

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST  
LAPARATOMI EKSPLORASI DENGAN NYERI  
AKUT DIRUANG MARJAN BAWAH RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH  
DR.SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya  
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan  
STIKes Bhakti Kencana Bandung**

**Oleh :**

**Mila Widianti  
NIM : AKX.16.174**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Mila Widianti  
NIM : AKX.16.174  
Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Laparotomi Eksplorasi*  
Di Ruang Marjan Bawah Rumah Sakit Umum Daerah  
Dr.Slamet Garut.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambilan alihan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan di sebutkan dalam daftar pustaka.Apabila kemudian hari terbukti atau dapat di buktikan Karya Tulis ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung,.....,Agustus 2019

Yang Membuat Pernyataan



Mila Widianti

Akx.16.174

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST LAPARATOMI  
EKSPLOKASI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG  
MARJAN BAWAH RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH DR.SLAMET GARUT**

**OLEH**

**MILA WIDIANTI**

**AKX.16.174**

Karya tulis ilmiah ini telah di setujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti yang tertera di bawah ini

23 Agustus 2019

**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama**



**Ade Tika Herawati, M.Kep**  
**NIK: 10107069**

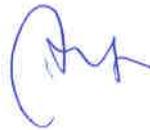
**Pembimbing Pendamping**



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep**  
**NIK: 1011603**

**Mengetahui,**

**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep**  
**NIK: 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST LAPARATOMI  
EKSPLOKORASI DENGAN NYERI AKUT DIRUANG  
MARJAN BAWAH RUMAHSAKIT UMUM  
DAERAH DR.SLAMET GARUT**

**OLEH**

**MILA WIDIANTI**

**AKX.16.174**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, pada Tanggal 23 Agustus 2019

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Ade Tika Herawati, M.Kep.  
(Pembimbing Utama)**

(.....  
)

**Anggota:**

**1. Sumbara, M.Kep.  
(Penguji I)**

(.....  


**2. Angga Satria P, S.Kep.,Ners.,M.Kep.  
(Penguji II)**

(.....

**3. Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep.  
(Pembimbing Pendamping)**

(.....  


**Mengetahui,  
STIKes Bhakti Kencana Bandung  
Ketua**



**Bol Siti. Jundiah, S.Kp.,M.Kep  
NIK : 10107064**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST LAPARATOMI EKSPLORASI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MARJAN BAWAH RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR.SLAMET GARUT”** dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak pernah berdiri sendiri, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah turut serta membantu proses hingga terwujudnya harapan dan tujuan penulis dengan baik, ucapan terima kasih ini penulis sampaikan yang sebesar-besarnya kepada :

1. H. Mulyana, S.H., M.Pd., MH.Kes. Selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh pendidikan D3 Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep. Selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprpti, S.Kp.,M.Kep. Selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung dan sekaligus pembimbing pendamping, yang sudah memberikan bimbingan, saran serta motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Ade Tika Herawati, M.kep. Selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, saran serta motivasi yang sangat berguna dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. dr. H. Maskut Farid MM. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
6. Elis Rahmawati, S.Kep.,Ners. Selaku CI Ruangn Marjan Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Dr. Slamet Garut.
7. Seluruh anggota Ruangn Marjan Bawah yang telah begitu baik memperlakukan saya selama melakukan penelitian ini.
8. Kedua orangtua tercinta yaitu Ayahanda Asep Barnas dan Ibunda Oom Komariah yang telah memberikan cinta, doa serta pengorbanan material maupun finansial.
9. Nenek tercinta nenek U.Maemunah dan Almarhum kakek tercinta kakek Dudung yang meninggal pada saat saya menyelesaikan praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut kemarin, karena kasih sayangnya yang begitu besar saya bisa melanjutkan perkuliahan sampai saat ini.
10. Kakak tercinta Karina Hapsyah dan Bahtiar Maulana yang selalu memberikan dukungan dan semangat selama ini, serta adik tercinta Muhammad Fakhrol Rizqi yang selalu menghibur saya.

11. Seseorang yang selalu ada untuk saya selama 5 tahun ini dan memberikan semangat, motivasi serta dukungan untuk segera menyelesaikan perkuliahan dan tugas akhir ini.
12. Astuti Santika, Ricka Rizki Ismayanti, Rifa Novanty dan Yani Aryani yang telah memberikan semangat, motivasi, dan dukungan selama mengerjakan tugas akhir ini.
13. Teman - teman seperjuangan DIII Keperawatan angkatan 2016-2019 yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus.
14. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari dalam penyusunan Peroposal Penelitian ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan Karya Tulis Ilmiah yang lebih baik.

Bandung, .....,Agustus 2019

Mila Widianti

AKX.16.174

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Apendisitis perforasi adalah pecahnya apendiks yang menyebabkan pus masuk ke dalam rongga perut. Angka kejadian kasus apendisitis di RSUD Dr. Slamet Garut pada tahun 2018 sebanyak 33% dari penyakit gangguan sistem pencernaan lainnya. Pada apendisitis perforasi dilakukan operasi laparotomi eksplorasi yang akan menyebabkan nyeri. Dampak negatif dari nyeri yang tidak ditangani akan mengakibatkan penyembuhan yang lambat, gangguan mobilisasi, dan terjadinya nyeri kronik. **Tujuan:** Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien *post laparotomi eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr Slamet Garut. **Metode:** Metode studi kasus yang mengeksplor tentang asuhan keperawatan pada klien *post laparotomi eksplorasi* dengan nyeri akut pada dua klien selama tiga hari. **Hasil:** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari dengan memberikan intervensi farmakologi dan non farmakologi salahsatunya relaksasi nafas dalam pada kedua klien, nyeri dapat teratasi ditandai dengan penurunan skala nyeri dari sedang menjadi ringan di hari ketiga. **Diskusi:** Pada kedua klien ditemukan masalah nyeri akut, setelah dilakukan intervensi non farmakologi salahsatunya relaksasi nafas dalam pada kedua klien selama tiga hari, terdapat penurunan skala nyeri dari sedang menjadi ringan di hari ketiga. Penulis menyarankan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam pada klien *post laparotomi eksplorasi* untuk mengatasi nyeri akut.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, *Post Laparotomi Eksplorasi*.

Daftar Pustaka : 8 buku (2010 – 2018) , 4 jurnal (2012 - 2018), 4 *website*

## ABSTRACT

**Background:** *Perforated appendicitis is rupture of the appendix which causes pus into the abdominal cavity. The incidence of appendicitis in Dr. Slamet Garut in 2018 as much as 33% of other digestive system disorders. In perforated appendicitis, an exploratory laparotomy operation is performed which will cause pain. The negative impact of pain that is not treated will result in slow healing, impaired mobilization, and the occurrence of chronic pain. Objective: To be able to carry out nursing care for post Laparotomi exploratory clients with acute pain in the Marjan Room below Dr. Slamet Garut Regional Hospital. Methods: A case study method that explored nursing care for exploratory post-laparotomy clients with acute pain in two clients for three days. Results: after three days of nursing care by providing pharmacological and non-pharmacological interventions, one of them is deep breathing relaxation on both clients, the pain can be resolved marked by a decrease in pain scale from moderate to mild on the third day. Discussion: In both clients there were acute pain problems, after non-pharmacological intervention, one of them was deep breathing relaxation for both clients for three days, there was a decrease in pain scale from moderate to mild on the third day. The author suggests to use deep breathing relaxation techniques for post Laparotomi exploratory clients to deal with acute pain.*

