

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *APPENDECTOMY*
PERLAPARATOMY EKSPLORASI DENGAN NYERI AKUT
DIRUANG MARJAN BAWAH RSUD dr.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh

UTRIANTO INDRAWAN

AKX.16.133



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG

2019

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *APPENDECTOMY*
PERLAPARATOMY EKSPLORASI DENGAN NYERI AKUT
DIRUANG MARJAN BAWAH RSUD dr.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh

UTRIANTO INDRAWAN

AKX.16.133



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG

2019

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *APPENDECTOMY*
PERLAPARATOMY EKSPLORASI DENGAN NYERI AKUT
DIRUANG MARJAN BAWAH RSUD dr.SLAMET GARUT**

**OLEH
UTRIANTO INDRAWAN
AKX.16.133**

Karya tulis ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 11 April 2019
seperti tertera dibawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Handwritten signature of Lia Nurlianawati in black ink, with the initials 'acc' and the date '11/4/19' written above it.

Lia Nurlianawati, M.Kep

NIK : 10114145

Pembimbing Pendamping

Handwritten signature of Zafiah Winta in black ink.

Zafiah Winta, Amk.An

NIK : -

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan

Handwritten signature of Tuti Suprapti in black ink.

Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST *APPENDECTOMY*
PERLAPARATOMY EKSPLORASI DENGAN NYERI AKUT
DIRUANG MARJAN BAWAH RSUD dr.SLAMET GARUT**

**OLEH
UTRIANTO INDRAWAN
AKX.16.133**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, Pada Tanggal 15 April 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua : Lia Nurlianawati, S.Kep., Ners., M.Kep (.....)
Pembimbing Utama

Anggota :

- 1. Fikri Mourly, S.Kep (Penguji I)** (.....)
- 2. H. Rachwan Herawan, M.Kes (Penguji II)** (.....)
- 3. Hj. Zafiah Winta Amk.An (Pembimbing Pendamping)** (.....)

**Mengetahui,
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua**


R. Sili Jundiah S.Kp., M.Kep
NIK : 10107064

...

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Utrianto Indrawan

NPM : AKX.16.133

Program Studi : DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Apendectomy* Per *Laparatomy* Eksplorasi Dengan Nyeri Akut Diruang Marjan Bawah Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sangsi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku diperguruan tinggi.

Bandung, 11 April 2019
Yang Membuat Pernyataan



Utrianto Indrawan

ABSTRAK

Latar Belakang : Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr Slamet Garut di ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut periode Mei sampai Desember didapatkan apendisitis menempati peringkat keempat dari 10 penyakit terbanyak dengan 42 kasus (10,71%), dan *Appendectomy* merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit appendiksitis atau pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Klien dengan post operasi *Appendectomy Per Laparatomy* Eksplorasi sering kali mengeluh nyeri. Nyeri dapat mengganggu fungsi-fungsi tubuh serta memperlambat proses penyembuhan. Tindakan yang dapat diberikan untuk menurunkan nyeri adalah teknik relaksasi Benson. Dengan Asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari diharapkan masalah nyeri dapat teratasi **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, dengan pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi yang dilakukan pada dua orang klien dengan post operasi *appendectomy perlaparatomy* eksplorasi. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari dengan teknik relaksasi Benson hasil yang didapatkan yaitu pada kedua klien mengalami penurunan nyeri secara bertahap. **Diskusi :** Penerapan teknik relaksasi Benson berpengaruh terhadap penurunan nyeri. Petugas kesehatan diharapkan dapat melakukan sosialisasi, demonstrasi dan penyebaran leaflet tentang penerapan teknik relaksasi Benson.
Kata Kunci : Post op *appendectomy*, Teknik relaksasi Benson, Nyeri Akut
Daftar Pustaka : 9 Buku (2009-2015) , 2 Jurnal (2012-2017)

ABSTRACT

Background : Based on data from the medical record of the RSUD Dr. Slamet Garut in the Lower Marjan Room of the RSUD Dr.Slamet Garut period from May to December, appendicitis was ranked fourth in the 10 most diseases with 42 cases (10.71%), and *Appendectomy* was a treatment procedure surgery is only for *appendixitis* or removal of the infected appendix. Clients with post surgery *Exploration Appendectomy Per Laparatomy* often complain of pain. Pain can interfere with bodily functions and slow down the healing process. The action that can be given to reduce pain is the Benson relaxation technique. With nursing care carried out for 3 days expected pain problems can be overcome **Method :** Case study is to explore a problem / phenomenon with detailed limits, with in-depth data collection and include various sources of information carried out on two clients with post surgery *appendectomy perlaparatomy* exploration . **Results :** After 3 days of nursing care with the Benson relaxation technique the results obtained were that the two clients experienced a gradual decrease in pain. **Discussion :** The application of the Benson relaxation technique has an effect on reducing pain. Health workers are expected to be able to conduct socialization, demonstration and leaflet dissemination about the application of Benson relaxation techniques.
Keywords: Post op *appendectomy*, Benson relaxation technique, Acute pain
Bibliography: 9 Books (2009-2015), 2 Journals (2012-2017)

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 ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post *Appendectomy* Per *Laparatomy* Eksplorasi Dengan Nyeri Akut Diruang Marjan Bawah Rsud dr Slamet Garut ”** dengan sebaik – baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH., M.Pd., MH.Kes, selaku ketua yayasan Adhi Guna Kencana
2. R. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku ketua STIKes Bhakti kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung
4. Lia Nurlianawati, M.Kep selaku pembimbing satu yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

5. Hj. Zafiah Winta, Amk.An selaku pembimbing kedua yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Elis Rahmawati, S.Kep.,Ners selaku pembimbing praktik lapangan yang telah memberikan bimbingan,arahan, dan motivasi sehingga penulis dapat melakukan asuhan keperawatan pada karya tulis ilmiah ini dengan baik selama praktek lapangan.
7. Orang tua Tercinta Juhri, S.Pd.I, S.H. dan Lita Yusnita, serta kakak saya Juhelman Herismanto yang telah memberikan semangat,motivasi dan dukungan baik secara moril maupun materi, pengorbanan, kasih sayang yang sangat tulus serta do'a sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah.
8. Niken Levia Rosa selaku teman yang selalu mendukung selama kegiatan perkuliahan, maupun praktik lapangan sehingga penulis bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Imiah ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik lagi.

