

**INFORMED CONSENT****INFORMED CONSENT**

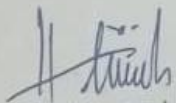
(Persetujuan Menjadi Partisipan)

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa : Saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh: **Siti Hajar Idris**, Dengan judul: **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Apendisitis Post Apendektomi di RPB RSUD Ende.**


Saya setuju untuk ikut berpartisipasi pada studi kasus ini secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun. Apabila selama penelitian studi kasus ini saya mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun .

Ende, 05.07.2025

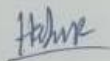
Saksi

  
Haimiah Abekurah

Yang Memberi Persetujuan

  
NASRUDIN ABUBAKAR

Peneliti



Siti Hajar Idris

NIM.PO5303202220028



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp.: (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256 ; Email: [poltekeskupang@yahoo.co](mailto:poltekeskupang@yahoo.co)

---

---

### **PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS**

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi DIII Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak/Ibu/Saudara/I untuk berpartisipasi Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Apendiksitis Post Apendiktomi H1 & H2 di Ruang Perawatan Bedah (RPB) RSUD Ende
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Medis Apendiksitis Post Apendiktomi H1 & H2 di Ruang Perawatan Bedah (RPB) RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui cara merawat pasien Post Apendiktomi. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, perumusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak/Ibu/Saudara/i.
4. Keuntungan yang Bapak/Ibu/Saudara/I dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak/Ibu/Saudara/I mendapatkan pelayanan perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i sampaikan akan selalu dirahasiakan
6. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silahkan menghubungi saya pada nomor HP: 081333560129

Ende, 25 Agustus 2025

Siti Hajar Idris  
PO5303202220028



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN ENDE**  
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang, Telp.: (0380) 8800256  
Fax (0380) 8800256 ; Email: [poltekeskupang@yahoo.co](mailto:poltekeskupang@yahoo.co)

---

---

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. N. A DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS APENDISITIS POST APENDEKTOMI  
H1&H2 DI RUANGAN PERAWATAN BEDAH (RPB) RSUD  
ENDE TANGGAL 05-07 JULI 2025**

**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, Paisein 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 thn, pekerjaan Guru, alamat kupang, Hubungan dengan pasien istri pasien.

b) Status kesehatan

c) Status kesehatan saat ini

1) Keluhan utama

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

d) 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.

e) 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 membawahi pasien ke RSUD Ende pada pukul 19.00 WITA untuk mendapatkan perawatan.

f) 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.

g) 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.

h) Riwayat penyakit keluarga

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

i) Diagnose medis dan terpy yang di dapat sebelumnya

Pasien mengatakan tidak ada terapy yang didapatkan sebelumnya.

j) Pola kebutuhan dasar (data bio-psiko-sosio-kultur-spiritual)

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

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

2) 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)

3) 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.

4) 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.

5) Pola kognitif dan presepsi

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

6) Pola presepsi 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.

7) 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.

8) 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

9) Pola seksual reproduksi

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

10) 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

11) 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 palpasi 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) Ekstramktas

Atas:

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

Palpasi: akrak 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.

1) Pemeriksaan penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

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

PARAMETERS			REFERENCE RANGE
WBC	11.70+	[10 <sup>3</sup> /uL]	(3.80-10.60)
LYMPH#	1.89	[10 <sup>3</sup> /uL]	(1.00- 3.70)
MONO#	0.78+	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-0.70)
EO#	0.06	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-0.40)
BASO#	0.03	[10 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-0.10)
NEUT#	8.94+	[10 <sup>3</sup> /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 <sup>3</sup> /uL]	(0.00-7.00)
IG%	0.2	[%]	(0.0-72.0)
RBC	4.98	[10 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /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)**

<b>PEMERIKSAAN</b>	<b>HASIL</b>	<b>SATUAN</b>	<b>NILAI RUJUKAN</b>
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

## 2) Penatalaksanaan/pengobatan

<b>No.</b>	<b>Nama obat</b>	<b>Indikasi</b>
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 1 ampul 3x1mg	Seperti pada trauma, pasca-operasi, nyeri otot-skeletal sedang hingga berat Contoh: pasca-appendektomi, 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/iv	Untuk mengatasi nyeri otot (musculoskeletal pain), seperti: Nyeri punggung Cedera otot Tension headache Nyeri pascaoperasi

b. 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 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 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 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 menit, aktivitas makan minum, berpakaian, lap basah,di bantu di tempat tidur.WBC 11.0+, MONO# 0.78 NEUTE% 76.3.

c. 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 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