*Keywords: Acute Pain, Nursing Care, Post Laparotomi Exploration.*

*Bibliography: 8 books (2010 - 2018), 4 journals (2012 - 2018), 4 websites*

## DAFTAR ISI

<b>Lembar Pernyataan .....</b>	<b>i</b>
<b>Lembar Persetujuan .....</b>	<b>ii</b>
<b>Lembar Pengesahan.....</b>	<b>iii</b>
<b>Kata Pengantar .....</b>	<b>iv</b>
<b>Abstrak.....</b>	<b>vii</b>
<b>Daftar Isi .....</b>	<b>viii</b>
<b>Daftar Gambar .....</b>	<b>xi</b>
<b>Daftar Bagan .....</b>	<b>xii</b>
<b>Daftar Tabel.....</b>	<b>xiii</b>
<b>Daftar Lampiran .....</b>	<b>xiv</b>
<b>Daftar Singkatan .....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Konsep Penyakit .....	8
2.1.1 Definisi Apendisitis .....	8
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Pencernaan .....	9
2.1.3 Patofisiologi Apendisitis.....	14
2.1.4 Etiologi Apendisitis .....	16
2.1.5 Manifestasi Klinis Apendisitis.....	17
2.1.6 Penatalaksanaan Apendisitis.....	17

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Apendisitis .....	18
2.2 Konsep Nyeri .....	19
2.2.1 Definisi Nyeri.....	19
2.2.2 Sifat Nyeri.....	19
2.2.3 Teori Nyeri.....	20
2.2.4 Klasifikasi Nyeri .....	21
2.2.5 Pengukuran Intensitas Nyeri .....	23
2.2.6 Manajemen Penatalaksanaan Nyeri .....	25
2.3 Konsep Relaksasi Nafas Dalam .....	26
2.3.1 Definisi Teknik Relaksasi Nafas Dalam .....	26
2.3.2 Tujuan dan Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam .....	26
2.3.3 Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam.....	26
2.3.4 Faktor-Faktor yang mempengaruhi.....	27
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Laparatomi.....	28
2.4.1 Pengkajian.....	28
2.4.2 Diagnosa Keperawatan .....	33
2.4.3 Intervensi Keperawatan .....	33
2.4.4 Implementasi Keperawatan.....	43
2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	43
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>44</b>
3.1 Desain Penelitian.....	44
3.2 Batasan Istilah .....	44
3.3 Partisipan/Responden/Subyek.....	45
3.4 Lokasi Dan Waktu.....	46
3.5 Pengumpulan Data .....	46
3.6 Uji Keabsahan Data.....	47
3.7 Analisa Data .....	47
3.8 Etik Penulisan .....	48
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>52</b>
4.1 Hasil .....	52
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	52
4.1.2 Pengkajian.....	53
4.1.3 Diagnosa Keperawatan .....	64
4.1.4 Intervensi Keperawatan .....	67
4.1.5 Implementasi Keperawatan.....	71
4.1.6 Evaluasi Keperawatan.....	77
4.2 Pembahasan.....	78
4.2.1 Pengkajian.....	79

4.2.2	Diagnosa Keperawatan .....	81
4.2.3	Intervensi Keperawatan .....	83
4.2.4	Implementasi Keperawatan.....	87
4.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	89
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>		<b>90</b>
5.1	Kesimpulan .....	90
5.1.1	Pengkajian .....	90
5.1.2	Diagnosa .....	90
5.1.3	Perencanaan .....	90
5.1.4	Implementasi.....	91
5.1.5	Evaluasi.....	91
5.2	Saran.....	92
5.2.1	Pendidikan.....	92
5.2.2	Rumah Sakit.....	92
5.2.3	Perawat.....	93
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>		<b>94</b>
<b>LAMPIRAN</b>		

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Sistem Pencernaan.....	9
Gambar 2.2	Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana.....	23
Gambar 2.3	Skala Intensitas Nyeri Numerik .....	24
Gambar 2.4	Skala Intensitas Nyeri <i>Visual Analog Scale</i> .....	25

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1	Pathway Apendisitis.....	14
-----------	--------------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi Nyeri Akut.....	34
Tabel 2.2	Intervensi Resiko Infeksi .....	38
Tabel 2.3	Intervensi Defisiensi Pengetahuan .....	42
Tabel 4.1	Identitas .....	53
Tabel 4.2	Riwayat Kesehatan.....	54
Tabel 4.3	Pola Aktivitas Sehari-hari .....	55
Tabel 4.4	Pemeriksaan Fisik .....	56
Tabel 4.5	Pemeriksaan Psikologi .....	60
Tabel 4.6	Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	61
Tabel 4.7	Program Dan Rencana Pengobatan.....	62
Tabel 4.8	Analisa Data.....	62
Tabel 4.9	Diagnosa Keperawatan .....	64
Tabel 4.10	Intervensi Keperawatan.....	67
Tabel 4.11	Implementasi Keperawatan.....	71
Tabel 4.12	Evaluasi Keperawatan.....	78

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran II Lembar Observasi
- Lampiran III Format Review Artikel
- Lampiran IV Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran III Leaflet
- Lampiran IV Jurnal
- Lampiran V Daftar Riwayat Hidup

## DAFTAR SINGKATAN

ADL	: <i>Activities Daily Living</i>
CT Scan	: <i>Computed Tomography Scan</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IASP	: <i>Internasional Association for Study of Pain</i>
IV	: <i>Intra Vena</i>
POD	: <i>Post Operation Day</i>
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Masa kini tidak semua orang dapat menjaga kesehatannya, di era yang semakin maju semakin banyak pula makanan yang bisa memicu berbagai penyakit, seperti meningkatnya konsumsi makanan cepat saji, yang tinggi karbohidrat dan rendah serat dapat meningkatkan risiko radang usus buntu (apendiks). Sebagian orang mempunyai aktivitas yang banyak dan kesibukan masing-masing hal ini menyebabkan orang tersebut mengabaikan nutrisi makanan yang dikonsumsinya. Akibatnya terjadi kesulitan buang air besar yang akan menyebabkan peningkatan tekanan pada rongga usus dan pada akhirnya menyebabkan sumbatan pada saluran apendiks. (Arifuddin, 2017)

Berdasarkan data di dunia menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2014 prevalensi kasus apendisitis di dunia sebanyak 11%. Kejadian apendisitis di Indonesia menurut data yang dirilis oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun pada tahun 2013 jumlah penderita apendisitis di Indonesia mencapai 18% dan meningkat pada tahun 2014 sebesar 20%. Dinas kesehatan Jawa Barat menyebutkan pada tahun 2013, jumlah kasus Apendisitis di Jawa Barat sebanyak 15% . Angka kejadian kasus apendisitis di RSUD Dr. Slamet Garut pada tahun 2018 sebanyak 33% dari penyakit gangguan sistem pencernaan lainnya. Dengan prevalensi seluruh angka kejadian apendisitis tersebut menyatakan bahwa apendisitis merupakan gangguan sistem pencernaan yang banyak di derita.