Bandung,11 April 2019

Utrianto Indrawan

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan Karya Tulis.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Bagan	xi
Daftar Lampiran	xii
Daftar Singkatan.....	xiii
Daftar Gambar.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Batasan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penulisan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat Penulisan	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Teori.....	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Anatomi	10
2.1.4 Manifestasi Klinik	12
2.1.5 Klasifikasi.....	12
2.1.6 Pathofisiologi	13
2.1.7 Komplikasi	14
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	15
2.1.9 Penatalaksanaan Medis	16

2.2 Konsep Dasar Nyeri	17
2.2.1 Pengertian Nyeri.....	17
2.2.2 Klasifikas Nyeri.....	18
2.2.3 Fisiologi Nyeri.....	18
2.3 Konsep Relaksasi Benson.....	19
2.3.1 Pengertian Relaksasi Benson.....	19
2.3.2 Tujuan Relaksasi Benson.....	20
2.3.3 Prosedur Relaksasi Benson.....	20
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	21
2.4.1 Pengkajian Keperawatan.....	21
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	27
2.4.3 Intervensi Keperawatan	28
2.4.4 Pelaksanaan	34
2.4.5 Evaluasi	34
 BAB III METODE PENULISAN KTI	 36
3.1 Desain Penelitian	36
3.2 Batasan Istilah	36
3.3 Partisipan	38
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	38
3.5 Pengumpulan Data.....	39
3.6 Uji Keabsahan Data.....	40
3.7 Analisa Data	40
3.8 Etik Penulisan KTI	42
 BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	 43
4.1 Hasil.....	43
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	43
4.1.2 Asuhan Keperawatan.....	43
4.2 Pembahasan	61
4.2.1 Pengkajian	61
4.2.2 Diagnosa	61
4.2.3 Intervensi	63
4.2.4 Implementasi	64
4.2.5 Evaluasi	64
 BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	 65
5.1 Kesimpulan.....	65
5.2 Saran	67

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional Nyeri.....	28
Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional Pemenuhan Informasi.....	29
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional ketidakseimbangan nutrisi	31
Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional Risiko tinggi infeksi	31
Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional Resiko kekurangan volume cairan ...	32
Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional Kecemasan	33
Tabel 4.1 Identitas klien.....	43
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	44
Tabel 4.3 Pola Aktivitas	45
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	46
Tabel 4.5 Data Psikologi.....	49
Tabel 4.6 Pemeriksaan Diagnostik.....	51
Tabel 4.7 Program Pengobatan	51
Tabel 4.8 Analisa Data Kasus 1	52
Tabel 4.9 Analisa Data Kasus 2	54
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan Kasus 1	55
Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan Kasus 2.....	55
Tabel 4.12 Intervensi.....	56
Tabel 4.13 Implementasi.....	58
Tabel 4.14 Evalwasi	60

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway Apendisitis.....	14

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	: Lembar Observasi
Lampiran III	: Lembar Hasil Justifikasi
Lampiran IV	: Daftar Pustaka
Lampiran V	: Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
IASP	: <i>International Association for the Study of Pain</i>
IV	: Intravena
IVFD	: <i>Intravenous Fluid Drops</i>
N	: <i>Nervus</i>
POD	: <i>Post Operative Days</i>
PQRST	: <i>Provokatif Quality Region Scale Time</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
TTV	: Tanda Tanda Vital
WOD	: Wawancara Observasi Dokumen
°C	: Derajat Celcius

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Apendiks.....	10

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Apendiksitis adalah suatu proses obstruksi (*hyperplasia limpo nodi submukosa, fecolith*, benda asing, *tumor*), kemudian diikuti proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari *appendiks vermiformis* (Nugroho, Taufan, 2011)

Insiden apendisitis pada tahun 2011 di negara maju lebih tinggi, tetapi dalam kurung waktu 3-4 dasawarsa terakhir kejadiannya menurun. Penyebab dari apendisitis adalah karena seringnya masyarakat yang mengkonsumsi makanan yang kurang berserat pada menu kesehariannya. Apendiksitis bisa terjadi pada laki-laki maupun perempuan, tetapi insidensi pada laki-laki umumnya lebih banyak dari perempuan terutama pada usia 20-30 tahun (Sjamsuhidayat & De Jong, 2010).

Hasil penelitian di Amerika, kejadian apendisitis sebesar 7 % dari seluruh populasi, dengan insiden 11 kasus per 80.000 penduduk per tahun. Dari usia 20-30 tahun usia yang paling sering mengalami apendisitis. Laki-laki 1,4 x lebih sering dari pada wanita. Angka kematian secara keseluruhan adalah 0,2-0,8 % dan lebih sering karena komplikasi yang terjadi dari pada akibat tindakan bedah yang dilakukan. Insiden perforasi lebih tinggi pada pasien usia < 18 tahun dan > 50 tahun, hal ini kemungkinan terjadi terkait keterlambatan diagnosis yang kemudian meningkatkan resiko morbiditas dan mortalitas (Muttaqin & Sari, 2015).