**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

d. Analisa Data

NO.	Sign dan simtom	Etiologi	Problem
	<p>DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi            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.            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.	<p>DS: pasien mengatakan gatal pada area luka operasi            DO: area luka pasien tampak</p>	<p>Efek prosedur invasive</p>	<p>Risiko infeksi</p>



	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		
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

### c. Diagnosa 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 ditandai 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

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik(prosedur operasi)</p> <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</p> <p>merinhgis P: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi di bawah pusar Q: nyeri yang dirasakan seperti di tusuk-tusuk R: nyeri dibagian</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari diharapkan masalah tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Keluhan nyeri menurun (5)</p> <p>2. Tampak meringis menurun (5)</p> <p>3. Gelisah menurun (5)</p> <p>4. Sikap proktektif menurun (5)</p> <p>5. Kesulitan tidur menurun (5)</p>	<p>(Manajemen Nyeri)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</p> <p>Terpeutik</p> <p>4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik napas dalam)</p> <p>6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Mengidentifikasi berbagai aspek nyeri sangat penting untuk memenuhi penyebab nyeri yang dialami pasien</p> <p>2. Skala nyeri adalah alat yang digunakan untuk mengukur sejauh mana pasien merasa nyeri</p> <p>3. Mengidentifikasi respons nyeri non-verbal memungkinkan tenaga medis untuk menenali nyeri.</p> <p>Terpeutik</p> <p>4. menyarankan pasien untuk melakukan teknik napas</p>

---

abdomen di bawah pusar

S: skala nyeri 4 T: nyeri

dirasakan 1-2 menit,

hilang muncul.

(pencahayaan kebisingan)

7. Menciptakan lingkungan

yang membuat pasien nyaman  
fasilitasi istirahat dan tidur.

8. Jelaskan penyebab nyeri

9. Jelaskan strategi meedakan  
nyeri

10. Anjurkan memonitor nyeri  
secara mandiri

11. Ajarkan teknik  
nonfarmakologis untuk  
mengurangi nyeri

12. Kolaborasi pemberian  
analgetik (ibu profin dan  
paracetamol)

dalam dan teknik imajinasi  
untuk mengurangi nyeri

5. Menyarankan pasien untuk  
melakukan teknik napas  
dalam dan teknik imajinasi  
untuk mengurangi nyeri

6. lingkungan yang tidak  
nyaman, seperti suhu ruangan  
yang terlalu panas atau dingin

7. Memastikan pasien  
mendapatkan istirahat yang  
cukup membantu mengurangi  
presepsi nyeri

8. Nyeri adalah sinyal yang  
dikirimkan oleh tubuh untuk  
memberikan peringatan  
adanya kerusakan.

---

---

				9. Strategi meredakan nyeri secara mandiri
				10 monitor nyeri secara mandiri memungkinkan pasien mengidentifikasi dan karakteristik nyeri
				11. teknik ini sering kali berfokus pada relaksasi
				Kolaborasi
				12. Mengurangi nyeri
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan nyeri  DS: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu: seperti makan dan minum, berpakaian, ke kamar	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil:  1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5)	(Dukungan mobilisasi)  Observasi  1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	Dukungan mobilisasi)  Observasi  1. Mengetahui adanya nyeri pada pasien  2. Mengetahui toleransi fisik pada pasien

---

<p>mandi, lap basah, dibantu oleh istrinya.</p>	<p>2. Kekuatan otot meningkat (5)</p>	<p>3. Memonitor kondisi umum pasien saat mobilisasi</p>	<p>3. Memantau kondisi umum pasien tidak mengalami komplikasi atau ketidaknyamanan yang lebih lanjut.</p>
<p>DO: TD: 121/70 mmHg, N:84x/m, SpO2:97%, RR:22x/m, S:37,1c tampak lemah, tampak pucat</p>	<p>3. Rentang gerak sendi (rom) meningkat (5)</p>	<p>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur)</p>	<p>4. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien sangat penting untuk menentukan tindakan perawatan yang tepat</p>
		<p>5. Fasilitasi melakukan pergerakan</p>	<p>5. Mengidentifikasi toleransi fisik pasien terhadap pergerakan membantu mengetahui sejauh mana pasien beraktivitas.</p>
		<p>6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>	<p>6. keluarga dapat membantu pasien dengan cara memberikan dorongan</p>
		<p>7. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>	
		<p>8. Anjurkan mobilsasi dini</p>	
		<p>9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Duduk ditempat tidur,duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke</p>	

				kursi)	emosional.
					7. Prosedur mobilisasi yang benar penting untuk mengurangi risiko cedera.
					8. Mobilisasi dini memiliki banyak manfaat, seperti mempercepat pemulihan.
3	Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikolohi (keinginan untuk makan)	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)	(Manajemen nutrisi)	Observasi 1.Identifikasi status nutrisi 2. identifikasi alergi dan toleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori	Observasi 1 status nutrisi merupakan kondisi kesehatan seseorang yang dipengaruhi oleh asupan zat gizi. 2 Mengetahui alergi yang dirasakan klien 3 Dapat membantu pola