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

Peradangan pada apendiks terjadi jika ada sisa-sisa makanan yang terjebak dan tidak dapat keluar dari umbai cacing (apendiks), sehingga lama kelamaan umbai cacing tersebut akan membusuk dan akan timbul peradangan. Dalam masa peradangan usus buntu tersebut ditandai dengan adanya nanah, apabila umbai cacing tersebut tidak segera dibuang dengan cara di operasi maka lama kelamaan akan menyebabkan perforasi, jika sudah mengalami perforasi maka harus dilakukan tindakan operasi laparatomi. Tindakan operasi laparatomi merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan pada usus akibat terjadinya perlekatan usus. (Dermawan, 2010).

Masalah keperawatan yang muncul pada kasus apendisitis sebelum tindakan operasi adalah nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi, resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan output berlebih, resiko infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya pertahanan utama, dan kecemasan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang pengobatan, sedangkan setelah tindakan operasi adalah nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan, resiko infeksi berhubungan dengan invasi kuman pada luka operasi, dan defisiensi pengetahuan tentang kondisi prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi (Dermawan, 2010).

Nyeri akut merupakan masalah keperawatan yang dominan pada pasien pasca operasi Laparotomi. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan (*International Association for the study of pain*); awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

Nyeri apabila tidak diatasi akan berdampak negatif pada penderita pasca pembedahan seperti kegelisahan (gangguan tidur), perubahan hemodinamik (hipertensi, takikardi), penurunan gerakan nafas sehingga menyebabkan kemampuan batuk menurun yang akan mempermudah terjadinya atelektasis, ketakutan untuk mobilisasi akan meningkatkan resiko komplikasi tromboemboli dan meningkatkan pelepasan katekolamin yang menyebabkan peningkatan resistensi vaskuler, memperpanjang fase katabolik, menurunkan aliran darah ke ekstremitas inferior dan menurunkan sirkulasi darah ke splanchnicus. (Lolo 2017)

Dampak negatif dari nyeri yang tidak ditangani akan mengakibatkan penyembuhan yang lambat, gangguan mobilisasi, faktor resiko untuk terjadinya nyeri kronik, jangka waktu rawatan di rumah sakit bertambah. Maka dari itu dalam hal ini peran perawat sangat diperlukan untuk membantu proses penyembuhan klien, seperti membantu mengontrol dan manajemen nyeri baik secara farmakologi dengan obat anti nyeri yang bekerjasama

dengan dokter, maupun secara non farmakologi salahsatunya relaksasi nafas dalam melalui asuhan keperawatan kepada klien. (Lolo, 2017)

Peran perawat untuk mengatasi nyeri akut pada klien *post laparotomi eksplorasi* adalah memberikan intervensi keperawatan non farmakologi (relaksasi nafas dalam), sehingga masalah keperawatan dapat teratasi sesuai dengan yang diharapkan.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien *Post Laparotomi Eksplorasi* melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Laparotomi Eksplorasi Dengan Nyeri Akut Di Ruang Marjan Bawah Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Slamet Garut”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *Post Laparotomi Eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu melakukan asuhan keperawatan pada klien *Post Laparotomi Eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut secara komprehensif meliputi aspek bio, psiko, spiritual, dalam bentuk pendokumentasian.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada klien *Post Laparotomi Eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada klien *Post Laparotomi Eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Mampu menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien *Post Laparotomi Eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien *Post Laparotomi Eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada klien *Post Laparotomi Eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada klien *Post Laparotomi Eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Teoritis**

Hasil dari penelitian ini dapat menjadi landasan dalam pengembangan pembelajaran keperawatan. Selain itu juga menjadi nilai pengetahuan ilmiah dalam bidang keperawatan.

### **1.4.2 Praktis**

#### **a. Bagi Perawat**

Manfaat praktis penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bagi perawat yaitu perawat dapat menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada klien *Post Laparatomi Eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

#### **b. Bagi Rumah Sakit**

Manfaat praktis penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan bagi klien khususnya pada klien *Post Laparatomi Eksplorasi* dengan nyeri akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr. Slamet Garut.

#### **c. Bagi Institusi Pendidikan**

Manfaat praktis bagi institusi Pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *Post Laparatomi*

*Eksplorasi dengan Nyeri Akut di Ruang Marjan Bawah RSUD Dr.*

*Slamet Garut.*

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 KONSEP PENYAKIT**

##### **2.1.1 Definisi Apendisitis**

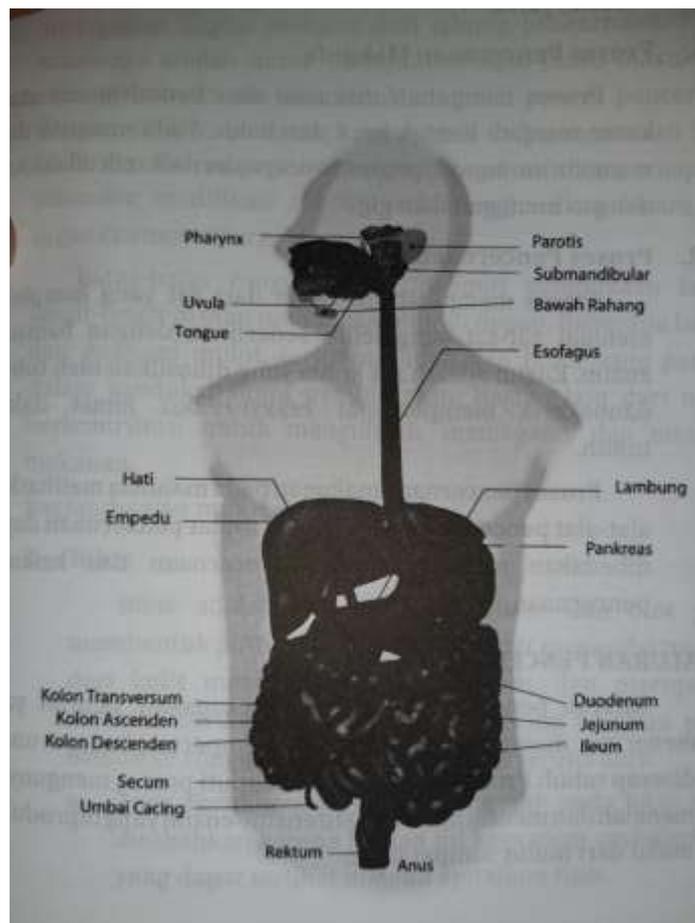
Apendisitis adalah peradangan dari apendik vermiformis yang terjadi akibat infeksi pada usus buntu dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering terjadi. Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah. (Dermawan,2010).

Berdasarkan definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa apendisitis merupakan peradangan dari apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab gangguan sistem pencernaan yang paling sering terjadi dan berbahaya jika tidak ditangani dengan segera, karena akan terjadi peradangan akut.

## 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

### 1. Anatomi Sistem Pencernaan

**Gambar 2.1**  
**Sistem pencernaan**



(Sumber : Kirnantoro & Maryana, 2012)

Sistem pencernaan atau sistem gastrointestinal (mulai dari mulut sampai anus) adalah sistem organ dalam manusia yang berfungsi untuk menerima makanan, mencernanya menjadi zat-zat gizi dan energi, menyerap zat-zat gizi ke dalam aliran darah serta membuang bagian

makanan yang tidak dapat dicerna atau merupakan sisa proses tersebut dari tubuh. Saluran pencernaan terdiri dari mulut, tenggorokan (faring), kerongkongan, lambung, usus halus, usus besar, rectum dan anus. Sistem pencernaan juga meliputi organ-organ yang terletak di luar saluran pencernaan, yaitu pankreas, hati dan kandung empedu. Anatomi sistem pencernaan antara lain :

### **1) Mulut**

Mulut adalah permulaan saluran pencernaan yang terdiri atas 2 bagian:

- a. Bagian luar yang sempit atau vestibula yaitu ruang diantara gusi, gigi, bibir, dan pipi
- b. Bagian rongga mulut / bagian dalam, yaitu rongga mulut yang dibatasi sisinya oleh tulang maksilaris, palatum dan mandibularis disebelah belakang bersambung dengan faring.