Intervensi medis untuk appendiksitis akut, kronik, dan perforasi adalah dengan *appendectomy*. *Appendectomy* merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit appendiksitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. *Appendectomy* dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi lebih lanjut (komplikasi) seperti peritonitis atau abses. Untuk merawat pasien dengan post operasi *appendectomy* perawat harus mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif. Masalah- masalah yang timbul akibat luka insisi setelah dilakukan *appendectomy* dapat berupa pendarahan, shock, gangguan pernafasan, infeksi, dan nyeri. Nyeri biasanya akan timbul akibat luka insisi yang dapat mempengaruhi mobilisasi, nafsu makan yang menurun, gangguan istirahat dan merasa kurang nyaman.

Pada kasus pembedahan *Appendectomy perlaparatomy* eksplorasi ini pembedahan dilakukan dengan insisi vertikal pada abdomen dengan panjang \pm 12 cm. Nyeri merupakan masalah utama yang dirasakan oleh sebagian besar pasien yang mengalami hospitalisasi, termasuk didalamnya pasien post operasi apendektomi *perlaparatomy* eksplorasi. Pada pasien dengan kesadaran penuh (composmentis) nyeri post operasi biasanya dirasakan berlokasi pada area pembedahan. Intensitas nyeri yang dirasakan tergantung pada lokasi, jenis pembedahan, persepsi pasien tentang nyeri dan lain-lain. nyeri merupakan masalah yang harus mendapat perhatian, bukan hanya pada pasien post operasi saja, karena nyeri dapat berdampak negatif terhadap derajat kesehatan pasien. Nyeri dapat mengganggu fungsi-fungsi tubuh serta memperlambat proses penyembuhan.

Dalam area praktek keperawatan, nyeri mungkin salah satu fenomena klinik yang sering dihadapi. Nyeri bukan hanya pengalaman sensori tetapi juga berkaitan dengan motivasi dan emosi pasien (Harahap: 2009). International Association for the Study of Pain, (IASP) mendefinisikan nyeri sebagai “suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian di mana terjadi kerusakan” (IASP, 1979 dikutip dari Potter & Perry, 2010).

Nyeri post operasi merupakan nyeri akut yang terjadi setelah intervensi bedah yang memiliki awitan yang cepat. Ketika suatu jaringan mengalami cedera atau kerusakan mengakibatkan dilepaskannya bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti serotonin, histamine, ion kalium, bradikinin, prostaglandin, dan substansi P yang mengakibatkan adanya respon nyeri (Kozier dkk: 2010).

Peran perawat pada klien dengan apendiksitis yaitu memberikan perawatan yang sesuai dengan kondisi klien, perawat juga mempunyai peran sebagai pendidik dalam memberikan pendidikan kesehatan agar dapat meningkatkan pengetahuan klien mengenai penyakit apendiksitis, perawat memberikan perlindungan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan (Potter & Perri, 2010).

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr Slamet Garut periode Januari sampai Desember 2018 kasus ini tidak termasuk kedalam 10 besar penyakit terbanyak dirumah sakit tersebut, sementara berdasarkan data dari rekam medik di ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut periode Mei sampai Desember 2018 didapatkan 10 besar penyakit diruang tersebut. Urutan pertama adalah

Tumor Mamae dengan 91 kasus (23,21%), Soft Tissue Tumor dengan 67 kasus (17,09%), Hernia dengan 46 kasus (11,73%), Apendisitis dengan 42 kasus (10,71%), Ileus dengan 38 kasus (9,69%), Abses dengan 26 kasus (6,63%), Struma dengan 25 kasus (6,37%), Cholelithiasis dengan 24 kasus (7,14%), Tonsilitis dengan 20 kasus (5,10%), dan urutan terakhir Selulitis dengan 13 kasus (3,31%)

Dengan masalah nyeri yang dialami pada klien apendisitis dengan post operasi *appendectomy* yang dapat menimbulkan perlambatan penyembuhan dan dapat mengganggu fungsi-fungsi tubuh lainnya, serta apendisitis menempati peringkat keempat dengan jumlah kasus sebanyak 42 kasus berdasarkan urutan 10 penyakit terbanyak di Ruang Marjan Bawah RSUD dr.Slamet Garut, maka pada uraian latar belakang data diatas membuat penulis tertarik untuk mengangkat **Asuhan Keperawatan Pada Klien Post *Appendectomy* Per *Laparatomy* Eksplorasi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Diruang Marjan Bawah RSUD dr Slamet Garut Tahun 2019**

1.2 Batasan Masalah

“Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Post *Appendectomy* Per *Laparatomy* Eksplorasi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Diruang Marjan Bawah Rsud dr Slamet Garut ?”

1.3 Tujuan Penulisan

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini sebagai berikut :

1.3.1 Tujuan Umum

Mendeskripsikan Asuhan Keperawatan pada klien post operasi *appendectomy* per *laparatomy* eksplorasi dengan masalah nyeri akut

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus yang ingin dicapai dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Post Operasi *Appendectomy* *Perlaparatomy* Eksplorasi dengan Nyeri Akut di Ruangannya Bawah RSUD dr.Slamet Garut
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Post Operasi *Appendectomy* *Perlaparatomy* Eksplorasi dengan Nyeri Akut di Ruangannya Bawah RSUD dr.Slamet Garut
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Post Operasi *Appendectomy* *Perlaparatomy* Eksplorasi dengan Nyeri Akut di Ruangannya Bawah RSUD dr.Slamet Garut
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Operasi *Appendectomy* *Perlaparatomy* Eksplorasi dengan Nyeri Akut di Ruangannya Bawah RSUD dr.Slamet Garut
- e. Melakukan Evaluasi pada klien Post Operasi *Appendectomy* *Perlaparatomy* Eksplorasi dengan Nyeri Akut di Ruangannya Bawah RSUD dr.Slamet Garut

1.4 Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah yang disusun penulis diharapkan bermanfaat bagi pihak-pihak yang terkait, antara lain :

1.4.1 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan tolak ukur untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan post operasi *appendectomy*.