<p>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,</p>	<p>3. Indeks masa tubuh (IMT) membaik(5)</p>	<p>dan jenis nutrisi</p>	<p>makan klien</p>
		<p>5. Monitor asupan makanan</p>	<p>4 Memastikan asupan kalori dan nutrisi mendukung</p>
		<p>6. Monitor berat badan</p>	<p>5 Mengetahui asupan makanan yang dihabiskan oleh klien</p>
		<p>7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p>	<p>6 Mengetahui berat badan klien</p>
		<p>Terapeutik</p>	<p>7 Mengetahui perkembangan kondisi klien</p>
		<p>8. Lakukan oral higien sebelum makan</p>	<p>Terapeutik</p>
		<p>9. Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai</p>	<p>8 Meningkatkan nafsu makan klien</p>
		<p>10. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p>	<p>9 Makan makanan yang menarik dan suhu yang tepat</p>
		<p>Edukasi</p>	
		<p>11.Anjurkan posisi duduk</p>	

			12. Ajarkan diet yang diprogramkan	10	Memperbaiki protein klien Edukasi
			Kolaborasi	11	Melakukan pemulihan
			13.Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan	12	Dengan mematu diet yang diprogramkan untuk membantu pemulihan lebih cepat
					Kolaborasi
				13	Makan makanan yang seimbang dapat meningkatkan keseimbangan nutrisi tubuh.
4	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutiris meningkat dengan	<b>(Perawatan luka)</b> <b>Observasi</b>		Observasi 1 Pemantauan karakteristik luka secara teratur

<p>DS: pasien mengatakan gatal pada area luka operasi</p>	<p>kriteria hasil: 1.Kerusakan jaringan memurun (5)</p>	<p>(Drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terpeutik</p>	<p>memungkinkan intervensu dini jterjadi perubahan 2 Mendektekasi adanya perubahan atau gejala yang dapat menunjukan infeksi dini</p>
<p>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</p>	<p>2. Kerusakan kulit menurun (5) 3. kemerahan menurun (5) 4. perdarahan menurun (5)</p>	<p>3. Lepaskan balutan plaster secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCL atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Berikan salep yang sesuai kulit/lesi 6. Pasang balutan sesuai jenis kulit 7. Pertahankan tekni steril saat melakukan perawatan luka Edukasi</p>	<p>3 Mencegah kerusakan pada kulit yang masih sensitive atau kulit yang baru sembuh 4 Cairan NaCL (sline) adalah pembersih yang aman dan tidak toksik untuk luka. 5 Salep yang membantu mengangkat kotoran dan mikroorganisme dari luka</p>

			8. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	6 Jenis balutan yang digunakan harus sesuai dengan kondisi luka dan jenis kulit pasien
			9. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein seperti telur, sayuran hijau, kacang-kacangan, tahu, tempe, ikan, daging, tanpa lemak seperti ayam dan sapi.	7 Teknik steril sangat penting untuk mencegah infeksi pada luka.
			10. Ajarkan perawatan luka secara mandiri	
			Kolaborasi	
			11. Kolaborasi pemberian antibiotik	
5	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan defisit	(Edukasi kesehatan) Observasi	(Edukasi kesehatan) 1. Dengan adanya

---

<p>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</p>	<p>pengetahuan tertasi dengan kriteria hasil: 1.Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang masalah kesehatan meningkat (5) 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5)</p>	<p>1.Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya</p>	<p>kesepakatan jadwal klien lebih siap secara fisik dan mental untuk menerima informasi 2. meningkatkan rasa percaya diri dan keterlibatan klien dalam perawatan kesehatanyapenjelasan mengenai faktor resiko membantu klien/keluarga menyadari hal-hal yang dapat membahayakan kesehatan 3. membiasakan perilaku hidup bersih dan sehat akan meningkatkan kualitas hidup melalui lingkungan yang lebih sehat 4. Strategi yang jelas dan mudah dilakukan akan meningkatkan motivasi serta partisipasi aktif klien dalam menerapkan PHBS</p>
--	--	--	---