### **2) Faring**

Faring adalah tabung fibromuskular yang terdapat persis didepan tulang leher yang berhubungan dengan rongga hidung, rongga telinga tengah, dan laring. Pada umumnya faring dibagi menjadi tiga bagian yaitu: Faring nasal yang berhubungan dengan rongga hidung, Faring oral yang berhubungan dengan rongga paru-paru, dan Faring laryngeal yang berhubungan dengan epiglotis dari laring serta menuju ke Esofagus.

### **3) Esofagus**

Esofagus adalah tabung berotot pada vertebrata yang dilalui sewaktu makanan mengalir dari bagian mulut ke dalam lambung. Menurut histologi, esofagus dibagi menjadi tiga bagian: bagian superior (sebagian besar adalah otot rangka), bagian tengah (campuran otot rangka dan otot polos), serta bagian inferior (terutama terdiri dari otot polos).

### **4) Gaster (lambung)**

Merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang paling banyak terutama di daerah epigaster, lambung terdiri dari bagian atas fundus uteri berhubungan dengan esophagus melalui orifisium, terletak di bawah diafragma di depan pankreas dan limpa, menempel di sebelah kiri fundus uteri.

### **5) Usus Halus (usus kecil)**

Usus halus atau usus kecil adalah bagian dari saluran pencernaan yang terletak di antara lambung dan usus besar. Usus halus terdiri dari tiga bagian yaitu usus dua belas jari (duodenum), usus kosong (jejenum) dan usus penyerapan (ileum). Villi usus halus terdiri dari pipa berotot (> 6 cm), pencernaan 9 secara kimiawi, penyerapan makanan. Terbagi atas usus 12 jari (duodenum), usus tengah (jejenum), usus penyerapan (ileum).

**a. Usus dua belas jari (Duodenum)**

Usus dua belas jari atau duodenum adalah bagian dari usus halus yang terletak setelah lambung dan menghubungkannya ke usus kosong (jejenum).

**b. Usus Kosong (jejenum)**

Usus kosong atau jejenum (terkadang sering ditulis yeyunum) adalah bagian dari usus halus, diantara usus dua belas jari 10 (duodenum) dan usus penyerapan (ileum).

**c. Usus Penyerapan (ileum)**

Usus penyerapan atau ileum adalah bagian terakhir dari usus halus.

**6) Usus Besar (Kolon)**

Usus besar atau kolon dalam anatomi adalah bagian usus antara usus buntu dan rektum. Fungsi utama organ ini adalah menyerap air dari feses. Usus besar terdiri dari kolon ascendens (kanan), kolon transversum, kolon descendens (kiri), kolon sigmoid (berhubungan dengan rectum) .

**7) Usus Buntu (sekum)**

Usus buntu atau sekum (Bahasa Latin : *caecus*, “buta”) dalam istilah anatomi adalah suatu kantung yang terhubung pada usus penyerapan serta bagian kolon menanjak dari usus besar.

### **8) Umbai Cacing**

Umbai cacing atau apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu.

### **9) Rektum dan Anus**

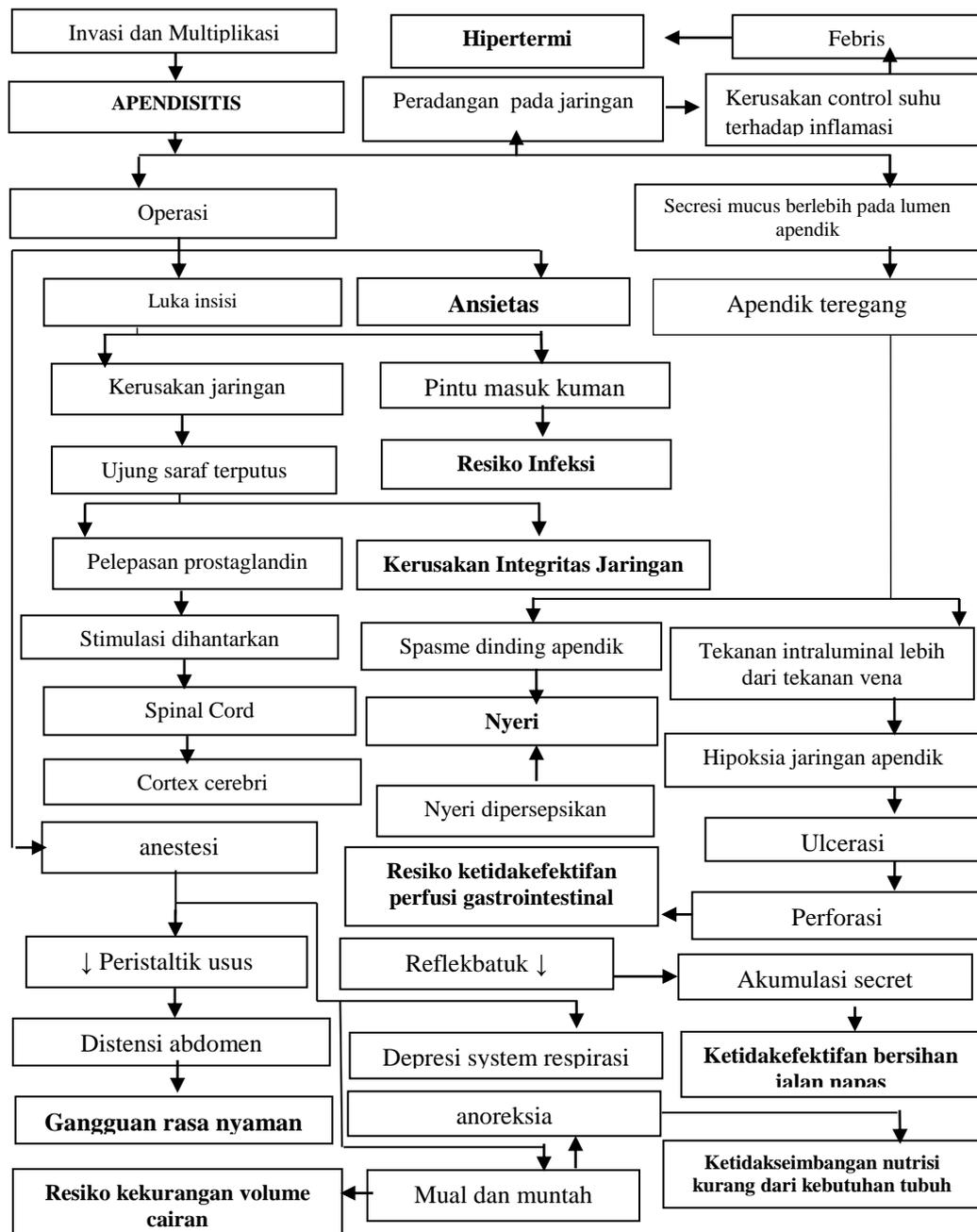
Rektum adalah sebuah ruangan yang berawal dari usus besar (setelah kolon sigmoid) dan berakhir di anus. Organ ini berfungsi sebagai tempat penyimpanan sementara feses. Anus merupakan lubang tempat pembuangan feses dari tubuh. (Kirnantoro & Maryana 2012)

## **2. Fisiologi Sistem Pencernaan**

Secara fisiologi apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir tersebut normalnya dicurahkan kedalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muaran apendiks tampaknya berperan pada patogenesis apendisitis. Immunoglobulin sekretoar yang di hasilkan oleh *Gut associated Lymphoid Tissue* ( Galt ) yang terdapat disepanjang saluran cerna termasuk apendiks adalah IgA. Immunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai pelindung infeksi. Namun demikian, pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfe disini sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan diseluruh tubuh. (Muttaqin, 2011)

### 2.1.3 Patofisiologi Apendisitis

**Bagan 2.1**  
**Pathway Apendisitis**



Sumber : Nurarif&Kusuma, 2015.

