

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Gambaran umum lokasi studi kasus

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Ende yang merupakan rumah sakit milik Pemerintah yang berada di Jl. Prof. Dr. W. Z Yohanes. RSUD Ende terdiri dari beberapa ruangan yang salah satunya adalah Ruang Perawatan Bedah. Ruang Perawatan Bedah memiliki 12 ruangan yang terdiri dari 1 ruangan kepala ruangan dan ruangan perawat, 1 ruangan menyimpan obat-obatan dan barang-barang medis lainnya, dan 10 ruangan/kamar rawat nginap. 11 rawat nginap tersebut memiliki kapasitas bed. Kamar VIP 1-2 masing-masing 1 bed, kamar 3, 5, 7, 8, 9 masing masing terdiri dari kamar 3,5 terdapat 4 bed, kamar 7 terdapat 5 bed, dan kamar 8,9 masing-masing terdiri 2 bed. Tenaga perawat Ruang Perawatan Bedah sebanyak

2. Studi Kasus

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 05 Juli 2025, pukul 08:00 WITA di Ruang Perawatan Bedah RSUD Ende.

1) Pengumpulan Data

a) Identitas

Pasien berjenis kelamin laki-laki, beragama Islam, status sudah menikah, pendidikan terakhir S1, pekerjaan Guru, pasien tinggal di Kupang, Paserin masuk pada tanggal 04, Juli 2025. Tanggal

pengkajian 05, Juli 2025, dengan diagnose medis Apendisitis Post Apendektomi. Penanggung jawab pasien Ny. H. A, umur 30 tahun, pekerjaan Guru, alamat kupang, Hubungan dengan pasien istri pasien.

B. Status kesehatan

a) Status kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi abdomen di bawah pusar.

2) Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi di bawah pusar.

Pasien juga mengatakan mual, pusing, perut kembung nyeri pada abdomen bagian luka operasi dan pasien mengatakan muntah 2x.

3) Alasan masuk rumah sakit dan perjalanan penyakit saat ini.

Pasien mengatakan sudah merasakan sakit pada bagian perut sebelah kanan sejak 1 bulan yang lalu, pasien tidak pernah memeriksanya karena pasien mengatakan sakitnya hilang muncul. Saat pasien berada di kapal untuk perjalanan menuju ke Ende pada saat itu tanggal 03 Juli 2025 pasien sempat makan mie di atas kapal dalam keadaan perut kosong. Kemudian ketika pasien sampai di pelabuhan Ende, pasien merasa sakit yang hebat di perut bagian kanan bawah, namun pasien tidak langsung pergi memeriksanya. Pada pukul 18.30 WITA pasien merasa sakit lagi

pada perut kanan bagian bawah yang membuat pasien merasa lemas. Keluarga bingung sehingga langsung membawah pasien ke RSUD Ende pada pukul 19.00 WITA untuk mendapatkan perawatan.

4) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya

Pasien mengatakan sebelumnya tidak ada penanganan pada nyeri abdomen. Pasien mengatakan dilakukan langsung dibawah ke RSUD Ende untuk mendapatkan perawatan pada tanggal 03 Juli 2025 pukul 19.00 WITA.

b) Status Kesehatan Masalalu

1) Penyakit yang pernah dialami

Pasien mengatakan tidak ada penyakit yang berhubungan dengan pencernaan atau penyakit lain.

2) Pernah di rawat

Pasien mengatakan belum pernah dirawat.

3) Alergi

Pasien mengatakan mempunyai alergi makanan yaitu seafood (udang dan cumi-cumi).

4) Kebiasaan (merokok/kopi/alkhol)

Pasien mengatakan kebiasaanya minum kopi dalam sehari 2 kali pada waktu pagi dan sore.

c) Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan ada keluarga yang menderita penyakit asma yaitu ayah kandung.

d) Diagnose medis dan terpy yang di dapat sebelumnya

Pasien menagatakan tidak ada terapy yang didapatkan sebelumnya.

C. Pola kebuthan dasar (data bio-psiko-sosio-kultur-spiritual)

a) Pola presepsi dan manajemen kesehatan

Pasien mengatakan jika sakit selalu kedokter dan fasillitas kesehatan, pasien juga mengatakan merasa bingung dengan dirinya yang bisa mengalami penyakit apendisitis.

b) Pola nutris-metabolik

Sebelum sakit: pasien mengatakn makan 3x1 dalam hari dengan porsi 1 piring di habiskan 6-8 sendok, pasien makan dengan menu seperti nasi, ikan, daging ayam, sayuran hijau, buah-buahan, kadang lauk tempe, tahu, telur. Pasien biasanya minum 5-6 gelas per hari (1200cc). Pasien juga mengatakan sering makan-makanan yang cepat saji seperti mie biasanya 4x dalam 5 hari sekali.

Saat sakit: pasien mengatakan nafsu makannya menurun, pasien makan-makanan yang lunak dari rumah sakit seperti bubur, telur, dan pasien makan 3 kali dalam sehari dengan porsi yang ditentukan dari rumah sakit. BB pasien 72,4 kg, TB: 178cm, IMT: 22,4 (berat badan normal)

c) Pola eliminasi

Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi padat tapi tidak keras, tidak ada keluhan saat BAB, pasien juga mengatakan BAK 5-7 kali/hari warna kuning, tidak ada keluhan saat BAK

Saat sakit: pasien mengatakan 4x1 hari warna kemerahan, bau, jumlah 1 hari 100-200cc/ hari. BAK 1X konsisten keras keluar sedikit- sedikit, warna agak kekuningan.

d) Pola aktivitas

Sebelum sakit: pasien mengatakan aktivitasnya sehari-hari di lakukan secara mandiri. Seperti makan minum, mandi, berpakaian, toileting, bekerja d luar rumah dilakukan secara mandiri.

Saat sakit: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga. Seperti makan minum.lap basah, duduk d tempat tidur.

e) Pola kognitif dan persepsi

Pasien mengatakan memahami dengan penyakit yang dialami saat ini tentang penyakit apendisitis.

f) Pola persepsi dan konsep diri

1. Citra diri (*body image*) : pasien mengatakan merasa dirinya mengalami perubahan fisik karena pasien sekarang merasakan ada luka operasi pada tubuhnya d bagian abdomen

2. Identitas diri: pasien mengatakan dirinya adalah kepala keluarga, beragama Islam, mempunyai peran aktif dilingkungan sosial seperti mengikuti kegiatan di Masjid, dan selalu bersosialisasi dengan tetangga dan kerabat.
3. Harga diri: pasien mengatakan saat sakit dirinya masih di terima baik oleh keluarga dan kerabatnya
4. Peran dan fungsi: Pasien mengatakan dirinya adalah kepala keluarga dan bekerja untuk memenuhi kebutuhan keluarga sehari-hari, tetapi saat sakit pasien tidak bisa bekerja dan membantu istrinya.

D. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit: pasien mengatakan tidur malam mulai dari jam 10:00 WITA terbangun jam 05:00 WITA

Saat sakit: pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak pasien mengatakan tidur dari jam 9 malam terbangun jam 1 kemudian tidur kembali dan terbangun jam 4 karena pasien merasa nyeri.

E. Pola peran-hubungan

Pasien adalah seorang kepala keluarga, pasien juga mempunyai hubungan yang baik dengan anggota keluarganya pasien juga memiliki hubungan baik dengan lingkungan, baik tetangga teman ataupun keluarga

F. Pola seksual reproduksi

Pasien mengatakan saat sakit tidak melakukan hubungan seksual dengan istri, pasien adalah kepala keluarga mempunyai istri dan 1 orang anak.

J) Pola toleransi stress-koping

Sebelum sakit: pasien dan keluarga mengatakan jika pasien mengalami masalah selalu berbicara pada istri dan anak-anaknya

Saat sakit: pasien mengatakan pasien selalu menceritakan semuanya pada istrinya masalah yang dihadapinya

k) Pola nilai kepercayaan

keluarga mengatakan pasien beragama islam dan rajin sholat ke masjid untuk beribadah.