---

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi 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.	Jumad 05 Juli 2025	08:00 08:20 08:30 09:00 09:35 10:00	1.Mengukur tekanan darah: 121/mmHg, N:84x/m, spo2:97%, RR:22x/m, S:37C, 2. Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas nyeri dengan hasil: 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 3. Mengidentifikasi respon nyeri nonverbal dengan hasil: pasien tampak meringis, 4.Memberikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri dengan hasil: yaitu menyuruh pasien untuk melakukan teknik napas dalam dibuiat berulang kali hingga rasa nyeri berkurang. 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil: memberitahu keluarga untuk membatasi jumlah pengunjung agar dapat mengurangi kebisingan yang memperberat nyeri, 6. menganjurkan untuk memonitor	13:00 S: Tn. N.A mengatakan masih merasakan nyeri O: TD:130/78 mmhg, Spo2:99%, RR: 22x/m, S:36C wajah tampak meringis, skalanyeri 3, nyeri saat bergerak A: Masalah nyeri akut belum tertasi P: intervensi di lanjutkan 1-6

			nyeri secara mandiri yaitu dengan cara: teknik napas dalam	
			7. berikan pemberian analgetik dengan hasil: paracetamol 1mg/IV, dan ibu profen 1 gr/IV	
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri DS: 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	08.00  08.10  08.15  08.20	1.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. 2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) pasien mengatakan d tempat tidur ada penahan tempat tidur 3. 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. 4. Menganjurkan mobilisasi dini dengan hasil: pasien mengatakan melakukan aktivitas dini seperti berpindah dari tempat tidur ke kursi.	S: Tn. N.A mengatakan saat sakit: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu: seperti makan minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah, dibantu oleh keluarga.  O: TD: 130/78 mmhg N:84x/m RR:22x/m S:37c, tampak lemah, tampak pucat.  A: Masalah gangguan mobilitas fisik sebagian tertasi  P: Intervensi dilanjutkan 1-6

---

3	Risiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasive 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	Kamis 22 Mei 2025	09.20	1.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.	S: pasien mengatakan lukanya masih merah dan gatal O: pasien Nampak pucat dan meringis
			09.30	2.Memberitahu pada keluarga pasien agar tidak terlalu sering mengunjungi pasien karena akan menyebabkan penularan penyakit dan bisa infeksi pada luka pasien.	A: masalah risiko infeksi belum tertasi P: Intervensi dilanjutkan 1-6
			09:35	3. Memberikan 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.	
			10:00	4. 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.	
4	Resiko Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keinginan untuk makan)	Kamis 22 Mei 2025	10:00	1. 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.	S: Tn. N.A mengatakan belum ada nafsu makan karena masih merasa mual dan pusing.	
	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,		10:20	2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan: pasien mengatakan pasien elergi terhadap makanan seafood. 3. Mengidentifikasi makanan yang disukai dengan hasil : pasien mengatakan menyukai makanan bakso.	O: wajah namoak pucat, mukosa bibir kering,	
			10:30		A: Masalah risiko defisit nutrisi belum tertasi	
			10:40		P: Intervensi dilanjutkan 1-6	
			11:00	4. Lakukan oral hygiene sebelum makan: Menganjurkan pada Tn N untuk melakukan oral hygiene/menggosok gigi sebelum		
			12:00			

---

			makan.	
		12:10	<p>5. Mengajukan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang menarik dan dalam kondisi hangat.</p> <p>6. Mengajukan pada pasien untuk makan diet tinggi kalori dan protein seperti telur, ikan, dan buah alpukat.</p> <p>7. mengajukan pasien makan dalam posisi duduk.</p>	
5	<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi</p> <p>DS: pasien juga mengatakan sering makan makanan yang cepat saji seperti mie.pasien juga mengatakan makan mie biasanya 4x dalam 5 hari</p> <p>DO: pasien tampak gelisah dan bingung</p>	<p>11:00</p> <p>11:10</p> <p>11:15</p>	<p>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan pasien menerima informasi dengan hasil: pasien mengatakan siap menerima informasi tentang masalah kesehatan,</p> <p>2. Mengidentifikasi motivasi hidup bersih dan sehat.</p> <p>3. Menyediakan pendidikan kesehatan dengan hasil: menyiapkan leaflet tentang penyakit Apendisitis, menjelaskan kepada pasien tentang pengertian,tanda gejala,faktor penyebab dan penanganan tentang penyakit</p>	<p>S : Pasien dan keluarga mengatakan sudah paham tentang masalah kesehatan yang dialami pasien yaitu penyakit apendisitis</p> <p>O : Pasien dan keluarga sangat antusias mendengarkan penjelasan, pasien mampu menjelaskan kembali tentang penyakit Apendistis dan perawatan luka di rumah.</p> <p>A : Masalah defisit pengetahuan teratasi.</p>

---

	Apendisitis.	P : Intervensi dilanjutkan 1-2
11:30	4.Memberikan pasien dan keluarga kesempatan untuk bertanya.	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.