1.4.2 Bagi Profesi Pendidikan

Dapat digunakan untuk mengembangkan pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi *appendectomy*.

1.4.3 Bagi Lahan Praktik

Sebagai bahan masukan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan keperawatan pada pasien *appendectomy*.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam memberikan perawatan pada pasien *appendectomy*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi

Apendiksitis adalah peradangan pada usus buntu/*apendiks*. *Apendiksitis* adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing. Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan *laparotomi* dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi. Bila tidak dirawat, angka kematian cukup tinggi dikarenakan oleh *peritonitis* dan *shock* ketika umbai cacing yang terinfeksi hancur, dikutip dari Buku Asuhan Keperawatan Post Operasi (Rudi Haryono, 2012)

Apendiksitis adalah suatu proses obstruksi (*hyperplasia limpo nodi submukosa, fecolith, benda asing, tumor*), kemudian diikuti proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari *appendiks verniformis* (Nugroho, Taufan, 2011, h. 124).

Apendiktomi adalah pengangkatan terhadap *appendiks* terimplamasi dengan prosedur atau pendekatan endoskopi (Rudi Haryono, 2012).

Apendiktomi merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah *ablatif* atau melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit (Muttaqin & Sari, 2015).

Dari beberapa definisi di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa *apendiksitis* merupakan peradangan pada *apendiks* yang disebabkan karena penyumbatan pada *apendiks*. Sedangkan *apendiktomi* merupakan

pengangkatan *apendiks* yang mengalami peradangan dengan cara pembedahan.

2.1.2 Etiologi

Menurut Katz (2009) faktor yang menyebabkan terjadinya apendisitis ini adalah yaitu: sebagai berikut:

a. Faktor Sumbatan

Faktor obstruksi merupakan faktor terpenting terjadinya apendisitis (90%) yang diikuti oleh infeksi. sekitar 60% obstruksi disebabkan oleh hiperplasia jaringan *lymphoid sub mukosa*, 35% karena stasis fekal, 4% karena benda asing dan sebab lainnya 1% diantaranya sumbatan oleh parasit cacing. Obstruksi yang disebabkan oleh *fekalith* dapat ditemui pada bermacam apendisitis akut diantaranya ; *fekalith* ditemukan 40% pada kasus apendisitis kasus sederhana, 65% pada kasus apendisitis akut ganggrenosa tanpa ruptur dan 90% pada kasus apendisitis akut dengan rupture.

b. Faktor Bakteri

infeksi enterogen merupakan faktor pathogenesis primer pada apendisitis akut. adanya *fekalith* dalam lumen apendiks yang telah terinfeksi memperburuk dan mempercepat infeksi, karena terjadi peningkatan stagnasi feses dalam lumen apendiks, pada kultur didapatkan terbanyak ditemukan adalah kombinasi antara *Bacteriodes fragilis* dan *E.coli*, lalu *Splanchicus*, *lacto-bacilus*, *pseudomonas*,

Bateriodes Splanicus. Sedangkan kuman yang menyebabkan perforasi adalah kuman anaerob sebesar 90% dan aerob lebih dari 10%.

c. Kecenderungan Familiar

Hal ini dihubungkan dengan terdapatnya malformasi yang herediter dari organ, apendiks yang terlalu panjang, vaskularisasi yang tidak baik dan letaknya yang mudah terjadi apendisitis. Hal ini juga dihubungkan dengan kebiasaan makanan dalam keluarga terutama diet rendah serat dapat memudahkan terjadinya *fekalith* dan mengakibatkan obstruksi lumen

d. Faktor ras dan diet

Faktor ras berhubungan dengan kebiasaan dan pola makanan sehari-hari. Bangsa kulit putih yang dulunya pola makan rendah serat mempunyai resiko lebih tinggi dari Negara yang pola makananya banyak serat. Namun saat sekarang, kejadiannya terbalik. Bangsa kulit putih telah merubah pola makan mereka ke pola makan tinggi serat. Justru Negara berkembang yang dulunya memiliki tinggi serat kini beralih ke pola makanan rendah serat, memiliki resiko apendisitis yang lebih tinggi