4) Pemeriksaan Fisik

a) keadaan umum: baik, kesadaran: composmentis, GCS: E:4, V:5, M:5:14

b) Tanda-tanda vital:TD:121/70 mmHg, N:84x/m, SpO2: 97%, RR:22x/m, S:37,1

c) Berat badan BB:72kg, TB:178 kg, IMT:22,4 (berat badan normal)

d) Keadaan fisik (inspeksi,palpasi,perkusi,auskultasi)

1) Kepala:

Inspeksi: bentuk kepala normal, tampak bersih, rambut warna hitam, banyak tekstur halus, kulit kepala bersih tidak ada lesi.

Palpasi: nyeri tekan tidak ada, bengkak tidak ada.

2) Mata

Inspeksi: kedua mata simteris kiri dan kanan, skeleramata warna putih, tidak ada kelainan penglihatan konjungtiva tidak anemis, pupil isokor, reflex pupil terhadap cahaya baik dan tidak ada penggunaan alat bantu melihat, terdapat konjungtiva mata wajah tampak pucat.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

3) Telinga

Inspeksi: bentuk simteris, tidak ada serumen, tidak ada alat bantu dengar.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

4) Hidung

Inspeksi: bentuk hidung normal, tidak ada napas cuping hidung, tidak ada pilek.

Palpasi: nyeri tekan tidak ada.

5) Mulut

Inspeksi: gigi lengkap, gigi bersih, putih, mukosa bibir kering lidah tidak kotor.

6) Leher

Inspeksi: tidak ada lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

7) Dada

Paru-paru:

Inspeksi: bentuk simetris, tidak ada retraksi dinding dada
frekuensi pernapasan 22x/m

Palpasi: tidak ada nyeri dada saat ditekan.

Auskultasi: bunyi napas vasikuler

Jantung:

Inspeksi: tidak ada pulpasi atau gerakan yang tidak wajar

Palpasi: tidak ada thrill (getaran halus menandakan murmur keras)

Auskultasi: bunyi jantung S1 dan S2 bunyi lub-dub

8) Abdomen

Inspeksi: terdapat ada luka operasi di bagian bawah pusar,

Palpasi: terdapat ada nyeri tekan pada abdomen

Auskultasi: terdapat bunyi bising usus hiperaktif biasanya 5-30x/m

Perkusi: tymphani

9) Integument

Inspeksi: kulit berminyak, terdapat ada luka operasi pada bagian abdomen

Palpasi: CRT3<dtk tugor kulit elastis

10) Ekstremitas

Atas:

Inspeksi: tidak ada edema pada tangan kiri dan kanan, terdapat pasang infus RL20Tpm di tangan sebelah kanan

Palpasi: akral hangat, tugor kulit elastis CRT3<dtk tidak ada nyeri tekan.

Bawah:

Inspeksi: tidak ada edema pada kaki kiri dan kanan, tidak ada varises.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

11) Neorologis

P: pasien mengatakan nyeri pada lukaoperasi

Q: nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk

R: nyeri dibagian abdomen di bawah pusar

S: skala nyeri 4

T: nyeri dirasakan hilang muncul selama 1-2 menit.

5) Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 2.1. Hasil Pemeriksaan LAB (tanggal, 04, 07, 2025)

| PARAMETERS | | | REFERENCE RANGE |
|------------|--------|-----------------------|-----------------|
| WBC | 11.70+ | [10 ³ /uL] | (3.80-10.60) |
| LYMPH# | 1.89 | [10 ³ /uL] | (1.00- 3.70) |
| MONO# | 0.78+ | [10 ³ /uL] | (0.00-0.70) |
| EO# | 0.06 | [10 ³ /uL] | (0.00-0.40) |
| BASO# | 0.03 | [10 ³ /uL] | (0.00-0.10) |
| NEUT# | 8.94+ | [10 ³ /uL] | (1.50-7.00) |
| LYMPH% | 16.2- | [%] | (25.0-40.0) |
| MONO% | 6.7 | [%] | (2.0-8.0) |
| EO% | 0.5- | [%] | (2.0-4.0) |
| BASO% | 0.3 | [%] | (0.0-1.0) |
| NEUT% | 76.3+ | [%] | (50.0-70.0) |
| IG# | 0.02 | [10 ³ /uL] | (0.00-7.00) |

| | | | |
|--------|------|-----------------------|--------------|
| IG% | 0.2 | [%] | (0.0-72.0) |
| RBC | 4.98 | [10 ⁶ /uL] | (4.40-5.90) |
| HGB | 13.4 | [g/dL] | (13.2-17.3) |
| HCT | 40.4 | [%] | (40.0-52.0) |
| MCV | 81.1 | [fL] | (80.0-100.0) |
| MCH | 26.9 | [Pg] | (26.0-34.0) |
| MCHC | 33.2 | [g/dL] | (32.0-36.0) |
| RDW-SD | 37.8 | [fL] | (37.0-54.0) |
| RDW-CV | 12.5 | [%] | (11.5-14.5) |
| PLT | 187 | [10 ³ /uL] | (150-450) |
| MPV | 10.3 | [fL] | (9.0-13.0) |
| PCT | 0.19 | [%] | (0.17-0.35) |
| PDW | 12.8 | [fL] | (9.0-17.0) |
| P-LCR | 28.0 | [%] | (13.0-43.0) |

Tabel 2.2. Hasil Pemeriksaan LAB (tanggal, 05-07-2025)

| PEMERIKSAAN | HASIL | SATUAN | NILAI RUJUKAN |
|-----------------|-------|--------|---------------|
| CREATININ | 1.10 | mg/dL | 0.67-1.17 |
| Glukosa sewaktu | 103 | mg/dL | 70-140 |
| SGOT/AST | 14.3 | u/L | 0-35 |
| SGPT/ALT | 27.1 | u/L | 4.36 |
| Ureum | 12.1 | mg/dL | 10-50 |

| No. | Nama obat | Indikasi |
|-----|-------------------------|--|
| 01 | Paracetamol 3x1gr | Untuk meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit seperti dengue tifoid dan ISK |
| 02 | Ceftriaxone 2x1gr | Untuk mengatasi infeksi bakteri gram negatif maupun gram positif |
| 03 | Omeprazol 2x40mg | Obat ini diindikasikan untuk tukak lambung dan tukak duodenum |
| 04 | Tramadol ampul 3x1mg | 1 Seperti pada trauma, pasca-operasi, nyeri otot-skeletal sedang hingga berat Contoh: pasca-ampendektomi, pasca-orthopedi, atau nyeri pasca persalinan. Kadang digunakan off-label untuk nyeri saraf seperti pada diabetic neuropathy. |
| 05 | Metronidazole | Untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Obat ini termasuk dalam kelompok antibiotik |
| 06 | Ondansetron 3x4mg | Adalah obat keras yang digunakan untuk mencegah dan mengobati mual dan muntah akibat kemoterapi atau setelah operasi |

| | | |
|----|------------------|--|
| 07 | Maxigefic 3x1/lv | Untuk mengatasi nyeri otot (musculoskeletal pain), seperti: Nyeri punggung Cedera otot Tension headache Nyeri pascaoperasi |
|----|------------------|--|

