pasca operasi.

4.2.2.3 Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

Diagnosa yang sama dengan teori dan ditemukan pada kedua pasien selanjutnya adalah resiko infeksi

dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data objektif pada pasien Tn. H yaitu terdapat luka hasil operasi dibagian perut. Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan teresang organisme patogenik. Faktor resiko dari resiko infeksi adalah penyakit kronis, efek prosedur infasif, mall nutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer, ketidak ada kuatan pertahanan tubuh sekunder (Tim Pokja SDKIDPP PPNI, 2017).

Rencana tindakan keperawatan pada post operatif appendisitis yang akan dilakukan pada pasien dengan masalah resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif antara lain : 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 pasien dan lingkungan pasien, 5. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi, 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi, 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, 8. Kolaborasi pemberian imunisasi, bila perlu. Dan hasil evaluasi selama 3x24 jam dilakukan intervensi pencegahan infeksi dengan kriteria hasil : demam

menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, dan bengkak menurun.

Masalah keperawatan yang dapat timbul pada pasien post operasi salah satunya resiko infeksi, dimana terbukanya jaringan kulit karena proses operasi yang menyebabkan terbukanya jalan masuk kuman dan bakteri yang beresiko menimbulkan resiko infeksi. Menurut peneliti, masalah keperawatan resiko infeksi muncul pada pasien karena efek dari prosedur operasi dan sesuai dengan tanda faktor yang didapatkan dari diagnosa SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), yaitu dari faktor resiko adalah efek prosedur invasif.



Kemenkes
Poltekkes Kalimantan Timur

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penerapan asuhan keperawatan selama 3 hari perawatan (5 Juni 2024 - 7 Juni 2024) pada pasien Tn.H dengan diagnosa Apendisitis akut di ruangan enggang 3 RSUD Aji Muhammad Parikesit tenggarong peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Pada pengkajian pasien Tn.H dengan apendisitis ditemukan data pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kanan bawah kurang lebih selama 2 minggu nyeri hilang timbul dan semakin sering. Nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 6. Keluhan lain yang dirasakan yaitu pasien tidak nafsu makan karena rasanya mual ,tidak nyaman dan kurang lebih 1 minggu pasien tidak BAB. Hasil TTV menunjukkan TD : 120/70 mmHg, N : 78x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,3 °C Saturasi oksigen : 98% .

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang muncul pada Tn.H pre operatif adalah Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis ditandai dengan pasien mengatakan nyeri di bagian perut bagian perut kanan bawah selama kurang lebih 2

minggu, nyeri semakin meningkat jika pasien beraktivitas, nyeri seperti ditusuk tusuk dengan skala 6 dan pasien mengatakan hilang timbul, Nausea (D.0076) berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdominal di tandai dengan pasien mengatakan mual, Ansietas (D.0080) berhubungan dengan kurang terpapar informasi di tandai dengan pasien mengatakan cemas dan khawatir dengan tindakan operasi yang akan dilakukan. Dan diagnosa yang muncul pada Tn.H post operatif Nyeri Akut (D.0077) berhubungan dengan agen fisik (Prosedur Operasi) ditandai dengan pasien mengatakan terasa nyeri di bagian bekas luka operasi, nyeri bertambah saat pasien bergerak, nyeri seperti di tusuk- tusuk, nyeri pada bekas luka operasi dibagian perut bawah sebelah kanan, skala nyeri 6 dan nyeri hilang timbul, Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan nyeri ditandai dengan pasien pasien mengatakan takut jika melakukan mobilisasi takut lukanya terbuka dan pasien mengatakan nyeri saat bergerak, dan Risiko Infeksi (D.0142) berhubungan dengan efek prosedur invasif

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang digunakan untuk mengatasi masalah intervensi keperawatan yang digunakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan (SIKI) dan pada pasien yang disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan

kriterium tanda dan gejala mayor minor dan kondisi pasien. Pada pasien Tn.H dengan Apendisitis diberikan intervensi keperawatan manajemen nyeri, manajemen mual, reduksi ansietas, dukungan mobilisasi dan pencegahan infeksi.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Penatalaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada Tn.H sesuai dengan perencanaan yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan sesuai dengan kebutuhan pasien yaitu pemantauan nyeri , memberikan teknik non farmakologis berupa *Massage Punggung* dan melakukan monitoring tanda dan gejala infeksi.

5.1.5 Evaluasi keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan dari pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis setelah dilakukan implementasi keperawatan selama 3x24 jam dan didapatkan evaluasi tingkat nyeri menurun, tingkat mual cukup menurun, tingkat ansietas sedang, mobilisasi fisik cukup meningkat, dan tingkat infeksi menurun.

5.2 Saran

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien dengan Apendisitis Akut diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan diantaranya :

5.2.1 Bagi penulis

Hasil penelitian yang dilakukan diharapkan dapat memberikan intervensi yang lebih baik, agar masalah yang belum teratasi dapat teratasi. Diperlukan ketelitian untuk menambah pengetahuan dan pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan serta dapat mengaplikasikan ilmu yang didapatkan selama perkuliahan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien Apendisitis Akut.

5.2.2 Bagi Instalasi Rumah Sakit

Dapat meningkatkan mutu pendidikan yang lebih berkualitas dan profesional, terampil, inovatif, aktif, dan bermutu yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh berdasarkan kode etik keperawatan. Sebagai bahan masukan, referensi, maupun data tambahan bagi manajemen keperawatan, khususnya terkait asuhan keperawatan pada apendisitis dengan masalah nyeri akut agar dapat meningkatkan kualitas mutu dan pelayanan di bidang keperawatan.