e. Faktor infeksi saluran pernafasan

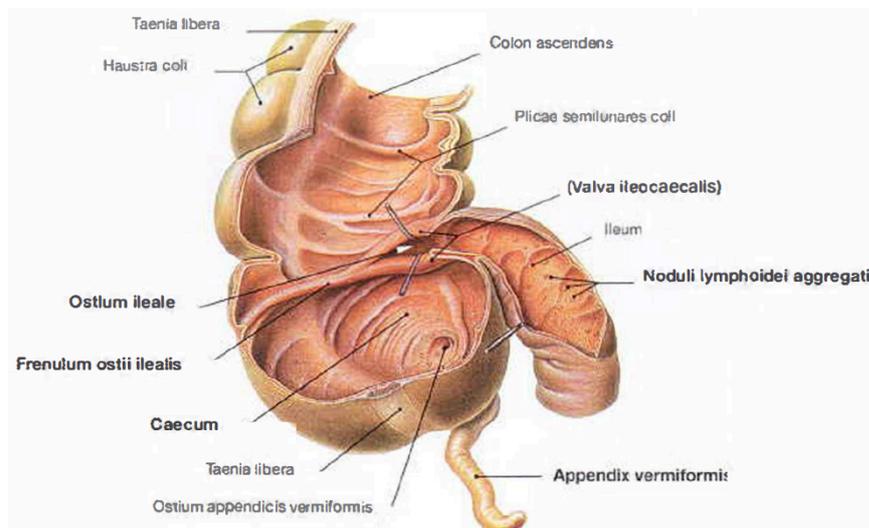
penyakit infeksi saluran pernafasan dapat menimbulkan seperti gejala permulaan apendisitis biasanya setelah mendapat penyakit saluran pernafasan akut terutama epidemi influenza dan pneumonitis, jumlah kasus apendisitis ini meningkat.

2.1.3 Anatomi Apendiks

Anatomi dari *apendiks* adalah sebagai berikut:

a. Anatomi :

1. Terletak di puncak *caecum*, pada pertemuan ketiga *tinea coli* (*tinea libera*, *tinea colica* dan *tinea omentum*).
2. Bentuk tabung, panjang 7-10 cm, diameter 0,7 cm.
3. Dipangkal terhadap *valvula appendicularis* (*Gerlachi*).
4. *Lumen* menyempit di bagian *proksimal* dan melebar di bagian *distal*. Sedangkan pada bayi berbentuk kerucut.



Gambar 2.1 Anatomi Apendiks
(Sobotta Edisi 23 Atlas Anatomi Manusia Bagian 2 2012)

b. Jenis posisi :

1. *Promontorik* : ujung *apendiks* menunjuk ke *promotorium sacri*.
2. *Retrocolic* : *apendiks* berada di belakang *kolon ascendens* dan biasanya *retroperitoneal*.
3. *Antecaecal* : *apendiks* berada di depan *caecum*.
4. *Paracaecal* : *apendiks* terletak horizontal di belakang *caecum*.

5. *Pelvic descendens* (kira-kira 30%) : *apendiks* menggantung kearah *pelvis minor*.
 6. *Retrocaecal* (kira-kira 70%) : *Intraperitoneal* atau *retroperitoneal*; *apendiks* berputar ke atas di belakang *caecum*.
- c. *Vaskularisasi* : *apendiks appendicularis*, cabang dari *apendiks illocecal*, cabang dari *apendiks mesenterica superior*.
- d. *Inervasi* : *simpatis* : *nervus parasimpatis thoracalis 10*; *nervus vagus*
- e. *Histologis* :
1. *Tunika mukosa* : memiliki *kriptus* tetapi tidak memiliki *villus*.
 2. *Tunika submukosa* : banyak *folikel limfoid*.
 3. *Tunika muscularis* : *stratum circulare* di sebelah dalam dan *stratum longitudinal* (gabungan ketiga *tinea coli*) di sebelah luar.
 4. *Tunika serosa* (bila terletak *intraperitoneal*) : asalnya dari *peritoneum viscelare*.
- f. Fungsi *apendiks* : kemungkinan berhubungan dengan sistim imun.
- g. *Topografi* : pangkal *apendiks* terletak pada titik *Mc Burney*.
1. *Garis Monroe* : garis antara *umbilicus* dengan *SIAS dextra*.
 2. *Titik Mc Burney* : sepertiga bagian dari *SIA dextra* pada garis *Monroe*.
 3. *Titik Lanz* : seperenam bagian dari *SIAS dextra* pada garis antara *SIAS dextra* hingga *SIAS sinistra*.
 4. *Titik Munro* : pertemuan antara garis *munroe* dengan garis *parasagital* dari pertengahan *SIAS* kanan dengan *simpthesis*.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Nyeri terasa pada *abdomen kuadran* bawah dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Nyeri tekan local pada titik *Mc. Burney* bila dilakukan tekanan. Nyeri tekan lepas mungkin akan dijumpai.

Derajat nyeri tekan, spasme otot, dan apakah terdapat *konstipasi* atau *diare* tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi *apendiks*. Bila *apendiks* melingkar di belakang *sekum*, nyeri dan nyeri tekan dapat terasa di daerah *lumbal* ; bila ujungnya ada pada *pelvis*, tanda-tanda ini hanya dapat diketahui pada pemeriksaan *rectal*. Nyeri pada *defekasi* menunjukkan bahwa ujung *apendiks* dekat dengan kandung kemih atau *ureter*. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot *rectum* kanan dapat terjadi.

Tanda *Rovsing* dapat timbul dengan melakukan *palpasi kuadran* bawah kiri, yang secara *paradoksial* menyebabkan nyeri yang terasa pada *kuadran* bawah kanan. Apabila *apendiks* telah ruptur, nyeri dan dapat lebih menyebar ; *distensi abdomen* terjadi akibat *ileus paralitik* dan kondisi klien memburuk (Rudi Haryono, 2012).

2.1.5 Klasifikasi

Menurut S. Jitowiyono (2012), klasifikasi apendiksitis terbagi atas 2 yakni :

- a. Apendiksitis akut, dibagi atas : apendiksitis akut *fokalis* atau *segmentalis*, yaitu setelah sembuh akan timbul striktur lokal apendiksitis *purulenta difusi*, yaitu sedang bertumpuk nanah.

- b. Apendiksitis kronis, dibagi atas apendiksitis kronik *fokalis* atau *parsial*, setelah sembuh akan timbul struktur lokal, apendiksitis kronis *obliterativa* yaitu apendiks miring, biasanya ditemukan pada usia tua.