Obstruksi merupakan hal yang memicu terjadinya apendisitis. Kondisi obstruksi akan meningkatkan tekanan dan peningkatan perkembangan bakteri. Hal lain akan terjadi peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding apendiks yang berlanjut pada nekrosis dan inflamasi apendiks. Pada fase ini pasien akan mengalami nyeri pada area periumbilikal. Dengan berlanjutnya proses inflamasi, maka pembentukan eksudat akan terjadi pada permukaan serosa apendiks. Ketika eksudat ini berhubungan dengan parietal peritoneum, maka intensitas nyeri khas akan terjadi.

Dengan berlanjutnya proses obstruksi, bakteri akan berproliferasi dan meningkatkan tekanan intraluminal dan membentuk infiltrat pada mukosa dinding apendiks yang disebut dengan apendisitis mukosa. Adanya penurunan perfusi pada dinding akan menimbulkan iskemia dan nekrosis disertai peningkatan intraluminal yang disebut dengan apendisitis nekrosis. Proses patogenesis terhadap respon perlawanan bakteri membweikan manifestasi pembentukan nanah atau abses yang terakumulasi pada lumen apendiks yang disebut dengan apendisitis supuratif.

Berlanjutnya kondisi apendisitis akan meningkatkan resiko terjadinya perforasi dan pembentukan massa periapendikular. Perforasi dengan cairan inflamasi dan bakteri masuk ke rongga abdomen lalu memberikan respon inflamasi permukaan peritoneum dan terjadi peritonitis. Apabila perforasi apendiks disertai dengan material abses, maka akan memberikan manifestasi nyeri lokal akibat akumulasi abses dan akan memberikan respon peritonitis. (Muttaqin, 2011)

#### 2.1.4 Etiologi Apendisitis

Apendiks merupakan organ yang belum diketahui fungsinya tetapi menghasilkan lender 1-2 ml per hari yang normalnya dicurahkan kedalam lumen dan selanjutnya mengalir kesekum. Hambatan aliran lendir dimuara apendiks tampaknya berperan dalam pathogenesis apendiks. ( Nurrarif&Kusuma, 2015 )

Menurut klasifikasi:

- a) Apendisitis akut merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendik. Selain itu hiperplasia jaringan limf, fokalit (tinja/batu), tumor apendiks, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasit (*E. Histolytica*)
- b) Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukan laparatomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendisitis tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.
- c) Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik).

### **2.1.5 Manifestasi Klinis Apendisitis**

Gejala awal yang khas, yang merupakan gejala klasik apendisitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium di sekitar umbilikus atau periumbilikus. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah, dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatik setempat. Namun terkadang tidak terasa adanya nyeri di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi. Terkadang apendisitis juga disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5-38,5°C. (Nurrarif&Kusuma, 2015)

### **2.1.6 Penatalaksanaan Apendisitis**

Penatalaksanaan medis pada apendisitis meliputi penatalaksanaan pada unit gawat darurat, terapi farmakologis dan terapi bedah.

- 1) Intervensi pada unit gawat darurat
  - a. Tujuan intervensi kedaruratan yang dilakukan pada pasien apendiks adalah memberikan cairan untuk mencegah dehidrasi dan septikemia.
  - b. Pasien di puasakan dan tidak ada asupan apapun secara oral.
  - c. Pemberian analgetik dan antibiotik.

- 2) Terapi farmakologis.

Perioperatif antibiotik untuk menurunkan resiko infeksi pasca bedah.

### 3) Terapi bedah.

Bila diagnosa klinis sudah jelas, maka tindakan paling tepat adalah laparotomi dan merupakan satu-satunya pilihan yang terbaik. Penundaan tindakan bedah sambil pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi. Laparotomi bisa dilakukan secara terbuka ataupun dengan cara laparaskopi. (Muttaqin, 2011)

## 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Apendisitis

### 1. Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm<sup>3</sup>.

Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).

### 2. Pemeriksaan Radiologi

- a) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit.
- b) Ultrasonografi (USG) untuk menemukan fekalit non-klasifikasi, apendik non-perforasi, abses apendik.
- c) Pemeriksaan CT scan untuk mendeteksi apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.
- d) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram. (Nurarif&Kusuma, 2015)

## **2.2 KONSEP NYERI**

### **2.2.1 Definisi Nyeri**

Nyeri (*Pain*) adalah kondisi perasaan yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karna perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengefakuasi rasa nyeri yang dialaminya (Andarmoyo,2013).

*Internasional Association for Study of Pain (IASP)*, mendefenisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan (Andarmoyo,2013).

Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti di tusuk-tusuk, panas terbakar, melilit, seperti emosi, perasaan takut dan mual (Andarmoyo,2013).

### **2.2.2 Sifat Nyeri**

Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Terdapat empat atribut pasti untuk pengalaman nyeri, yaitu: nyeri bersifat individual, tidak menyenangkan, merupakan suatu kekuatan yang mendominasi, bersifat tidak berkesudahan (Andarmoyo, 2013).

### 2.2.3 Teori Nyeri

a. Teori Spesivitas (*Specivicity Theory*)

Teori Spesivitas ini diperkenalkan oleh Descartes, teori ini menjelaskan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri yang spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu ke pusat nyeri di otak (Andarmoyo, 2013).

b. Teori Pola (*Pattern theory*)

Teori Pola diperkenalkan oleh Goldscheider pada tahun 1989, teori ini menjelaskan bahwa nyeri disebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang dirangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari impuls saraf (Andarmoyo, 2013).

c. Teori Pengontrol Nyeri (*Theory Gate Control*)

Teori gate control dari Melzack dan Wall (1965) menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat, dimana impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup (Andarmoyo, 2013).

d. *Endogenous Opiat Theory*

Teori ini dikembangkan oleh Avron Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiat yang terjadi selama alami didalam tubuh, substansi ini disebut endorphine. Endorphine mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri.

Endorphine kemungkinan bertindak sebagai neurotransmitter maupun neoromodulator yang menghambat transmisi dari pesan nyeri (Andarmoyo, 2013).

#### **2.2.4 Klasifikasi Nyeri**

##### **a. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi**

###### **1) Nyeri Akut**

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat), dan berlangsung untuk waktu yang singkat kurang dari 3 bulan (Andarmoyo, 2013)

###### **2) Nyeri kronik**

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, Nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 3 bulan (Andarmoyo, 2013).

##### **b. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal**

###### **1) Nyeri Nosiseptif**

Nyeri nosiseptor ini dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang, sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain (Andarmoyo, 2013).