6) Tabulasi Data

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien Tn. N. A maka di gambarkan sebagai berikut: Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi abdomen di bawah pusar. Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi di bawah pusar. Pasien juga mengatakan mual, pusing, perut kembung nyeri pada abdomen bagian luka operasi dn pasien mengatakan muntah 2x. Pasien juga mengatakan sering makan makanan yang cepat saji seperti mie. Pasien juga mengatakan makan mie biasanya 4x dalam 5 hari. Saat sakit: pasien mengatakan pada saat sakit nafsu makan menurun pasiennhnya bisa minum air, tidak mampu makan makanan lain, pasien juga mengatakan dari rumah sakit di suruh untuk berpuasa karena mau manjalankan operasi setelah selesai operasi pasien tidak diperbolehkan minum setelah 4-8 jam puasa. Setelah itu pasien disarankan makan makanan yang lunak seperti bubur dan telur saja, makan 3x1 hari dengan porsi yang ditentukan dari rumah sakit. Saat sakit: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu seperti makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah, dibantu oleh keluarga. Saat sakit: pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak pasien mengatakan tidur dari jam 9 malam terbangun jam 1 kemudian tidur kembali dan terbangun jam 4 karena pasien merasa nyeri. TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, SpO2:97%, RR:22x/m, S:37,1c, BB: 72kg, TB:178cm, mukosa

bibir kering, terdapat luka operasi, tampak lemah, akral hangat, wajah Nampak meruh P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di bawah pusar Q: nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk R: nyeri dibagian abdomen di bawah pusar S: skala nyeri 4 T: nyeri dirasakan selama 1 menit, aktivitas makan minum, berpakaian, lap basah, di bantu di tempat tidur. WBC 11.0+, MONO# 0.78 NEUTE% 76.3.

7) Klasifikasi Data

DS: Pasien mengatakan nyeri pada area luka operasi di bawah pusar. Pasien juga mengatakan mual, pusing, perut kembung nyeri pada abdomen bagian luka operasi dan pasien mengatakan muntah 2x. Pasien juga mengatakan sering makan makanan yang cepat saji seperti mie. Pasien juga mengatakan makan mie biasanya 4x dalam 5 hari. Saat sakit: pasien mengatakan pada saat sakit nafsu makan menurun pasiennhnya bisa minum air, tidak mampu makan makanan lain, pasien juga mengatakan dari rumah sakit di suruh untuk berpuasa karena mau menjalankan operasi setelah selesai operasi pasien tidak diperbolehkan minum setelah 4-8 jam puasa. Setelah itu pasien disarankan makan makanan yang lunak seperti bubur dan telur saja, makan 3x1 hari dengan porsi yang ditentukan dari rumah sakit. Saat sakit: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu seperti makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah, dibantu oleh keluarga. Saat sakit: pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak pasien mengatakan tidur dari jam 9

malam terbangun jam 1 kemudian tidur kembali dan terbangun jam 4 karena pasien merasa nyeri

DO: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c, BB: 72kg, TB:178cm IMT:22,7, mukosa bibir kering, terdapat luka operasi, tampak lemah, akral hangat, wajah Nampak merinhgis P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di bawah pusar Q: nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk R: nyeri dibagian abdomen di bawah pusar S: skala nyeri 4 T: nyeri dirasakan 1-2 menit, hilang muncul., aktivitas makan minum, berpakaian, lap basah, di bantu di tempat tidur. WBC 11.0+, MONO# 0.78 NEUTE% 76.3.

8). Analisa Data

| | Sign And Sympton | Etiologi | Problem |
|---|---|---|---------------------------------|
| 1 | <p>DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi</p> <p>DO: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c merinhgis P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di bawah pusar Q: nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk R: nyeri dibagian abdomen di bawah pusar S: skala nyeri 4 T: nyeri dirasakan 1-2 menit, hilang muncul.</p> | <p>Agen pencedera fisik (mis: proses operasi)</p> | <p>Nyeri akut</p> |
| 2 | <p>DS: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu: seperti makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah, dibantu oleh istrinya.</p> <p>DO: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c tampak lemah, tampak pucat</p> | <p>Nyeri</p> | <p>Gangguan mobilitas fisik</p> |

| | | | |
|---|--|---|------------------------|
| 3 | DS: pasien mengatakan gatal pada area luka operasi DO: area luka pasien tampak kemerahan, TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c WBC 11.70+,MONO# 0.78,NEUT#8.94,NEUT%76.3 | Efek prosedur invasive | Risiko infeksi |
| 4 | DS: Pasien mengatakan mual,pusing,perut kembung, pasien mengatakan muntah 2 DO: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c, BB: 72kg,TB:178cm IMT:22,7, mukosa bibir kering, tampak pucat, | Faktor psikologis (keenganan untuk makan) | Risiko defisit nutrisi |
| 5 | DS: pasien juga mengatakan sering makan makanan yang cepat saji seperti mie.pasien juga mengatakan makan mie biasanya 4x dalam 5 hari DO: pasien tampak gelisah dan bingung | Kurang terpapar informasi | Defisit pengetahuan |

b. Diagnose Keperawatan

Hasil studi kasus pada Tn. N. A dengan diagnose medis Apendisitis Post Apendektomi dri rungan perawatan bedah. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn N.A adalah

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (mis. Prosedur operrasi) di tandai dengan data:

Data Subjektif: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi

Data Objektif: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m,

S:37,1c merinhgis P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di

bawah pusar Q: nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk R: nyeri dibagian abdomen di bawah pusar S: skala nyeri 4 T: nyeri dirasakan selama 1-2 menit, hilang muncul.

2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan data:

DS: Saat sakit: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu: seperti makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah, dibantu oleh istrinya.

DO: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c tampak lemah, tampak pucat.

3) Risiko deisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (mis. Keenganan untuk makan)

DS: Pasien mengatakan mual, pusing, perut kembung, pasien mengatakan muntah 2x.

DO:., TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c, mukosa bibir kering, tampak pucat,

4) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive ditandani dengan data:

DS: pasien mengatakan gatal pada area luka operasi

DO: area luka pasien tampak kemerahan, KU: baik, kesadaran: composmentis, GCS: E4, V5, M5:14, TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c, WBC 11.70+, MONO# 0.78, NEUT#8.94, NEUT% 76.3

5) Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai

dengan data:

DS: pasien mengatakan saat sakit tidurnya tidak nyenyak pasien mengatakan tidur dari jam 9 malam terbangun jam 1 kemudian tidur kembali dan terbangun jam 4 karena pasien merasa nyeri.

DO: pasien Nampak pucat, lemas, mata kemerahan.

6) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi ditandai dengan data:

DS: pasien juga mengatakan sering makan makanan yang cepat saji seperti mie. pasien juga mengatakan makan mie biasanya 4x dalam 5 hari

DO: pasien tampak gelisah dan bingung

b. Intervensi Keperawatan

Sebelum menentukan intervensi keperawatan perawat harus menentukan prioritas masalah, ini bertujuan agar perawat dapat mengatasi masalah yang mengancam nyawa, mengancam kesehatan dan mengancam tumbuh kembang.

c. Prioritas masalah:

- 1) Nyeri akut
- 2) Gangguan mobilitas fisik
- 3) Risiko defisit nutrisi
- 4) Risiko infeksi
- 5) Defisit pengetahuan

a. Nyeri akut

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil

- 1) keluhan nyeri menurun (5)
- 2) meringis menurun(5)
- 3) sikap proaktif menurun(5)
- 4) Kesulitan tidur menurun (5)

Intervensi

(Manajemen Nyeri)

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.

Rasional: Mengidentifikasi berbagai aspek nyeri sangat penting untuk memahami sifat dan penyebab nyeri yang dialami pasien

- 2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Skala nyeri adalah alat yang digunakan untuk mengukur sejauh mana pasien merasa nyeri, yang memungkinkan tenaga medis untuk menentukan tingkat keparahan nyeri

- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal

Rasional: Mengidentifikasi respons nyeri non-verbal memungkinkan tenaga medis untuk mengenali nyeri yang tidak

dapat dijelaskan secara verbal dan untuk merespons dengan tindakan pengobatan yang tepat.

- 4) Menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang.