---

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi 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.	Sabtu 06 Juli 2025	08:30	1.Mengukur tekanan darah: 130/mmHg, N:86x/m, spo2:97%, RR:22x/m, S:37C, 2. 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, 3. 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. 4. Mengontrol lingkungan yang memperberat dan memperingan nyeri dengan hasil: memberitahu keluarga untuk membatasi jumlah pengunjung agar dapat mengurangi kebisingan yang memperberat nyeri, 5. Menganjurkan untuk memonitor nyeri secara mandiri yaitu dengan cara: teknik napas dalam. 6. Kolaborasi pemberian analgetik dengan hasil: paracetamol 1mg/IV, dan ibu profen 100ml/I.	DS: Pasien mengatakan nyeri DO: Nyeri yang dirasakan di leher, nyeri sepeerti ditusuk-tusuk A: Masalah Nyeri akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan,2,3,4

2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri  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>07.40  08.05  08.15  08.20</p>	<p>1.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.</p> <p>2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur) pasien mengatakan d tempat tidur ada penahan tempat tidur.</p> <p>3. 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.</p> <p>4. Menganjurkan mobilisasi dini dengan hasil: pasien mengatakan melakukan aktivitas dini seperti berpindah dari tempat tidur ke kursi</p>	<p>DS: Pasien merasa pusing dan leher tegang  DO: Tampak kesadaran composmentis, GCS 15 TD : 140/100 Suhu : 37,3 C RR : 80X/Menit SPO2 : 96%  A: Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi  P: Intervensi dilanjutkan,2,3,4,</p>
3	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasive  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</p>	<p>09.20  09.30</p>	<p>1.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.</p> <p>2.Memberitahu pada keluarga pasien agar tidak terlalu sering mengunjungi pasien karena akan menyebabkan penularan</p>	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan sudah mengerti tentang hipertensi  DO: Keluarga pasien mampu menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi hipertensi seperti merokok, makanan yang berlemak,</p>

---

11.70+,MONO#

0.78,NEUT#8.94,NEUT%76.3

- 10:00 3. Memberikan 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.
- 10:15 4. 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
- asin, makananan bersantan dan juga mengonsumsi kopi  
A: Masalah Defiisit Pengetahuan sebagian tertasi  
P: Intervensi dilanjutkan,2,3,4
-

4	<p>Resiko Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keenganan untuk makan)</p> <p>DS: Pasien mengatakan mual,pusing,perut kembung, pasien mengatakan muntah 2</p> <p>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,</p>	10: 00	<p>1. 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.</p> <p>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan: pasien mengatakan pasien elergi terhadap makanan seafood. 3. Mengidentifikasi makanan yang disukai dengan hasil : pasien mengatakan menyukai makanan bakso.</p> <p>4. Lakukan oral hygiene sebelum makan: Menganjurkan pada Tn N.A untuk melakukan oral hygiene/menggosok gigi sebelum makan.</p> <p>5. Menganjurkan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang menarik dan dalam kondisi hangat.</p> <p>6. Menganjurkan pada pasien untuk makan diet tinggi kalori dan protein seperti telur, ikan, dan buah alpukat.</p> <p>7. Menganjurkan pasien makan dalam posisi duduk</p>	<p>DS: Pasien mengatakan masih sering terbangun pada malam hari</p> <p>DO: Keadaman umum baik, kesadaran compoosmentis, klien tampak lelah, klien menguap</p> <p>A: Masalah Gangguan Pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan,2,3,4</p>
---	--	--------	--	---

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/Tanggal	Jam	Implementasi Keperawatan	Catatan perkembangan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan : DS: Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi 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.	Minggu 07 Juli 2025	08:00  09:00	1.Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisiklainya dengan hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi,  2. 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.	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 : 84x/m, S : 36,6°C, rr : 24x/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



					<p>Memberikan teknik nonfarmakologis untuk meredakan nyeri dengan hasil : yaitu tarik napas dalam. Pukul 10.30 Menganjurkan pada Tn L untuk memonitor nyeri secara mandiri yaitu dengan cara tarik napas dalam. Pukul 11.00 melayani injeksi paracetamol 1gr/IV.</p> <p>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.</p>
2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri</p> <p>DS: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu: seperti makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah, dibantu oleh</p>	Kamis 22 Mei 2025	<p>08:00</p> <p>09:00</p>	<p>1.Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisiklainya dengan hasil: pasien mengatakan nyeri pada luka operasi,</p> <p>2. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil: pasien mengatakan pada saat ini pasien bisa</p>	<p>S : Pasien mengatakan saat sakit aktivitasnya Saat sakit: pasien mengatakan aktivitasnya dibantu: seperti makan dan minum, berpakaian, ke kamar mandi, lap basah, dibantu oleh</p>

---

istrinya.