## 2) Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang di dapat pada struktur saraf perifer maupun sentral , nyeri ini lebih sulit diobati (Andarmoyo, 2013).

### c. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

#### 1) Supervisial atau kutaneus

Nyeri supervisial adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan berlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam (Andarmoyo, 2013).

#### 2) Viseral Dalam

Nyeri viseral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal. Nyeri ini bersifat difusi dan dapat menyebar kebeberapa arah. Nyeri ini menimbulkan rasa tidak menyenangkan dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. (Andarmoyo, 2013)

#### 3) Nyeri Alih (*Referred pain*)

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karna banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Karakteristik nyeri dapat terasa di bagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik (Andarmoyo, 2013).

#### 4) Radiasi

Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristik nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang kebagian tubuh. (Andarmoyo, 2013)

### 2.2.5 Pengukuran Intensitas Nyeri

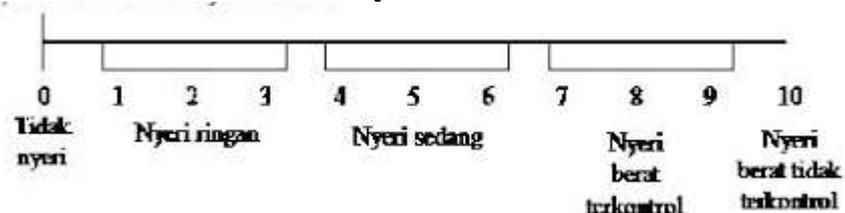
Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda (Andarmoyo, 2013).

Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan pendekatan objektif juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Andarmoyo, 2013).

Beberapa skala intensitas nyeri :

#### a. Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana

**Gambar 2.2**  
**Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana**

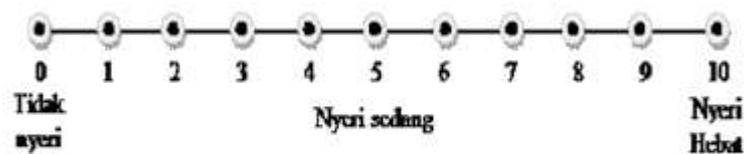


(Andarmoyo, S. (2013). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri, Jogjakarta: Ar-Ruzz)

Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor scale, VDS*) merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS diranking dari ” tidak nyeri” sampai ”nyeri yang tidak tertahankan”(Andarmoyo, 2013). Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Alat ini memungkinkan klien memilih sebuah ketegori untuk mendeskripsikan nyeri (Andarmoyo, 2013).

b. Skala Intensitas Nyeri Numerik

**Gambar 2.3**  
**Skala Intensitas Nyeri Numerik**

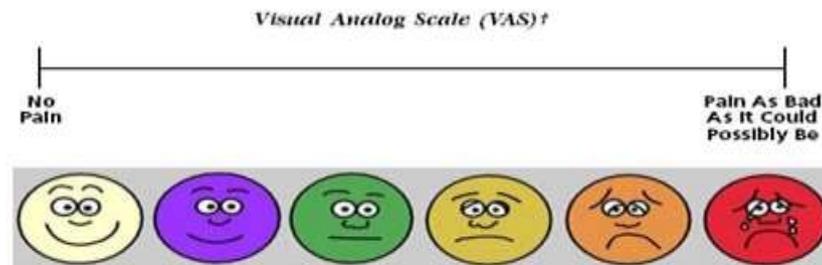


(Andarmoyo, S. (2013). *Konsep & Proses Keperawatan Nyeri*,  
Jogjakarta: Ar-Ruzz.)

Skala penilaian numerik (*Numerical rating scale, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi (Andarmoyo, 2013)

c. Skala Intensitas Nyeri *Visual Analog Scale*

**Gambar 2.4**  
**Skala Intensitas Nyeri Visual Analog Scale**



(Andarmoyo, S. (2013). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri, Jogjakarta: Ar-Ruzz.)

Skala analog visual ( *Visual Analog Scale*) merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsian verbal pada setiap ujungnya (Andarmoyo, 2013)

## 2.2.6 Manajemen Penatalaksanaan Nyeri

d. Manajemen Non Farmakologi

Manajemen nyeri nonfarmakologi merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan, manajemen non farmakologi merupakan tindakan dalam mengatasi respon nyeri klien secara mandiri seperti melakukan relaksasi nafas dalam. (Andarmoyo, 2013).

e. Manajemen Farmakologi

Manajemen nyeri farmakologi merupakan metode yang menggunakan obat-obatan dalam praktik penanganannya. Cara dan metode ini memerlukan instruksi dari medis.(Andarmoyo, 2013).

## **2.3 KONSEP RELAKSASI NAFAS DALAM**

### **2.3.1 Definisi Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Andarmoyo, 2013).

### **2.3.2 Tujuan dan Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Teknik relaksasi nafas dalam saat ini masih menjadi metode relaksasi yang termudah. Metode ini mudah dilakukan karena pernafasan itu sendiri merupakan tindakan yang dapat dilakukan secara normal tanpa perlu berfikir atau merasa ragu. Tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan. Sedangkan manfaat yang dapat dirasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketenteraman hati, dan berkurangnya rasa cemas

### **2.3.3 Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam**

Bentuk pernafasan yang digunakan pada prosedur ini adalah pernafasan diafragma yang mengacu pada pendataran kubah diafragma selama

inspirasi yang mengakibatkan pembesaran abdomen bagian atas sejalan dengan desakan udara masuk selama inspirasi.

Adapun langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut:

- 1) Usahakan rileks dan tenang.
- 2) Menarik nafas yang dalam melalui hidung dengan hitungan 1,2,3,kemudian tahan sekitar 5-10 detik.
- 3) Hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan.
- 4) Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskannya lagi melalui mulut secara perlahan-lahan.
- 5) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang.
- 6) Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.

#### **2.3.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Teknik Relaksasi Nafas Dalam terhadap Penurunan Nyeri.**

Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme (Andarmoyo,2013), yaitu:

- 1) Dengan merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostagladin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik.
- 2) Teknik relaksasi nafas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphin dan enkefalin.

Pernyataan lain menyatakan bahwa penurunan nyeri oleh teknik relaksasi nafas dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan, maka ini menyebabkan terjadinya penurunan kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stress seseorang sehingga dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat klien merasa tenang untuk mengatur ritme pernafasan menjadi teratur. Hal ini akan mendorong terjadinya peningkatan kadar PaCO<sub>2</sub> dan akan menurunkan kadar pH sehingga terjadi peningkatan kadar oksigen (O<sub>2</sub>) dalam darah (Andarmoyo, 2013).

## **2.4 KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN POST LAPARATOMI**

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan.

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan awal interaksi antara perawat dan pasien dengan pengkajian akan didapatkan data yang nantinya akan mendukung proses keperawatan dan pengobatan. Dengan pengkajian yang baik dan benar, kita akan mendapatkan data yang sangat bermanfaat untuk peningkatan atau kesembuhan pasien (Dermawan, 2010).

a. Pengumpulan data

1. Identitas klien dan penanggung jawab

Terdiri dari nama, usia, alamat, nomor rekam medic, diagnosa, tanggal masuk rumah sakit, dan sebagainya terkait klien dan penanggung jawab.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan Utama :

Klien dengan post operasi laparotomi mempunyai keluhan utama nyeri akibat tindakan operasi. Di keluhan utama yang di dapat kemudian dikembangkan dengan menggunakan tehnik PQRST. Nyeri dirasakan bertambah apabila klien melakukan aktivitas dan berkurang jika diistirahatkan. Nyeri dirasakan seperti tajam atau menusuk. Nyeri dirasakan di daerah abdomen atau di daerah luka operasi dengan skala nyeri tergantung dari klien dan kapan nyeri timbul tergantung yang dirasakan klien.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi riwayat kesehatan dahulu yang berhubungan dengan penyakit yang diderita klien pada saat ini.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji riwayat kesehatan keluarga yang serupa dengan penyakit yang diderita klien pada saat ini, ataupun kebiasaan kurang mengkonsumsi makanan berserat.