Terpautik

- 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik napas dalam)

Rasional: menyarankan pasien untuk melakukan teknik napas dalam dan teknik imajinasi untuk mengurangi nyeri

- 6) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (pencahayaan, kebisingan)

Rasional: Lingkungan yang tidak nyaman, seperti suhu ruangan yang terlalu panas atau dingin, pencahayaan yang terlalu terang, atau kebisingan yang mengganggu, dapat meningkatkan persepsi nyeri dan menyebabkan pasien merasa lebih tidak nyaman.

- 7) Menciptakan lingkungan yang membuat pasien nyaman

fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: memastikan pasien mendapatkan istirahat yang cukup membantu mengurangi persepsi nyeri, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan proses penyembuhan secara keseluruhan.

Edukasi

8) jelaskan penyebab nyeri

Rasional: Nyeri adalah sinyal yang dikirimkan oleh tubuh untuk memberi peringatan adanya kerusakan atau gangguan pada tubuh

9) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional: strategi meredakan nyeri bertujuan untuk mengurangi ketidaknyamanan dan meningkatkan kualitas hidup pasien

10) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional: memonitor nyeri secara mandiri memungkinkan pasien untuk mengidentifikasi intensitas dan karakteristik nyeri mereka secara objektif

11) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

Rasional: teknik ini sering kali berfokus pada relaksasi, perbaikan suasana hati, dan pengalihan perhatian dari nyeri.

Kolaborasi

12) kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: untuk mengurangi nyeri

b. Gangguan mobilitas fisik

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

2) Pergerakan ekstremitas meningkat (5)

3) Kekuatan otot meningkat (5)

4) Rentang gerak sendi (rom) meningkat (5)

Intervensi keperawatan

(Dukungan mobilisasi)

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: Mengetahui adanya nyeri pada pasien

- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: mengetahui toleransi fisik pada pasien

- 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Rasional: Memantau kondisi umum pasien saat mobilisasi sangat penting untuk memastikan bahwa pasien tidak mengalami komplikasi atau ketidaknyamanan yang lebih lanjut

Terapeutik

- 4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (Pagar tempat tidur)

Rasional: Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien sangat penting untuk menentukan tindakan perawatan yang tepat. Dengan mengidentifikasi nyeri, kita dapat menilai sejauh mana nyeri mempengaruhi mobilitas dan kenyamanan pasien

5) Fasilitasi melakukan pergerakan

Rasional: Mengidentifikasi toleransi fisik pasien terhadap pergerakan membantu mengetahui sejauh mana pasien mampu beraktivitas tanpa menimbulkan kelelahan atau ketidaknyamanan.

6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional: Keluarga dapat membantu pasien dengan cara memberikan dorongan emosional, mengingatkan pasien untuk melakukan latihan fisik secara rutin, serta memfasilitasi aktivitas fisik yang dapat dilakukan bersama
Edukasi

7) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Rasional: Prosedur mobilisasi yang benar penting untuk mengurangi risiko cedera, mencegah ketidaknyamanan lebih lanjut, serta memastikan pemulihan yang aman dan efektif

8) Anjurkan mobilisasi dini

Rasional: Mobilisasi dini memiliki banyak manfaat, seperti mempercepat pemulihan, mengurangi risiko komplikasi akibat imobilisasi

9) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Rasional: Mengajarkan mobilisasi sederhana memberikan pasien kontrol atas tubuh mereka, mengurangi rasa takut atau cemas, serta memperkuat otot-otot tubuh

C. Risiko defisit nutrisi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Porsi makan yang dihabiskan membaik(5)
- 2) Berat badan membaik(5)
- 3) Indeks massa tubuh (IMT) membaik (5)

Intervensi

(Manajemen nutrisi)

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi

Rasional: Status nutrisi merupakan kondisi kesehatan seseorang yang dipengaruhi oleh asupan dan penggunaan zat gizi. Dengan mengidentifikasi status nutrisi perawat dapat menilai kesehatan umum dan mencegah komplikasi seperti malnutrisi atau obesitas.

- 2) Identifikasi alergi dan toleransi makanan

Rasional: Mengetahui alergi yang di rasakan klien

- 3) Identifikasi makanan yang disukai
Dapat membantu pola makan klien
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
Rasional: Memastikan asupan kalori dan nutrisi mendukung fungsi tubuh yang tepat
- 5) Monitor asupan makanan
Rasional: Mengetahui asupan makanan yang dihabiskan oleh klien
- 6) Monitor berat badan
Rasional: Mengetahui berat badan klien
- 7) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
Rasional: Mengetahui perkembangan kondisi klien
Terapeutik
- 8) Lakukan oral higiene sebelum makan, jika perlu
Rasional: Meningkatkan nafsu makan klien
- 9) Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai
Rasional: Makanan yang menarik dan suhu yang tepat dapat meningkatkan daya tarik klien untuk makan yang banyak
- 10) Berikan makanan tinggi kalori tinggi protein
Rasional: Memperbaiki protein klien
Edukasi
- 11) Anjurkan posisi duduk jika mampu
Rasional: Melakukan pemulihan

12) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional: Dengan mematuhi diet yang diprogramkan untuk membantu pemulihan lebih cepat

Kolaborasi

13) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan jika perlu

Rasional: Makanan yang seimbang dapat meningkatkan keseimbangan nutrisi tubuh

d. Risiko infeksi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi meningkat dengan kriteria hasil:

- 2) Kerusakan jaringan menurun (5)
- 3) Kerusakan kulit menurun (5)
- 4) Kemerahan menurun (5)
- 5) Perdarahan menurun (5)

Intervensi keperawatan

(Perawatan luka)

Observasi

- 1) Monitor karakteristik luka (Drainase, warna, ukuran, bau)

Rasional: Pemantauan karakteristik luka secara teratur memungkinkan intervensi dini jika terjadi perubahan yang mencurigakan, sehingga dapat mencegah komplikasi lebih lanjut dan mempercepat proses penyembuhan.

2) Monitor tanda-tanda infeksi

Rasional: mendeteksi adanya perubahan atau gejala yang dapat menunjukkan infeksi sejak dini

Terapeutik

3) lepaskan balutan plaster secara perlahan

Rasional: mencegah kerusakan pada kulit yang masih sensitif atau kulit yang baru sembuh

4) Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih nontoksik, sesuai ketentuan

Rasional: Cairan nacl (saline) adalah pembersih yang aman dan tidak toksik untuk luka. Saline membantu mengangkat kotoran dan mikroorganisme dari luka tanpa menyebabkan iritasi pada jaringan yang sehat

5) Berikan salep yang sesuai kulit/lesi

Rasional: Salep yang sesuai membantu proses penyembuhan luka dengan memberikan perlindungan dari infeksi dan kelembapan yang diperlukan untuk pemulihan jaringan

6) Pasang balutan sesuai jenis kulit

Rasional: jenis balutan yang digunakan harus sesuai dengan kondisi luka dan jenis kulit pasien

7) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

Rasional: Teknik steril sangat penting untuk mencegah infeksi pada luka, terutama pada luka terbuka atau pasca-operasi

Edukasi

8) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Tanda dan gejala infeksi seperti: kemerahan, bengkak, pendarahan, nanah yang bau.

Rasional: mengetahui tanda dan gejala infeksi sangat penting untuk intervensi dini agar infeksi tidak menyebar lebih luas dan menyebabkan komplikasi serius, seperti sepsis

9) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein seperti telur, sayuran hijau, kacang-kacangan, tahu dan tempe, ikan, daging tanpa lemak seperti ayam dan sapi.

Rasional: makanan tinggi kalori dan protein mendukung proses penyembuhan tubuh, terutama dalam kondisi setelah luka atau pasca-operasi.

10) Ajarkan perawatan luka secara mandiri

Rasional: mengajarkan pasien untuk merawat lukanya secara mandiri adalah langkah penting dalam pemulihan dan pencegahan infeksi berulang

Kolaborasi

11) kolaborasi pemberian antibiotik

Rasional: untuk mengurangi nyeri

e. Defisit pengetahuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan defisit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil:

- 1) Perilaku sesuai anjurkan meningkat (5)
- 2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang masalah kesehatan meningkat (5)
- 3) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5)

Intervensi

Edukasi kesehatan

Observasi

4) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Rasional: kesiapan menerima informasi menjadi acuan apakah siap untuk menerima informasi secara mendalam.

5) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan

Rasional: materi menjadi acuan dalam pemberian edukasi kesehatan dan juga dapat diberikan dalam bentuk media yang mudah dipahami

6) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan

Rasional: jadwalkan pendidikan kesehatan yang sesuai dapat meningkatkan pemahaman dan meningkat pengetahuan bagi sasaran.

7) Berikan kesempatan untuk bertanya

Rasional: bertanya menjadi salah satu bentuk respon dari sasaran agar dapat menjadi tolak ukur apakah sasaran tersebut belum paham dan dapat membantu dalam memberikan penjelasan kepada sasaran.

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada Tn. N. A dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 5-7 Juli 2025 implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnose keperawatan.

a. Implementasi pada hari pertaman pada tanggal 5 juli 2025

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) Pukul 08:00 mengukur tekanan darah: 121/mmHg, N:84x/m, spo2:97%, RR:22x/m, S:37C, pukul 09:00 mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri: P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di bawah pusar Q: nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk R: nyeri dibagian abdomen di bawah pusar S: skala nyeri 4 T: nyeri dirasakan saat bergerak, pukul 09:30 mengidentifikasi respon

nyeri nonverbal dengan hasil: pasien tampak meringis, pukul 09:35 memberikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri dengan hasil: yaitu menyuruh pasien untuk melakukan teknik napas dalam dibuiat berulang kali hingga rasa nyeri berkurang. Pukul 09:40 mengontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil: memberitahu keluarga untuk membatasi jumlah pengunjung agar dapat mengurangi kebisingan yang memperberat nyeri, pukul 09:50 menganjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri yaitu dengan cara: teknik napas dalam. Pukul 10:00 berikan pemberian analgetik dengan hasil: paracetamol 1mg/IV, dan ibu profen 1 gr/IV.

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Pukul 09:00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil: pasien mengatakan ada luka operasi pada area abdomen di bawah pusar dan merasa nyeri saat bergerak. Pukul 10:00 memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) pasien mengatakan d tempat tidur ada penahan tempat tidur. Pukul 11:00 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil: pasien mengatakan keluarganya membantu dalam aktivitas, makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi di bantu, dan bangun dari tempat tidur dibantu oleh keluarganya. Pukul 12:00

menganjurkan mobilisasi dini dengan hasil: pasien mengatakan melakukan aktivitas dini seperti berpindah dari tempat tidur ke kursi.

- 3) Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keinginan untuk makan). Pukul 08:00 Identifikasi status nutrisi dengan hasil: pasien mengatakan nafsu makan menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari. Pukul 08:15 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan: pasien mengatakan pasien alergi terhadap makanan seafood. Pukul 08:20 Mengidentifikasi makanan yang disukai dengan hasil: pasien mengatakan menyukai makanan bakso. Pukul 08:30 Lakukan oral hygiene sebelum makan: Menganjurkan pada Tn N untuk melakukan oral hygiene/menggosok gigi sebelum makan. Pukul 09:00 Menganjurkan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang menarik dan dalam kondisi hangat. Pukul 09:15 Menganjurkan pada pasien untuk makan diet tinggi kalori dan protein seperti telur, ikan, dan buah alpukat. Pukul 09:20 menganjurkan pasien makan dalam posisi duduk.

- 4) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive. Pukul 09:00 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan istemik dengan hasil: memeriksa tanda dan gejala adanya nyeri tekan, kemerahan pada area luka, suhu 37,1C, nadi 84x/m. pukul 09:10 memberitahu pada keluarga pasien agar tidak terlalu sering mengunjungi pasien karena akan menyebabkan penularan penyakit dan bisa infeksi pada luka pasien. Pukul; 09:20 Meberikan perawatan luka dengan hasil: siapkan alat dan bahan kemudian dekatkan alat dan bahan pada pasien, kemudian membersihkan luka pasien dan lepaskan balutan luka yang lama dengan menggunakan kasa steril yang di basahi NaCl lap dengan satu arah, kemudian lap kering sambil mengecek luka pasien, kemudian balut kembali luka dengan kasa steril dan plaster dengan rapi. Pukul 10:00 menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil: menjelaskan kepada pasien dan keluarga pasien jika terjadi pendarah atau ada nanah, kemerahan, dan bengkak itu sudah terjadi infeksi pada luka dan harus segera di tangani. Pasien tidak boleh menyentuh area luka yang sudah d steril dan tetap menjaga kondisi luka.
- 5) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Pukul: 10:00 mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi dengan hasil: pasien mengatakan siap menerima informasi tentang masalah

kesehatan, pukul 10:15 mengidentifikasi motivasi hidup bersih dan sehat. Pukul 10:20 menyediakan pendidikan kesehatan dengan hasil: menyiapkan leaflet tentang penyakit Apendisitis, menjelaskan kepada pasien tentang pengertian, tanda gejala, faktor penyebab dan penanganan tentang penyakit Apendisitis. Pukul: 10:30 memberikan pasien dan keluarga kesempatan untuk bertanya.

b. Implementasi hari ke dua pada tanggal 6 juli 2025

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) Pukul 08:00 mengukur tekanan darah: 130/mmHg, N:86x/m, spo2:97%, RR:22x/m, S:37C, pukul 08:15 mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri: P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di bawah pusar Q: nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk R: nyeri dibagian abdomen di bawah pusar S: skala nyeri 2 T: nyeri dirasakan saat bergerak, pukul 08:20 mengidentifikasi respon nyeri nonverbal dengan hasil: pasien tampak meringis, pukul 08:30 memberikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri dengan hasil: yaitu menyuruh pasien untuk melakukan teknik napas dalam dibuiat berulang kali hingga rasa nyeri berkurang. Pukul 09:00 mengontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil: memberitahu keluarga untuk membatasi jumlah pengunjung

agar dapat mengurangi kebisingan yang memperberat nyeri, pukul 09:15 menganjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri yaitu dengan cara: teknik napas dalam. Pukul 09:20 kolaborasi pemberian analgetik dengan hasil: paracetamol 1mg/IV, dan ibu profen 100ml/IV.

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri. Pukul 09:00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil: pasien mengatakan ada luka operasi pada area abdomen di bawah pusar dan merasa nyeri saat bergerak. Pukul 10:00 memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) pasien mengatakan di tempat tidur ada penahan tempat tidur. Pukul 11:00 melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan dengan hasil: pasien mengatakan keluarganya membantu dalam aktivitas, makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi di bantu, dan bangun dari tempat tidur dibantu oleh keluarganya. Pukul 12:00 menganjurkan mobilisasi dini dengan hasil: pasien mengatakan melakukan aktivitas dini seperti berpindah dari tempat tidur ke kursi.
- 3) Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keenganan untuk makan). Pukul 08:00 Identifikasi status nutrisi dengan hasil: pasien mengatakan nafsu makan menurun/berkurang makan 3 kali sehari dalam sekali makan

hanya mampu menghabiskan 2-3 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari. Pukul 08:15 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan: pasien mengatakan pasien elergi terhadap makanan seafood. Pukul 08:20 Mengidentifikasi makanan yang disukai dengan hasil: pasien mengatakan menyukai makanan bakso. Pukul 08:30 Lakukan oral hygiene sebelum makan: Menganjurkan pada Tn N.A untuk melakukan oral hygiene/menggosok gigi sebelum makan. Pukul 09:00 Menganjurkan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang menarik dan dalam kondisi hangat. Pukul 09:15 Menganjurkan pada pasien untuk makan diet tinggi kalori dan protein seperti telur, ikan, dan buah alpukat. Pukul 09:20 menganjurkan pasien makan dalam posisi duduk.