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

bangun sendiri makan minum sendiri,  
berpakian sendiri, sudah mulai berjalan  
sendiri.

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  
fisiklainya 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,  
berpakian sendiri, sudah mulai  
berjalan sendiri.

E: Keluarga dan pasien  
mengatakan pada saat ini  
pasien bisa bangun sendiri  
makan minum sendiri,  
berpakian sendiri, sudah mulai

---

			berjalan sendiri. TD : 128/70mmHg, N : 96x/m, S : 36,6°C, rr : 24x/m,	
3	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan Efek prosedur invasive</p> <p>DS: pasien mengatakan gatal pada area luka operasi</p> <p>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.</p> <p>3</p>	<p>09.20</p> <p>09.30</p>	<p>.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.</p> <p>2. Memberitahu pada keluarga pasien agar tidak terlalu sering mengunjungi pasien karena akan menyebabkan penularan penyakit dan bisa infeksi pada luka pasien.</p> <p>3. 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.</p> <p>4. 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</p>	<p>S: pasien mengatakan gatal-gatal sudah berkurang</p> <p>O: luka pasien kemerahan berkurang, bengkak berkurang,tampak meringis,</p> <p>A: masalah risiko infeksi sebagian teratasi,</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 1-6.</p> <p>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</p>

---

segera di tangani.

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

---

4	<p>Resiko Defisit nutrisi berhubungan dengan Faktor psikologis (keinginan untuk makan)</p> <p>DS: Pasien mengatakan mual,pusing,perut kembung, pasien mengatakan muntah 2</p> <p>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,</p>	<p>Kamis 22 Mei 2025</p>	10: 00	<p>1.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.</p> <p>2. Menganjurkan pada keluarga untuk menyajikan makanan yang menarik dan dalam kondisi hangat.</p> <p>3. Menganjurkan pada pasien untuk makan diet tinggi kalori dan protein seperti telur, ikan, dan buah alpukat.</p> <p>4. Menganjurkan pasien makan dalam posisi duduk.</p>	<p>S : Pasien mengatakan nafsu makan bertambah makan 3 kali sehari dalam sekali makan mampu menghabiskan setengah porsi makan yang disajikan</p> <p>O : 1 porsi makan dihabiskan setengah porsi makan, Nampak membaik.</p> <p>A : Masalah defisit nutrisi teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1-5</p> <p>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</p>
---	--	----------------------------------	--------	---	---

---

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  
porci makan yang disajikan, 1  
porci makan dihabiskan  
setengah porci makan.TD :  
128/70mmHg, N : 96×/m, S :  
36,6°C, rr : 24×/m, Spo2 : 98%.  
Masalah risiko defisit nutrisi  
tertasi.

---

## SURAT BEBAS PLAGIAT



Kementerian Kesehatan  
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liiba, Oebobo,  
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111  
(0380) 8800256  
<https://poltekkeskupang.ac.id>

## PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/>; e-mail:  
[perpustakaanterpadu61@gmail.com](mailto:perpustakaanterpadu61@gmail.com)

## SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Siti Hajar Idris  
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303202220028  
Dosen Pembimbing : Try Ayu Patmawati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
Dosen Penguji : Maria Salestina Sekunda, SST,Ns.,M.Kes  
Jurusan : Program Studi DIII Keperawatan  
Judul Karya Ilmiah : ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN N.A

**DENGAN DIAGNOSA MEDIK APENDISITIS POST APENDIKTOMI H1&H2 DI RUANGAN PERAWATAN BEDAH (RPB) RSUD ENDE**

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar 24% Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 21 September 2025