## 5. Pengkajian Psikososial

Pengkajian psikososial biasanya didapatkan kecemasan akan nyeri hebat atau akibat respon pembedahan. Pada beberapa klien juga di dapatkan mengalami ketidakefektifan pola koping berhubungan dengan perubahan peran keluarga.

## 6. Pola Aktivitas Sehari-hari

### a. Pola Nutrisi

Mengkaji pola nutrisi makan dan minum klien selama di rumahsakit biasanya respon setiap klien berbeda-beda.

### b. Pola Eliminasi

Mengkaji pola eliminasi BAB biasanya terjadi konstipasi atau diare, mengkaji BAK klien selama di rumahsakit biasanya mengalami perubahan.

### c. Pola Istirahat Tidur

Mengkaji kebutuhan tidur klien selama dirumahsakit tercukupi atau tidak, atau mengalami perubahan setelah dilakukan tindakan pembedahan.

### d. Personal Hygiene

Biasanya mengalami perubahan seiring dengan hambatan yang dialami klien setelah dilakukan tindakan pembedahan.

### e. Aktivitas

Dilakukan pengkajian apa saja yang dapat dilakukan oleh klien secara mandiri maupun dibantu.

## 7. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik adalah cara pengumpulan data melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi (Mardalena, 2012)

### a. Sistem Pernafasan

Mengkaji adanya sesak nafas akibat nyeri.

### b. Sistem Kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami takikardi, mengalami hipertensi akibat respon dari nyeri, atau mengalami hipotensi akibat kelemahan dan tirah baring, CRT biasanya normal, di kaji keadaan konjungtiva, adanya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.

### c. Sistem Pencernaan

Pada klien post operasi laparatomi kaji nyeri yang dirasakan di abdomen, seberat apa nyeri yang dirasakan klien, serta auskultasi bising usus.

### d. Sistem Muskuloskeletal

Secara umum klien akan mengalami kelemahan otot, tetapi akan berangsur kembali seperti semula tetapi respon setiap klien berbeda-bedah

### e. Sistem Integumen

Terdapat luka di abdomen karena insisi pembedahan, turgor kulit membaik seiring dengan intake oral

f. Sistem Perkemihan

Setelah dilakukan tindakan operasi klien biasanya mengalami penurunan output urine, hal ini terjadi karena klien berpuasa sebelum tindakan operasi, tetapi output urine akan normal kembali seiring dengan peningkatan intake oral.

g. Sistem Persyarafan

Mengkaji tingkat kesadaran, penurunan sensori, nyeri dan refleks, mengkaji fungsi dari saraf kranial dan cerebral, umumnya klien tidak mengalami penyimpangan apapun dalam sistem persyarafan.

8. Data Psikososial

Pada umumnya stabilitas emosi klien baik, dapat juga terjadi klien akan merasa dirinya tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan tidak kooperatif.

9. Data Sosial

Pada umumnya klien dapat berinteraksi dengan baik dengan orang-orang di sekitarnya, dapat juga klien merasa ingin sendiri dan tidak mau berinteraksi.

10. Data Spiritual

Klien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual berhubungan dengan kelemahan fisik dan ketidakmampuan dalam beribadah.

11. Data Penunjang

a) Laboratorium

Kenaikan sel darah putih (leukosit) menunjukkan adanya infeksi.

b) USG

Untuk menilai inflamasi dari apendik.

b. Analisa Data

Analisa data merupakan kemampuan perawat dalam mengembangkan daya berfikir dan penalaran yang di latar belakang ilmu pengetahuan, pengalaman dan pengertian tentang ilmu keperawatan dan proses keperawatan, sehingga dapat merumuskan suatu diagnosa. (Dermawan, 2010)

#### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga atau komunitas terhadap proses kehidupan atau masalah kesehatan. Aktual atau potensial dan kemungkinan dan membutuhkan tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah tersebut. Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada klien post operasi laparatomi :

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan.
2. Resiko infeksi berhubungan dengan invasi kuman pada luka operasi.
3. Defisiensi pengetahuan tentang kondisi prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang informasi. (Dermawan, 2010)

#### **2.4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal

yang mencakup aspek peningkatan, pencegahan, pemeliharaan serta pemulihan kesehatan . (Mardalena, 2010).

Intervensi yang diambil berdasarkan pada buku Nurarif (2015) dan Doenges (2014), karena dibuku Dermawan (2010) tidak terdapat intervensi keperawatan dan hanya sampai diagnosa keperawatan saja. Intervensi keperawatan menurut Nurarif (2015) :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan

**Tabel 2.1**

**Intervensi Nyeri Akut**

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
<p>Definisi :pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international association for the study of pain):awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang 6 bulan.</p> <p><b>Batasan karakteristik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• perubahan selera makan</li> <li>• perubahan tekanan darah</li> <li>• perubahan frekwensi jantung</li> <li>• perubahan frekwensi pernapasan</li> <li>• laporan isyarat</li> <li>• diaphoresis</li> <li>• perilaku distraksi (mis.,berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain,aktivitas yang berulang)</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>Pain level,</i></li> <li>❖ <i>Pain control,</i></li> <li>❖ <i>Comfort level</i></li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mampu mengontrol nyeri (taahu penyebab nyeri,mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri,mencari bantuan)</li> <li>2. melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. mampu mengenali nyeri (skala,intensitas,frekuensi dan tanda nyeri)</li> <li>4. menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Pain Management</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.</li> <li>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyaman</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri merupakan pengalaman subjektif . pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektifitas medikasi dan kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri.</li> <li>2. Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu satunya indikator jika klien tidak dapat</li> </ol>

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis)</li> <li>• masker wajah (mis., mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis)</li> <li>• sikap melindungi area nyeri</li> <li>• focus menyempit (mis., gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)</li> <li>• indikasi nyeri yang dapat diamati</li> <li>• perubahan posisi untuk menghindari nyeri</li> <li>• sikap tubuh melindungi</li> <li>• dilatasi pupil</li> <li>• melaporkan nyeri secara verbal</li> <li>• gangguan tidur</li> </ul> <p><b>Faktor yang berhubungan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• agen cedera (mis., biologis, zat kimia, fisik, psikologis)</li> </ul>	<p>menyatakan secara verbal.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>3. gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</li> </ul>	<p>3. Meyakinkan klien untuk mendapatkan perawatan yang intensif</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</li> </ul>	<p>4. Menentukan kultur pada klien</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</li> </ul>	<p>5. Dapat membedakan nyeri saat ini dari pola nyeri sebelumnya.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>6. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</li> </ul>	<p>6. Keberadaan perawat dapat mengurangi perasaan ketakutan dan ketidakberdayaan.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>7. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</li> </ul>	<p>7. Meredakan ketidaknyamanan dan mengurangi energi sehingga meningkatkan kemampuan koping.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>8. Kurangi faktor precipitasi nyeri</li> </ul>	<p>8. Membantu dalam menegakan diagnosis dan menentukan kebutuhan terpi</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>9. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi non farmakologi)</li> </ul>	<p>9. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping.</p>