- 4) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive. Pukul 09:00 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan istemik dengan hasil: memeriksa tanda dan gejala adanya nyeri tekan,kemerahan pada area luka, suhu 37,1C, nadi 84x/m. pukul 09:10 memberitahu pada keluiarga pasien agar tidak terlalu sering mengunjungi pasien karena akan menyebabkan penularan penyakit dan bisa infeksi pada luka pasien. Puku; 09:20 Meberikan perawatan luka dengan hasil: siapkan alat

dan bahan kemudian dekatkan alat dan bahan pada pasien, kemudian membersihkan luka pasien dan lepaskan balutan luka yang lama dengan menggunakan kasa steril yang di basahi Nacl lap dengan satu arah, kemudian lap kering sambil mengecek luka pasien, kemudian balut kembali luka dengan kasa steril dan plaster dengan rapi. Pukul 10:00 menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil: menjelaskan kepada pasien dan keluarga pasien jika terjadi pendarah atau ada nanah, kemerahan, dan bengkak itu sudah terjadi infeksi pada luka dan harus segera di tangani.

c. Implementasi hari ke tiga pada tanggal 7 Juli 2025

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) pukul 08:00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dengan hasil: pasien mengatakan nyeri nyeri di luka operasi sudah berkurang skala nyeri 3 ringan. Pukul 08:15 menganjurkan pasien untuk memonitor nyeri secara mandiri dengan hasil: jika pasien masih merasa nyeri maka lakukan teknik napas dalam lakukan sampai berulang kali hingga rasa nyeri berkurang.
- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pukul 09:00 mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pukul 09:10

menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil: pasien mengatakan pada saat ini pasien bisa bangun sendiri makan minum sendiri, berpakaian sendiri, sudah mulai berjalan sendiri.

- 3) Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keinginan untuk makan). Pukul 09:30 mengidentifikasi status nutrisi dengan hasil: pasien mengatakan nafsu makan sudah membaik makan 3 kali sehari dalam sekali makan hanya mampu menghabiskan 4-5 sendok makan yang disajikan dengan konsistensi lunak dan jenis makanan diet tinggi kalori dan protein seperti bubur, sayuran hijau, telur, daging, minum 7-8 gelas/hari. Lakukan oral hygiene sebelum makan: Menganjurkan pada Tn N.A untuk melakukan oral hygiene/menggosok gigi sebelum makan. Pukul 09:00 Menganjurkan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang menarik dan dalam kondisi hangat. Pukul 09:15 Menganjurkan pada pasien untuk makan diet tinggi kalori dan protein seperti telur, ikan, dan buah alpukat. Pukul 09:20 menganjurkan pasien makan dalam posisi duduk.
- 4) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive. Pukul 09:00 memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan istemik dengan hasil: memeriksa tanda dan gejala adanya nyeri tekan, kemerahan pada area luka, suhu 37,1C, nadi 84x/m.

pukul 09:10 memberitahu pada keluarga pasien agar tidak terlalu sering mengunjungi pasien karena akan menyebabkan penularan penyakit dan bisa infeksi pada luka pasien. Pukul; 09:20 Meberikan perawatan luka dengan hasil: siapkan alat dan bahan kemudian dekatkan alat dan bahan pada pasien, kemudian membersihkan luka pasien dan lepaskan balutan luka yang lama dengan menggunakan kasa steril yang di basahi NaCl lap dengan satu arah, kemudian lap kering sambil mengecek luka pasien, kemudian balut kembali luka dengan kasa steril dan plaster dengan rapi. Pukul 10:00 menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil: menjelaskan kepada pasien dan keluarga pasien jika terjadi pendarah atau ada nanah, kemerahan, dan bengkak itu sudah terjadi infeksi pada luka dan harus segera di tangani.

F. Mengidentifikasi kesiapan dan Evaluasi Keperawatan

Evaluasi hari pertama pada tanggal 5 juli 2025 **diagnosa 1:** evaluasi yang dilakukan S: Tn. N. A Mengatakan masih merasakan nyeri, O: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, SPO2: 99%, RR:22x/m, S:36c, wajah Nampak meringis skala nyeri 4, nyeri saat bergerak A: Masalah nyeri akut belum tertasi, P: intervensi dilanjutkan 1-3. **Diagnosa 2** Evaluasi yang dilakukan S: Tn. N. A Mengatakan Saat sakit: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu: seperti makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah, dibantu oleh

istrinya. O: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c tampak lemah, tampak pucat. A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, P: intervensi dilanjutkan 1-6

Diagnosa 3 evaluasi yang dilakukan S: Tn. N. A Mengatakan belum ada nafsu makan karena masih terasa mual dan pusing. O: wajah Nampak pucat, mukosa bibir kering. A: masalah risiko defisit nutrisi teratasi, P: intervensi keperawatan dilanjutkan 1-6.

Diagnosa 4 evaluasi yang dilakukan S: Tn. N. A mengatakan gatal-gatal pada area luka operasi, O: luka pasien kemerahan, bengkak, tampak meringis A: masalah risiko infeksi sebagian teratasi, P: intervensi dilanjutkan 1-6.

Diagnosa 5

S: Pasien dan keluarga mengatakan sudah paham tentang masalah kesehatan yang dialami pasien yaitu penyakit apendisitis

O: Pasien dan keluarga sangat antusias mendengarkan penjelasan, pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyakit Apendistis dan perawatan luka di rumah.

A: Masalah defisit pengetahuan teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan 1-2

I: pukul 10.00 menyediakan pendidikan kesehatan dengan hasil: menyiapkan leaflet tentang penyakit Apendisitis, menjelaskan kepada pasien tentang pengertian, tanda gejala, faktor penyebab dan

penanganan tentang penyakit Apendisitis. Pukul: 10:15 memberikan pasien dan keluarga kesempatan untuk bertanya.

E: Pasien dan keluarga mengatakan sudah paham tentang masalah kesehatan yang dialami pasien yaitu penyakit apendisitis yaitu pengertian, tanda gejala, faktor penyebab, dan penanganan. Tetap menjaga pola makan yang baik.

Evaluasi hari kedua pada tanggal 6 Juli 2025 **diagnosa 1:** evaluasi yang dilakukan S: Tn. N. A Mengatakan masih merasakan nyeri, O: TD: 130/78 mmHg, N:76x/m, SPO2: 99%, RR:22x/m, S:36c, wajah Nampak meringis skala nyeri 3, nyeri saat bergerak A: Masalah nyeri akut sebagian tertasi, P: intervensi dilanjutkan 1-3. **Diagnosa 2** Evaluasi yang dilakukan S: Tn. N. A Mengatakan Saat sakit: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu: seperti makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah, dibantu oleh istrinya. O: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c tampak lemah, tampak pucat. A: Masalah gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi, P: intervensi dilanjutjan 1-6 **Diagnosa 3** evaluasi yang dilakukan S: Tn. N. A Mengatakan belum ada nafsu makan karena masih terasa mual dan pusing. O: wajah Nampak pucat, mukosa bibir kering. A: masalah risiko defisit nutrisi teratasi, P: intervensi dioertahankan 1-6. **Diagnosa 4** evaluasi yang dilakukan S: Tn. N. A mengatakan gatal-gatal sudah berkurang O: luka pasien kemerahan berkurang, bengkak

berkurang,tampak meringis A: masalah risiko infeksi belum teratasi, P: intervensi dipertahankan1-6.

G. Catatan perkembangan

1. Diagnosa pertama

S: Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka operasi

O : Ekspresi meringis berkurang, skala nyeri 2, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri saat batuk berkurang, TD : 128/70mmHg, N : 84×/m, S : 36,6°C, rr : 24×/m, Spo2 : 98%.