Admin Strike

  
Murry Jermias Kale  
SST





**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL**  
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL**

NAMA : Siti Hajar Idris  
 NIM : PO53032022200028  
 Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. N.Δ DENGAN  
 DIAGNOSA MEDIK APENDISITIS POST APENDIKTOMI H1&H2 DI  
 RUANGAN PERAWATAN BEDAH (RPB) RSUD ENDE TANGGAL 05—07  
 JULI 2025  
 NAMA PEMBIMBING : Try Ayu Patmawati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
 NAMA PENGUJI: Maria Salestina Sekunda,SST.,Ns.M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Selasa 10 Sepetember 2024	Penyakit apendisitis	1. Lengkapi judul 2. Logo diperbesar 3. lengkapi sumbernya 4. Menurut Indonesia harus perjelas laporan dari mana harus diperjelas update yang terbaru 2021-2024 5. Mulai data terbaru dan lengkapi 6. Tambahkan fenomena penyakit apendisitis dan peran perawat 7. Ubah dibagian tujuan menjadi untuk dan lengkapi kata”lainya	Ay
2	Rabu 11 Desember 2024	Penyakit apendisitis	1. Perbaiki sitasi 2. Perbaiki kembali nama 3. Bagian paragraf dibandingkan titik2 4. Ganti sumberdepkes terbaru 5. Tambahkan data RSUD 6. Perbarui bagian fenomena penyakit apendisitis 7. Ganti nama Data NTT yang terbaru 8. Peran perawat dalam	Ay



			apendisitis	
3	Rabu 05 Februari 2025	Penyakit apendisitis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagian fenomena lengkapi bagian pola</li> <li>2. Pada fenomena tambahkan rumusan masalah</li> <li>3. Cari jurnal terbaru di websaide jurnal kupang</li> <li>4. Perbaiki kata apendisitis</li> <li>5. Tambahkan pathwy</li> <li>6. Nambring rata kiri dan kanan</li> <li>7. Rapikan semua tulisan dan huruf</li> <li>8. Intervensi sesuaikan dengan intervensi</li> <li>9. BAB 3 rapikan</li> </ol>	by
4	Selasa 11 Februari 2025	Penyakit apendisitis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tambahkan kesimpulan berdasarkan kesimpulan bagian akhir</li> <li>2. kata nyeri akut diubah</li> <li>3. Tambahkan data DS pada bagian diagnose gangguan integritas kulit/jaringan</li> <li>4. Tambahkan data DO pada diagnose risiko hipovolomia dan risiko infeksi</li> <li>5. Intervensi rapikan</li> <li>6. Bab 3 kata apendisitis diubah menjadi huruf kecil</li> <li>7. perbaiki pengkajian dan tambahkan pengkajian keluhan utama</li> <li>8. Rapikan pengetikan</li> </ol>	by
5	Rabu 12 Februari 2025	Penyakit apendisitis	1. ACC	

Mengetahui  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende




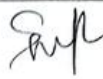

**Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns,Sp.Kep.Kom**  
NIP. 196601141991021001



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE**

**LEMBAR KONSULTASI REVISI PROPOSAL**

NAMA : Siti Hajar Idris  
 NIM : PO53032022200028  
 Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN TN. N.A DENGAN  
 DIAGNOSA MEDIK APENDISITIS POST APENDIKTOMI I1&I2 DI  
 RUANGAN PERAWATAN BEDAH (RPB) RSUD ENDE TANGGAL 05—07  
 JULI 2025  
 NAMA PEMBIMBING : Try Ayu Patmawati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
 NAMA PENGUJI: Maria Salestina Sekunda,SST.,Ns.M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Senis 23 Juni 2025	Apendisitis post apendiktomi	1. Perbaiki judul spasi harus 1 2. Tambahkan urgensi App 3. Konsep askep lebihke pasien post operasi 4. Di bagian pasca operasi apa saja yang muncul masalah 5. Bagian pengumpulan data pada pasien yang post operasi 6. Sumber yang jelas	
2	Kamis 26 Juni 2025	Apendisitis post apendiktomi	1. Belajar anatomi pencernaan 2. Judul di ganti 3. Rapikan pengetikan	
3	kamis 3 Juli 2025	Apendisitis post apendiktomi	1. ACC	

Mengetahui  
 Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



**Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns,Sp,Kep,Kom**  
 NIP. 196601141991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
 PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE  
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Laliba - Kupang, Telp: (0380) 8800256  
 Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)




### LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KTI

Nama : Siti Hajar Idris  
 NIM : PO5303202220028  
 Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati S.Kep.,Ns.Kes  
 Pembimbing Pendamping : Maria Salestina Sekunda,SST.,Ns.M.Kes


NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Senin 08 Juli 2025	BAB II	<ol style="list-style-type: none"> <li>Perbaiki pengaturan pada patway dan diagnose</li> <li>Perbaiki pengetikan rapikan rata kiri dan kanan</li> </ol>	Ay
2	Rabu 10 Juli 2025	BAB IV Studi kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>Lengkapi data pengkajian pasien yang sudah didapatkan</li> <li>Perbaiki pada gambaran umum studi kasus</li> <li>Dibagian pola kebutuhan dasar penjelasannya harus sebelum sakit dan saat sakit</li> <li>Pemeriksaan fisik tambahkan rumus IMT</li> <li>Diagnosa risiko hipovolomia di ganti dengan resiko defisit nutrisi</li> </ol>	Ay
3	kamis 17 Juli 2025	BAB IV Studi kasus	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tambahkan obat yang di berikan pada pasien</li> <li>Data penunjang harus ada gambaran table</li> <li>Tabulasi data ambil data yang ada keluhan saja begitupun sama dengan klasifikasi data</li> <li>Diagnosa keperawatan harus ada data yang jelas</li> <li>Intervensi tambahkan rasional</li> <li>Implementasi lengkapi dan sesuai dengan pertanggalan</li> <li>Evaluasi buat sesuai dengan diagnose dan catatan perkembangan pada hari ke3</li> </ol>	Ay

			8. Pembahasan jelaskan sesuai dengan keluhan pasien dan bandingkan secara teori dan kasus nyata jelaskan permasing-masing	Ag
4	Jumat 18 Juli 2025	BAB V Studi kasus	1. Lengkapi BAB V 2. Rapiakan pengetikan 3. Buat ppt 4. ACC	Ag

Mengetahui  
Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



**Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns,Sp,Kep,Kom**  
NIP. 196601141991021001





**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE**  
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256  
 Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI KTI**

Nama : Siti Hajar Idris  
 NIM : PO5303202220028  
 Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati S.Kep.,Ns.Kes  
 Pembimbing Pendamping : Maria Salestina Sekunda, SST., Ns. M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Kamis 14 Agustus 2025	APENDISITIS POST APENDIKTOMI	1.perbaikan judul 2. tambahkan gambaran patwhy 3. perbaiki pengetikan 4. tambahkan penatalaksanaan konsep apnedektomi 5. tambahkan wawancara apa yang dilakuka pada pasien jelaskan 6. jelaskan prosedur kerja pake Bahasa sendiri 7. etika penelitian bahas menggunakan kata-kata sendiri	
2	Jumat 22 Agustus 2025	APENDISITIS POST APENDIKTOMI	1.Ubah kata pengantar perbaiki 2. Tambahkan penomoran halaman dibagian kanan atas 3. Rapikan pengetikan 4. Tambahkan lampiran	
3	Kamis 18 september 2025	APENDISITIS POST APENDIKTOMI	1.Perbaikan pemgetikan	
4	Jumad 19 sepetember 2025	APENDISITIS POST APENDIKTOMI	ACC	

Mengetahui  
 Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende  
  
**Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns,Sp,Kep,Kom**  
**NIP. 196601141991021001**



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN ENDE**  
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba – Kupang, Telp: (0380) 8800256  
 Fax (0380) 8800256; Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI KTI**

Nama : Siti Hajar Idris  
 NIM : PO5303202220028  
 Pembimbing Utama : Try Ayu Patmawati S.Kep.,Ns.Kes  
 Pembimbing Pendamping : Maria Salestina Sekunda, SST., Ns. M.Kes

NO	TANGGAL	MATERI	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	Kamis 6 Sepetember 2025	APENDISITIS POST APENDIKTOMI	1. Bagian kata pengantar d nomor 3 tambahkan sedikit kata-kata 2. Lembaran pengesahan d ubah menjadi halaman ke 2 dan setrusnya 3. Daftar isi sesuaikan dengan yang d ubah 4. Abstrak ukuran found 10 5. Buatlah lembar konsul baru	Ay
2			Acc	Ay
3				

Mengetahui

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Ende



**Aris Wawomeo, M.Kep.,Ns,Sp,Kep.Kom**  
 NIP. 196601141991021001

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. DATA DIRI

Nama : Siti Hajar Idris  
 Tempat/Tanggal lahir : Ende, 13 Januari 2002  
 Alamat : Jl. Nusantara  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Agama : Islam  
 Nama Ayah : Idris Tayib  
 Nama Ibu : Juwita Basri

### B. RIWAYAT PENDIDIKAN

SD Inspress Roja 1 : 2011-2016  
 MTS Negeri 1 Ende : 2016-2018  
 MAN Ende : 2018-2020  
 Program Studi DIII : 2022-2025  
 Keperawatan Ende  
 Program Studi DIII : 2022-2025  
 Keperawatan Ende :

#### MOTO

*“Allah tidak membebani seseorang melainkan dia mendapat (pahala) dari (kejahatan) yang diperbuatnya”*

*(Q.S Al-Baqarah:286)*

*“Harap dan kesabaran jangan berputus asa”*