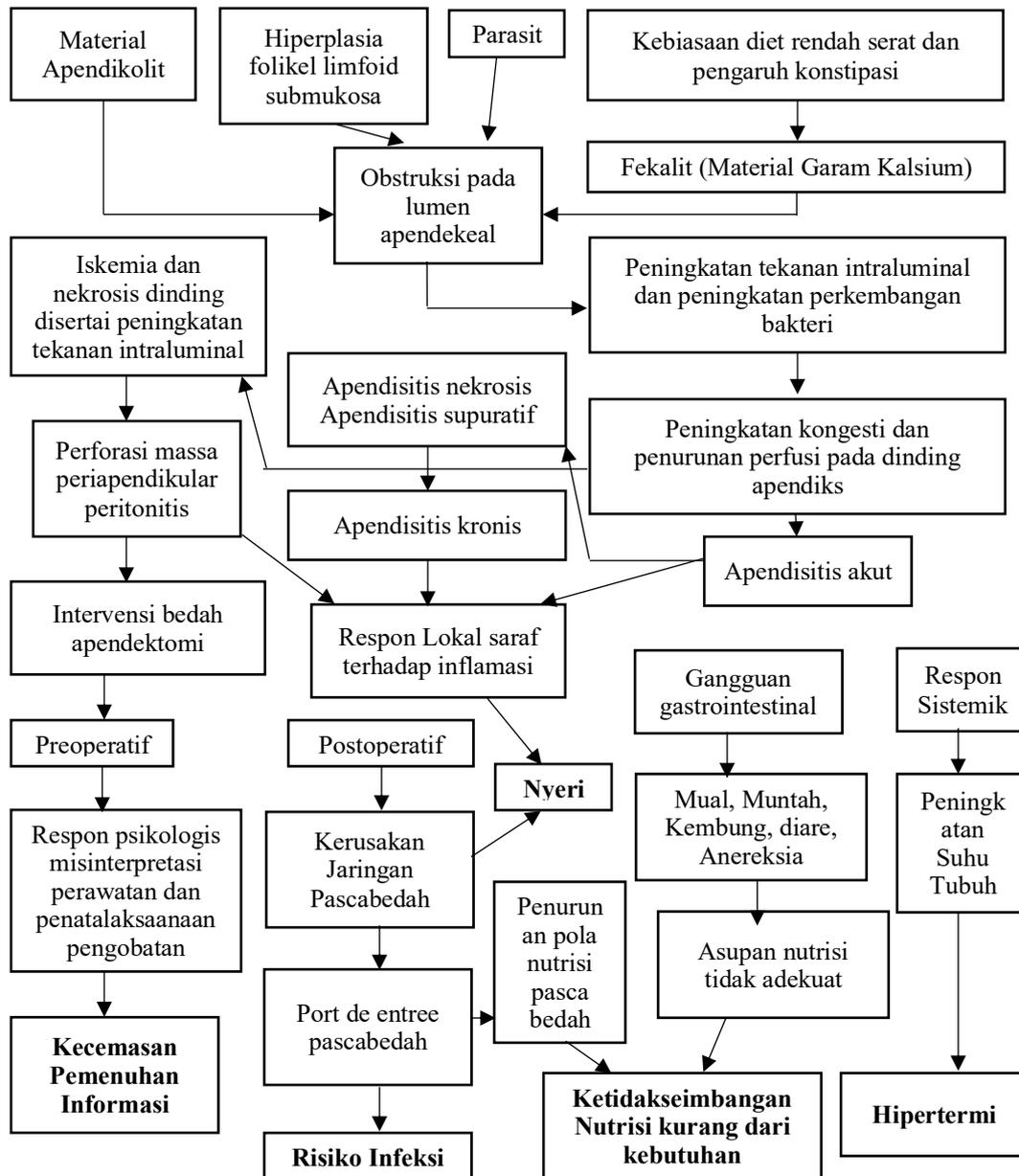
2.1.6 Patofisiologi

Apendiksitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan *lumen* *apendiks*. Obstruksi tersebut menyebabkan *mucus* yang diproduksi *mukosa* *apendiks* mengalami bendungan. Semakin lama *mucus* tersebut semakin banyak, namun elastisitas dinding *apendiks* mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan *intra lumen*. Tekanan tersebut akan menghambat aliran *limfe* yang mengakibatkan *edema* dan *ulaserasi* *mukosa*. Pada saat itu terjadi *apendiksitis* akut fokal yang ditandai dengan nyeri *epigastrium*.

Bila sekresi *mucus* berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi *vena*, *edema* bertambah dan *bakteri* akan menembus dinding sehingga peradangan yang timbul pada *abdomen* kanan bawah yang disebut *apendiksitis supuratif* akut.

Apabila aliran arteri terganggu maka akan terjadi *infark* dinding *apendiks* yang diikuti *ganggren*. Stadium ini disebut *gangrenosa*. Bila dinding *apendiks* rapuh maka akan terjadi *perforasi* disebut *apendiksitis perforasi*.

Bila proses berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah *apendiks* hingga muncul *infiltrate apendikkularis*.



Bagan 2.1 Pathway Apendiksitis (Muttaqin & Sari 2015)

2.1.7 Komplikasi

Menurut R. Haryono (2012), komplikasi utama *apendiksitis* adalah perforasi *apendiks* yang dapat berkembang menjadi *peritonitis* atau *abses*. Insidensi perforasi 10-32%. Perforasi terjadi 24 jam setelah gejala nyeri. Gejala mencakup demam dengan suhu 37,7 °C atau lebih tinggi, penampilan *toksik* dan nyeri *abdomen* atau nyeri tekan *abdomen* yang kontinyu.