A: Masalah nyeri akut teratasi

P: Intervensi dilanjutkan 1-4

I: Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut antara lain: Pukul 10.00 Mengkaji ulang lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dengan hasil: nyeri dada saat batuk berkurang, skala nyeri 2. Pukul 10.15 Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal dengan hasil: ekspresi rileks. Pukul 10.20 Memberikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri dengan hasil: yaitu tarik napas dalam. Pukul 10.30 Mengajarkan pada Tn L untuk memonitor nyeri secara mandiri yaitu dengan cara tarik napas dalam. Pukul 11.00 melayani injeksi paracetamol 1gr/IV.

E : Pasien mengatakan merasa nyeri pada luka operasi berkurang, Ekspresi meringis berkurang, skala nyeri 2, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk, nyeri saat batuk berkurang, TD :

128/70mmHg, N : 84×/m, S : 36,6°C, rr : 24×/m, Spo2 : 98%
masalah nyeri akut sebagian tertasi.

2. Diagnosa kedua

S: Pasien mengatakan saat sakit aktivitasnya Saat sakit: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu: seperti makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah, dibantu oleh istrinya.

O: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, Spo2:97%, RR:22x/m, S:37,1c
tampak lemah, tampak pucat.

A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi,

P: intervensi dilanjutjan 1-6

I: mengidentifikasi ulang adanya nyeri atau keluhan fisiknya
dengan hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, pukul
09:10 menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
dengan hasil: pasien mengatakan pada saat ini pasien bisa bangun
sendiri makan minum sendiri, berpakaian sendiri, sudah mulai
berjalan sendiri.

E: Keluarga dan pasien mengatakan pada saat ini pasien bisa
bangun sendiri makan minum sendiri, berpakaian sendiri, sudah
mulai berjalan sendiri. TD: 128/70mmHg, N: 96×/m, S: 36,6°C, RR:
24×/m, Spo2: 98% masalah gangguan mobilitas fisik tertasi.

3. Diagnosa ketiga

S: Pasien mengatakan nafsu makan bertambah makan 3 kali sehari dalam sekali makan mampu menghabiskan setengah porsi makan yang disajikan

O: 1 porsi makan dihabiskan setengah porsi makan, Nampak membaik.

A: Masalah defisit nutrisi teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan 1-5

I: Pukul 14.30 Melayani makan minum pasien. Pukul 14.31 Memonitor asupan makan pasien dengan hasil: 1 porsi makan pasien mampu menghabiskan setengah porsi. Pukul 14.32 Menganjurkan pasien tetap diet tinggi kalori dan protein dengan hasil: seperti sayuran hijau, putih telur, daging, ikan. Pukul 14.33 Menganjurkan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang disukai dengan tampilan menarik serta masih dalam kondisi hangat. Pukul 14.34 Menganjurkan pada pasien untuk makan sedikit demi sedikit tapi sering.

E : Pasien mengatakan nafsu makan bertambah makan 3 kali sehari dalam sekali makan mampu menghabiskan setengah porsi makan yang disajikan, 1 porsi makan dihabiskan setengah porsi makan.

TD: 128/70mmHg, N: 96×/m, S: 36,6°C, RR: 24×/m, Spo2: 98%.

Masalah risiko defisit nutrisi teratasi.

4. Diagnosa keempat

S: pasien mengatakan gatal-gatal sudah berkurang

O: luka pasien kemerahan berkurang, bengkak berkurang, tampak meringis,

A: masalah risiko infeksi sebagian teratasi,

P: intervensi dilanjutkan 1-6.

I: Pukul 09:00 memonitor kembali tanda dan gejala infeksi lokal dan istemik dengan hasil: memeriksa tanda dan gejala adanya nyeri tekan, kemerahan pada area luka berkurang , suhu 36,C, nadi 84x/m..Pukul; 09:20 Meberikan perawatan luka dengan hasil: siapkan alat dan bahan kemudian dekatkan alat dan bahan pada pasien, kemudian membersihkan luka pasien dan lepaskan balutan luka yang lama dengan menggunakan kasa steril yang di basahi Nacl lap dengan satu arah, kemudian lap kering sambil mengecek luka pasien, kemudian balut kembali luka dengan kasa steril dan plaster dengan rapi. Pukul 10:00 menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil: menjelaskan kepada pasien dan keluarga pasien jika terjadi pendarah atau ada nanah, kemerahan, dan bengkak itu sudah terjadi infeksi pada luka dan harus segera di tangani.

E: Pasien dan keluarga paham dengan apa yang dijelaskan tentang perawatan luka pada pasien dan juga paham dengan tanda- tanda infeksi pada luka pasien masalah risiko infeksi sebagian tertasi

B. PEMBAHASAN

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Apendisitis Post Apendektomi menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dalam pembahasan akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan pada Tn. N.A di Ruang Perawatan Bedah.

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien Tn. N. A di dapatkan hasil yaitu: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi pada saat bergerak, nyeri seperti ditusuk-tusuk di bagian bawah pusar, skala nyeri 4, dan nyeri hilang timbul selama 1-2 menit. Menurut Simamora (2021) mengatakan bahwa Pada kasus apendisitis biasanya dilakukan tindakan operasi (apendiktomi) yang dapat menimbulkan respons berupa nyeri. Nyeri ini bisa disebabkan oleh peradangan pada bekas luka operasi, pembentukan jaringan parut, atau bahkan komplikasi seperti infeksi atau stump apendisitis (peradangan pada sisa usus buntu tersisa).

Pada pasien Tn. N. A mengalami mual dan muntah selama 2x dalam sehari dan nafsu makan menurun, tampak pucat, mukosa bibir kering. Berat badan pasien tidak mengalami penurunan Menurut Sjamsuhidajat dan DeJong (2017). Peradangan akan timbul secara tiba-tiba pada daerah apendiks, hal ini ditandai

dengan dengan rasa tidak nyaman pada daerah periumbilikalis, disertai hilangnya nafsu makan, mual, muntah.

Selain itu pasien Tn N.A mengalami kelemahan sehingga aktivitasnya di bantu dikarenakan ada nyeri pada luka operasi. Aktivitasnya seperti makan minum, berpakaian, lap basah,di bantu di tempat tidur.Menurut (Sabistin 2017) Nyeri Apendisitis dapat menyebabkan nyeri perut yang hebat, terutama di daerah kanan bawah perut. Nyeri ini dapat membuat pasien merasa tidak nyaman dan kesulitan untuk beraktivitas.

Selain itu pasien Tn.N.A mengalami gatal, kemerahan dan bengkak pada area luka operasi.Menurut Kumar,V.(2018) Reaksi inflamasi Luka operasi dapat menyebabkan reaksi inflamasi yang normal, yang dapat menyebabkan gatal, kemerahan, dan bengkak.

Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus Tn.N.A dimana tidak ditemukan gejala konstipasi, demam, sepsis, abses, perforasi usus buntu, peritonitis. Karena gejala-gejala tersebut adalah bentuk komplikasi dari Apendisitis.

Pada pasien Tn. N. A pasien tidak mengalami konstipasi. Karena pasien mengatakan sudah BAB setelah 2 hari setelah operasi artinya pasien tidak mengalami konstipasi. Menurut Indri U, dkk (2014). Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat mempengaruhi terjadinya konstipasi yang mengakibatkan timbulnya apendisitis. Konstipasi akan

menaikan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa.

Pada Pasien Tn. N. A tidak mengalami demam karena telah diberi obat anti-inflamasi seperti paracetamol dan ibu profen. Menurut Towsen, (2019). Pasien apendisitis dapat mengalami demam, tetapi tidak semua pasien apendisitis mengalami demam. Demam pada apendisitis biasanya terjadi sebagai respons terhadap infeksi atau peradangan pada apendiks Penggunaan Beberapa obat-obatan, seperti antibiotik atau obat anti-inflamasi, dapat meredakan gejala demam pada pasien apendisitis.