---

---

	dan interpersonal)	
10.	Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	10. Mempermudah menentukan perencanaan
11.	Ajarkan tentang teknik non farmakologi	11. Meningkatkan istirahat, mengarahkan kembali perhatian dan meningkatkan koping.
12.	Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	12. Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
13.	Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	13. Untuk mengetahui efektifitas pengontrolan nyeri
14.	Tingkatkan istirahat	14. Mengurangi ketidaknyaman pada klien
15.	Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	15. Nyeri hebat yang tidak reda oleh tindakan rutin dapat mengindikasikan perkembangan komplikasi dan kebutuhan intervensi lebih lanjut
	<b><i>Analgesic Administration</i></b>	
16.	Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum	16. Untuk mengevaluasi medikasi dan kemajuan penyembuhan

---

---

	pemberian obat.	
17. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi		17. Mengevaluasi keefektifan terapi yang diberikan
18. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu		18. Menentukan jenis analgesik yang sesuai
19. Tentukan pilihan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal		19. Menentukan jenis rute untuk memberikan terapi
20. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur		20. Menentukan rute yang sesuai untuk terapi
21. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali		21. Untuk mengetahui perkembangan atau keefektifitasan terapi
22. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat		22. Menurunkan ketidaknyaman dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain.
23. Evaluasi efektivitas analgesik,		23. Untuk mengetahui efektifitas dari

---

tanda dan terapi  
gejala farmakologi

(Sumber : Nurarif&Kusuma, 2015, Doenges 2014)

2) Resiko infeksi berhubungan dengan invasi kuman pada luka operasi.

**Tabel 2.2**

**Intervensi Resiko Infeksi**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<p><b>Definisi</b> : rentan mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p><b>Faktor resiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan peristalsis</li> <li>• Gangguan integritas kulit</li> <li>• Vaksinasi tidak adekuat</li> <li>• Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen</li> <li>• Malnutrisi</li> <li>• Obesitas</li> <li>• Merokok</li> <li>• Stasis cairan tubuh</li> </ul> <p><b>Populasi berisiko</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terpajan pada wabah</li> </ul> <p><b>Kondisi terkait</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perubahan ph sekresi</li> <li>• Penyakit kronis</li> <li>• Penurunan kerja siliaris</li> <li>• Penurunan hemoglobin</li> <li>• Imunosupresi</li> <li>• Prosedur invasif</li> <li>• Leukopenia</li> <li>• Pecah ketubah dini</li> <li>• Pecah ketubah lambat</li> <li>• Supresi respon inflamasi</li> </ul>	<p><b>NOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <i>Immune status</i></li> <li>❖ <i>Knowledge : infection control</i></li> <li>❖ <i>Risk control</i></li> </ul> <p><b>Kriteria hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> <li>3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>4. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>5. Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Infection Control (kontrol infeksi)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain</li> <li>2. Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>3. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien</li> <li>4. Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci tangan</li> <li>5. Cuci tangan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait</li> <li>2. Individu telah mengalami gangguan dan berisiko tinggi terpajan infeksi</li> <li>3. Pertahanan lini depan ini adalah untuk klien, pemberi asuhan kesehatan dan masyarakat</li> <li>4. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit</li> <li>5. Mengurangi</li> </ol>

---

setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	resiko penyebaran infeksi
6. Gunakan baju sarung tangan sebagai alat pelindung	6. Faktor ini dapat menjadi kunci yang paling sederhana tetapi merupakan kunci terpenting untuk pencegahan infeksi yang didapat di rumah sakit
7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat	7. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat
8. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum	8. Mengurangi resiko kontaminasi silang dan infeksi terkait alat
9. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kemih	9. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri dalam saluran perkemihan
10. Tingkatkan intake nutrisi	10. Fungsi imun dipengaruhi oleh asupan nutrisi
11. Berikan tenaga antibiotik bila perlu infection protection (proteksi terhadap infeksi)	11. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob,

---

---

	jamur, dan basili gram negatif
12. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal	12. Untuk menentukan adanya infeksi
13. Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang berisiko	13. Mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
14. Berikan perawatan kulit pada area epiderma	14. mencegah akses dan membatasi pertumbuhan bakteri
15. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase	15. memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
16. Inspeksi kondisi luka dan insisi bedah	16. memberikan deteksi dini perkembangan proses infeksi
17. Dorong masukan nutrisi yang cukup	17. membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi yang statis
18. Dorong masukan cairan	18. membantu memperbaiki resistansi umum terhadap penyakit dan mengurangi resiko infeksi dari sekresi

---

---

	yang statis
19. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep	19. Terapi bersifat sistemik dan diarahkan pada organisme teridentifikasi tertentu seperti bakteri anaerob, jamur, dan basili gram negatif
20. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	20. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
21. ajarkan cara menghindrai infeksi	21. Mendeteksi dini adanya tanda dan gejala infeksi
22. laporkan kultur positif	22. Untuk mengidentifikasi patogen dan antimikroba

---

(Sumber : Nurarif&Kusuma, 2015, Doenges 2014)

- 3) Defisiensi pengetahuan tentang kondisi prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang informasi.

Tabel 2.3

## Intervensi Defisiensi Pengetahuan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Hasil	Intervensi	Rasional
<b>Defisiensi Pengetahuan</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>	
<b>Definisi :</b> keadaan atau defisien informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu, atau kemahiran.	❖ <i>Knowledge : disease process</i>	<b>Teaching : disease Process</b>	
<b>Batasan karakteristik :</b>	❖ <i>Knowledge : health behavior</i>	1. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik	b) Memberikan dasar pengetahuan sehingga klien dapat membuat pilihan terinformasi secara benar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakakuratan mengikuti perintah</li> <li>• Ketidakakuratan melakukan tes</li> <li>• Prilaku tidak tepat</li> <li>• Kurang pengetahuan</li> </ul>	<b>Kriteria hasil :</b>	2. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat	c) Menyediakan dasar pengetahuan bagi klien
<b>Faktor pengetahuan</b>	1. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan	3. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat	d) Berbagai penyebab berdasarkan situasi individual
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurang informasi</li> <li>• Kurang minat untuk belajar</li> <li>• Kurang sumber pengetahuan</li> <li>• Keterangan yang salah dari orang lain</li> </ul>	2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	4. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat	e) Informasi spesifik secara individual menciptakan dasar pengetahuan
<b>Kondisi terkait</b>	3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	5. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal, dengan cara yang tepat	f) Memberikan pemantauan yang berkelanjutan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan fungsi kognitif</li> <li>• Gangguan memori</li> </ul>		6. Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat	g) Membantu menetapkan dan meningkatkan pemahaman tentang informasi

(Sumber : Nurarif&Kusuma, 2015, Doenges 2014)

#### **2.4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian dari proses keperawatan mengikuti rumusan dari rencana keperawatan. Implementasi keperawatan mengacu pada pelaksanaan rencana keperawatan yang disusun sehingga dapat dilakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien.(Mardalena,2012).

#### **2.4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan hasil akhir yang di harapkan pada klien dan dapat teratasi sepenuhnya, sehingga klien dapat kembali seperti sedia kala. (Mardalena, 2012).