Komplikasi lain yaitu:

- a. *Ganggren*.
- b. Perforasi dinding *apendiks*.
- c. *Abses hepar multiple*.
- d. *Sepsis*.
- e. Menjadi *apendiksitis* kronis.

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada *apendiksitis* menurut Rudi (2012), adalah sebagai berikut:

- a. Laboratorium
 - 1) *Leukosit* normal atau meningkat (bila lanjut umumnya *leukositosis*, >10.000/mm³)
 - 2) Hitung jenis : *Segmen* lebih banyak.
 - 3) *LED* meningkat (pada *apendiksitis infiltrat*)
- b. *Rongent* : *appendicogram* yaitu hasil positif berupa : *Non-filling, Partial Filling, Mouse tail* dan *Cut off*.
- c. *Rongent abdomen* : tidak menolong kecuali telah terjadi *peritonitis*.

- d. Pada pemeriksaan *ultrasonografi* ditemukan bagian memanjang pada tempat terjadi inflamasi pada *apendiks*.
- e. Pemeriksaan *CT-scan* ditemukan bagian yang menyilang dengan *apendicalith* serta perluasan dari *apendiks* yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran dari *saekum*.

2.1.9 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan dapat dilakukan yaitu:

a. Sebelum operasi

1. Observasi

Dalam 8-12 jam telah timbulnya keluhan, tanda dan gejala appendisitis sering kali masih belum jelas. Dalam, keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Pemeriksaan *abdomen* dan *rektal* saat pemeriksaan darah diulang secara periodik. Foto *abdomen* dan *toraks* tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri didaerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

2. *Intubasi* bila perlu.

3. Antibiotik.

b. Operasi *appendiktomi*

- 1. Insisi menurut *Mc Burney* (*grip incision* atau *muscle splitting incision*). Sayatan dilakukan pada garis yang tegak lurus pada garis yang menghubungkan *spina iliaca anterior superior* (SIAS) dengan

umbilicus pada batas sepertiga *lateral* (titik *Mc Burney*). Sayatan ini mengenai *kutis, subkutis, dan fascia*. Otot-otot dinding perut dibelah secara tumpul menurut arah serabutnya. Setelah itu akan nampak *peritoneum parietal* yang disayat secukupnya untuk *meluksasi sekum*. *Basis apendiks* dicari pada pertemuan ketiga *taenia coli*.

2. Insisi menurut *Roux (muscle cutting incision)*. Lokasi dan arah sayatan sama dengan *Mc Burney*, hanya sayatannya langsung menembus otot dinding perut tanpa memperdulikan arah serabut sampai tampak serabut.
 3. Insisi *parektal*. Dilakukan sayatan pada garis batas *lateral m. rektus abdomen dekstra* secara *ventrikal* dari *cranial* ke *kaudal* sepanjang 10 cm.
- c. Pasca operasi.

Perlu dilakukan observasi TTV untuk mengetahui terjadinya perdarahan didalam, syok, *hipertermi*, atau gangguan pernafasan. Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah. Baringkan pasien dalam posisi *fowler*. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, Selama itu pasien dipuaskan. Bila tindakan lebih besar, misalnya pada perforasi atau *peritonitis* umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Kemudian berikan minum mulai 15 ml/jam selama 4- 5 jam lalu naikkan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring, dan hari berikutnya diberikan makanan lunak.

2.2 Konsep Dasar Nyeri

2.2.1. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah suatu sensori subyektif dan pengalam emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual dan potensial yang dirasakan dalam kejadian – kejadian dimana terjadi kerusakan IASP (Potter & Perry, 2010).

2.2.2. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan menjadi nyeri akut dan kronis. Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area rusak. Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu nyeri yang disebabkan oleh adanya kausa keganasan seperti kanker yang tidak terkontrol atau non keganasan. Nyeri kronik berlangsung lama (lebih dari enam bulan) dan akan berlanjut walaupun pasien diberi pengobatan atau penyakit tanpa sembuh. Karakteristik nyeri kronis adalah area nyeri tidak mudah diidentifikasi, intensitas nyeri sukar untuk diturunkan, rasa nyeri biasanya diturunkan, rasa nyeri biasanya meningkat, sifat nyeri kurang jelas, dan kemungkinan kecil untuk sembuh atau hilang. Nyeri kronis maligna biasanya dikaitkan dengan nyeri akibat kerusakan jaringan yang non progresif atau lebih mengalami penyembuhan.

2.2.3. Fisiologi Nyeri

Menurut Potter dan Perry (2010) terdapat 3 komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, dan reaksi stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai didalam massa berwarna abu – abu di medula spinalis terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel – sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri.

2.3 Konsep Relaksasi Benson

2.3.1. Definisi Relaksasi Benson

Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang digabungkan dengan keyakinan yang dianut oleh pasien. Kata atau kalimat tertentu yang dibaca berulang-ulang dengan melibatkan unsur keimanan dan keyakinan akan menimbulkan respon relaksasi yang lebih kuat dibandingkan dengan relaksasi tanpa melibatkan unsur keyakinan. Ungkapan yang di pakai dapat berupa nama tuhan atau kata-kata lain yang memiliki makna menenangkan bagi pasien. (Benson & Proctor dalam jurnal yang ditulis Grece & Lucky 2017)

Relaksasi Benson merupakan relaksasi menggunakan teknik pernapasan yang biasa digunakan di rumah sakit pada pasien yang sedang

mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Dan, pada relaksasi Benson ada penambahan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata yang merupakan rasa cemas yang sedang pasien alami. Kelebihan dari latihan teknik relaksasi dibandingkan teknik lainnya adalah lebih mudah dilakukan dan tidak ada efek samping apapun (Solehati & Kosasih, 2015)