5.2.3 **Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi literasi maupun wawasan tambahan bagi perkembangan ilmu keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan apendisitis dengan masalah keperawatan nyeri akut. Dan diharapkan dapat menjadi acuan dan bahan pembandingan dalam melakukan penelitian.



Kemenkes

Poltekkes Kalimantan Timur

DAFTAR PUSTAKA

- Aeni, W. N., Zakiudin, A., & Sukirno. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn.R Dengan Gangguan Sistem Pencernaan: Appendisitis Post Appendiktomi Di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal. *DIAGNOSA: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Keperawatan*, 1(4). <https://doi.org/10.59581/diagnosa-widyakarya.v1i4.1298>
- Akai, F. (2023). *Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan pada apendisitis*.
- Angraini Simamora, F., Royani Siregar, H., Jufri, S., & Salim Hasibuan Prodi Keperawatan Universitas Aufa Royhan Padangsidimpuan, E. (2021). Gambaran Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendisitis. In *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia Indonesian Health Scientific Journal* (Vol. 27, Issue 1).
- Damanik, H., Surya Manurung, S., Sepadha, D., & Sagala, P. (2022). PENGARUH PEMBERIAN MASSASE PUNGGUNG TERHADAP PENURUNAN SKALA NYERI PADA PASIEN APPENDIKTOMI DI RSUD RANTAU PRAPAT. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 8(1). <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JURNALKEPERAWATAN>
- Dewi, Y. (2020). *PENGEMBANGAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) BACK MASSAGE DAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM DENGAN UPAYA MENURUNKAN INTENSITAS NYERI PADA ANAK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI POST OP APENDIKTOMI*.
- Dillan, Y. D. (2022). *BAB II TINJAUAN PUSTAKA KONSEP PENYAKIT APENDISITIS*.
- Hananida Alza, S., Inayati, A., Hasanah, U., Dharma, A. K., & Metro, W. (2023). PENERAPAN TEKNIK RELAKSASI BENSON TERHADAP SKALA NYERI PADA PASIEN POST OP APPENDIKTOMI DIRUANG BEDAH DI RSUD JEND. AHMAD YANI METRO APPLICATION OF BENSON RELAXATION TECHNIQUES ON PAIN SCALE IN POST OP APPENDICTOMIC PATIENTS IN THE SURGICAL ROOM IN RSUD JEND. AHMAD YANI METRO. *Jurnal Cendikia Muda*, 3(4), 2023.
- Helci, Y. (2023). *PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS NUSA NIPA MAUMERE 2023*.
- Hidayat, M. (2023). *Karya Tulis Ilmiah Apendisitis*.

Maghfiroh, M. (2022). *BAB II_Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Operasi Appendiktomi Di RS Kamar Medika.*

Mahendra, D. M. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operatif Apendisititis di RSUD Kanujoso.*

Mu'munina, lisa s. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN POST LAPARATOMI APPENDICTOMI DI RUANG BAITUSSALAM 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG.*

Nababan, T., Kaban, K. B., & Ndruru, R. R. (2019). PENGARUH TEKNIK BACK MESSAGE (MASASE PUNGGUNG) TERHADAP PENURUNAN INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST OPERASI APPENDIKSITIS DI RSU ROYAL PRIMA MEDAN 2018. *Jurnal Keperawatan Priority*, 2(2).

Nugrahani, K., Cindy, A., & Afni, N. (2023). *Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada Surakarta 2023 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN APENDISITIS: NYERI AKUT DENGAN INTERVENSI MASSASE PUNGGUNG.*

Nurhayati, rima. (2020). *PENGEMBANGAN STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK RELAKSASI MASSAGE EFFLUERAGE TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPERASI APPENDICITIS RIMA NURHAYATI.*

Putri, R. F. A. (2022). *Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan pada Ny.L dengan Diagnosa Apendisititis di Ruang OK.*

Ramadhani, S. s. (2023). *Asuhan keperawatan pada apendisititis.*

Ramadhan, muh syahril. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. T DENGAN DIAGNOSA MEDIS APENDISITIS DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN RASA NYAMAN DI RUANG ANGGREK IV RSU ALIYAH 1 KENDARI.*

Shah, N. R. F. (2021). *BAB II pijat punggung.*

Sherina Ivanka, S., & Nahusuly, F. (2022). Karakteristik Pasien yang Dipasang Drain Pada Apendiktomi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. *Jurnal Verdure*, 4(1), 254–261.

Taufiq El-Haque, I., & Ismayanti, I. (2022). *Medical Surgical Nursing Care Assistance in Patients with Digestive System Disorders: Appendicitis.*

Tim Pokja Pedoman SPO Keperawatan DPP PPNI. (2021). *Pedoman Standar Prosedur Operasional* (1st ed.).

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (1st ed.).

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.).

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.).

Weking, M. E. S. (2023). *Karya Ilmiah Akhir Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Pasien Post Apendektomi dengan Penerapan Terapi Relaksasi Benson untuk Menurunkan Nyeri DI RUANG DAHLIA RSUD dr. T.C HILLERS MAUMERE.*

Yulisni, N. M. (2020). *BAB II TINJAUAN PUSTAKA GAMBARAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN POST OPERASI APENDIKTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG BELIBIS RSUD WANGAYA.*