Menurut Sabiston (2017) mengatakan bahwa Pasien apendisitis dapat mengalami komplikasi seperti perforasi usus buntu, peritonitis, abses apendiks, dan sepsis jika tidak diobati dengan tepat dan cepat. pasien tidak merasakan komplikasi seperti perforasi usus buntu, peritonitis, abses apendiks, dan sepsis. Karena pasien langsung pergi ke rumah sakit saat pasien merasakan sakit dan untuk mendapatkan perawatan seperti melakukan tindakan operasi Apendiktomi. Sehingga pasien tidak merasakan komplikasi seperti perforasi usus buntu, peritonitis, abses apendiks, dan sepsis

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.N.A adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (proses operasi), gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri, risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi (keenganan untuk makan), defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (proses operasi) ditemukan dalam kasus Tn.N.A.karena pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di bawah pusar Q: nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk R: nyeri dibagian abdomen di bawah pusar S: skala nyeri 4 T: nyeri dirasakan 1-2 menit, hilang muncul dan tampak meringis.

Diagnosa keperawatan Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditemukan pada kasusu Tn.N.A. karena pasien mengatakan aktivitasnya semuanya dibantu oleh keluarga seperti makan, minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah. Pasien tampak lemah, tampak pucat.

Diagnosa keperawatan Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive ditemukan pada kasus Tn.N.A. Karena pasien mengalami gatal pada area operasi, ada kemerahan, dan bengkak pada luka operasi

Diagnosa keperawatan Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis (keinginan untuk makan) ditemukan pada kasus Tn.N.A. Karena pasien mengalami mual muntah 2x,perut kembung, pusing,mukosa bibir kering,tampak pucat.

Diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditemukan pada kasus Tn.N.A. karena pasien mengalami pasien mengatakan sering makan makanan yang cepat saji seperti mie,pasien juga mengatakan makan mie biasanya 4x dalam 5 hari. Tampak gelisah dan bingung.

Diagnosa keperawatan yang ada pada terori tapi ada di kasus yaitu risiko hipovolemia karena pada pasien tidak ada gejala nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun. pasien juga tidak ditemukan gangguan integritas kulit/jaringan, kerusakan jaringan dan/lapisan kulit, pendarahan, hematoma.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi dibuat berdasarkan kondisi Tn. N. A prioritas masalah sesuai dengan kondisi pasien, intervensi keperawatan pada Tn. A. R disusun berdasarkan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia tahun 2018.

- a) Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa pertama yaitu, identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, dan kualitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang

memperberat nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, fasilitasi istirahat dan tidur, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, pemberian analgetik. Intervensi manajemen nyeri pada pasien hipertensi sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup. Dengan kombinasi intervensi farmakologis dan non farmakologis, serta edukasi yang tepat, pasien dapat belajar mengelola nyeri dengan lebih baik secara mandiri.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Vitaisabella & Maryati, 2022)berbagai cara dilakukan untuk mengurangi nyeri pada luka operasi pada pasien post operrasi, salah satunya yaitu dengan pengobatan non farmakologis pemberian teknik relaksasi napas dalam. Teknik relaksasi napas dalam yang efektif dapat menurunkan nyeri kepala, denyut jantung, tekanan darah, menurunkan ketegangan otot-otot.

- b) Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa kedua yaitu, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur),melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan menganjurkan mobilisasi dini.

Menurut penelitian (Townsend, 2019) Melakukan mobilisasi dini untuk meningkatkan mobilitas fisik pasien dan mencegah komplikasi.

- c) Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa ketiga yaitu: mengidentifikasi status nutrisi. Lakukan oral hygiene sebelum makan: Menganjurkan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang menarik dan dalam kondisi hangat. Menganjurkan pada pasien untuk makan diet tinggi kalori dan protein menganjurkan pasien makan dalam posisi duduk.

Menurut penelitian Potter & Perry. (2017) Intervensi keperawatan yang berfokus pada status nutrisi pasien apendisitis post-apendektomi sangat penting untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi, serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Melibatkan keluarga dan memastikan aspek kenyamanan seperti oral hygiene dan posisi makan juga berperan besar dalam keberhasilan asuhan keperawatan

- d) Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnosa keempat yaitu: memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan istemik, memberitahu pada keluarga pasien agar tidak terlalu sering mengunjungi pasien Meberikan perawatan luka, menjelaskan tanda dan gejala infeksi.

Menurut penelitian Potter, P. A., & Perry, A. G. (2017) Perawatan luka pada pasien post-apendektomi merupakan intervensi krusial dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mencegah infeksi, mempercepat penyembuhan, mendeteksi komplikasi secara dini, dan meningkatkan

kenyamanan pasien. Praktik ini harus dilakukan secara aseptik, teratur, dan disertai edukasi kepada pasien agar proses pemulihan berjalan optimal.

- e) Rencana tindakan yang dilakukan pada diagnose kelima yaitu: mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi mengidentifikasi motivasi hidup bersih dan sehat, menyediakan pendidikan kesehatan, memberikan pasien dan keluarga kesempatan untuk bertanya.

Menurut penelitian Alfi (2025) dengan memberikan edukasi, pasien diabetes melitus dapat mengetahui dan menerapkan manajemen diri yang baik, sehingga kadar gula darah dapat terkontrol dan kualitas hidup meningkat.

4. Implementasi keperawatan

Semua tindakan disesuaikan kondisi pada Tn. N. A dilakukan berdasarkan perencanaan yang sudah dibuat dan semua perencanaan yang dilakukan selama 3 hari dari tanggal 05-07 juli 2025

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi yang didapatkan pada hari ke 3 adalah:

- a. Masalah nyeri akut teratasi dengan hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi berkurang, skala nyeri 1 dan ekspresi rileks.

- b. Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi Keluarga dan pasien mengatakan pada saat ini pasien bisa bangun sendiri makan minum sendiri, berpakaian sendiri, sudah mulai berjalan sendiri.
- c. Masalah Risiko defisit nutrisi teratasi sebagian dengan hasil: pasien mengatakan mual tidak lagi, nafsu makan membaik dengan porsi makan yang di habiskan meningkat yaitu 5-6 sendok makan,
- d. Masalah pencegahan Risiko infeksi pasien mengatakan gatal-gatal sudah berkurang, Pasien dan keluarga paham dengan apa yang dijelaskan tentang perawatan luka pada pasien dan juga paham dengan tanda- tanda infeksi pada luka pasien.
- e. Masalah defisit pengetahuan teratasi dengan hasil: pasien dan keluarga sudah memahami tentang penyakit Apendisitis, pengertian,tanda gejala, faktor penyebab dan penanganan.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu faktor orang atau manusia. Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya dengan diagnosa yang sama dan sulitnya referensi yang digunakan dalam 5 tahun terakhir.

D. Implikasi Untuk Keperawatan

Terdapat beberapa peran perawat yang ditemukan dalam kasus ini adalah:

1. Sebagai Pendidik

Peran perawat sebagai pendidik yaitu memberikan informasi berupa pengajaran mengenai pengetahuan dan keterampilan dasar, pada studi kasus nyata ini ditemukan perawat menjelaskan apa yang kurang dimengerti pasien dari segi fasilitas maupun lainnya.

2. Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*caregiver*) Perawat berperan memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif, mencakup aspek bio-psiko-sosio-spiritual, untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien.

3. Peran Perawat sebagai Edukator

Peran perawat sebagai edukator adalah mendidik pasien dan keluarga tentang kesehatan, penyakit, dan tindakan perawatan. Perawat memberikan informasi, pengetahuan, dan keterampilan yang diperlukan agar individu dapat mengelola kesehatan mereka sendiri dan membuat keputusan yang tepat terkait perawatan.

4. Peran Perawat sebagai Motivator

Peran perawat sebagai motivator adalah mendorong, membangkitkan semangat, dan memberikan dukungan kepada pasien agar mereka aktif dalam proses penyembuhan dan perawatan diri