2.3.2. Tujuan Relaksasi Benson

Adapun beberapa tujuan dari dilakukannya teknik relaksasi Benson, Menurut Benson & Proctor dalam jurnal yang ditulis Grece & Lucky (2017) adalah sebagai berikut :

1. Ketentraman hati, Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
2. Tekanan dan ketegangan jiwa menjadi rendah
3. Detak jantung lebih rendah, Mengurangi tekanan darah
4. Ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit
5. Tidur lelap
6. Kesehatan mental menjadi lebih baik
7. Daya ingat lebih baik
8. Meningkatkan daya berpikir logis
9. Meningkatkan kreativitas
10. Meningkatkan keyakinan
11. Meningkatkan daya kemauan
12. Meningkatkan kemampuan berhubungan dengan orang lain

2.3.3. Prosedur Relaksasi Benson

Menurut Purwanto (2009) adalah:

1. Membentuk suasana sekitar tenang, menghindarkan dari kebisingan
2. Menarik nafas dalam melalui hidung, dan jaga mulut tetap tertutup, hitungan sampai 3 tahan selama inspirasi
3. Kemudian hembuskan lewat bibir seperti meniup dan ekspirasi secara perlahan dan lewat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan dari pipi
4. Membaca kalimat – kalimat sesuai keyakinan, misalnya jika beragama Islam membaca istighfar
5. Lakukan sebanyak 5 – 7 kali

Menurut Benson & Proctor (2000) :

1. Pilihlah kalimat spiritual yang akan digunakan.
2. Duduklah dengan santai.
3. Tutup mata.
4. Kendurkan otot-otot.
5. Bernapaslah secara alamiah. Mulai mengucapkan kalimat spiritual yang dibaca secara berulang-ulang dan khidmat.
6. Bila ada pikiran yang mengganggu, kembalilah fokuskan pikiran.
7. Lakukan 10 sampai 20 menit.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian Keperawatan

a) Identitas.

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk, tanggal pengkajian, nomor register, diagnosa medik, alamat, semua data mengenai identitas klien tersebut untuk menentukan tindakan selanjutnya.

b) Keluhan utama.

Pada klien post op apendiktomi umumnya keluhan yang paling utama yang dirasakan oleh klien saat pengkajian adalah nyeri pada daerah luka operasi

c) Riwayat kesehatan sekarang.

Merupakan pengembangan diri dari keluhan utama melalui metode PQRST. Paliatif atau Provokatif (P) yaitu pengkajian untuk mengidentifikasi faktor yang menjadi predisposisi nyeri. Quality (Q) yaitu pengkajian untuk menilai bagaimana rasa nyeri dirasakan secara subyektif. Karena sebagian besar deskripsi sifat dari nyeri sulit ditafsirkan. Region (R) yaitu pengkajian untuk mengidentifikasi letak nyeri secara tepat, adanya radiasi dan penyebabnya. Scale (S) yaitu pengkajian untuk menentukan seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien. Pengkajian ini dapat dilakukan berdasarkan skala nyeri dan pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya. Berat ringannya suatu keluhan nyeri bersifat subyektif. Time (T) yaitu pengkajian untuk mendeteksi berapa lama

nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari

d) Riwayat kesehatan dahulu.

Tanyakan kepada pasien apakah pasien pernah menderita penyakit seperti TBC paru, pneumoni, gagal jantung, trauma, asites dan sebagainya. Hal ini diperlukan untuk mengetahui kemungkinan adanya faktor predisposisi.

e) Riwayat kesehatan keluarga.

Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit yang diturunkan secara genetic, menular, kelainan congenital atau gangguan kejiwaan yang pernah diderita oleh keluarga

f) Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum : keadaan klien post op biasanya lemah

2) Kesadaran : kesadaran klien post op pada umumnya composmentis

3) Tanda-tanda vital

Meliputi pemeriksaan tanda-tanda vital, seperti tekanan darah, nadi, respirasi, dan suhu tubuh klien

4) Pemeriksaan Fisik Per Sistem

a. Sistem integumen

Pada klien dengan operasi terjadinya suatu pemutusan kontinuitas jaringan yang mana proses ini akan berakibat perubahan kulit pada daerah sekitar luka bekas operasi

1. Rambut dan kulit kepala

Dikaji penyebaran rambut, warna, tekstur, kebersihan, kerontokan, kaji adanya lesi, pada kulit kepala.

2. Kulit muka

Kaji kebersihan, kemerahan pada kulit.

3. Kuku

Dikaji warna, tekstur, kebersihan, wama dasar kuku, CRT.

- b. Sistem penglihatan

Dikaji keadaan konjungtiva, sklera, fungsi penglihatan, pergerakan bola mata, kebersihan, reaksi pupil terhadap cahaya.

- c. Sistem pernafasan

Dikaji tentang kesimetrisan, kebersihan, dan fungsi penciuman pada klien post biasanya pola nafas tidak efektif.

- d. Sistem pendengaran

Dikaji tentang kesimetrisan, kebersihan dan fungsi pendengaran.

- e. Sistem gastrointestinal

Pada sistem gastrointestinal perlu dikaji mengenai kebiasaan defekasi pasien dan gaya hidup sebelumnya. Auskultasi bising usus, tinjau ulang pola diet dan jumlah/tipe masukan cairan. Dikaji keluhan yang dirasakan, mukosa mulut, keadaan bibir dan gigi, lidah, fungsi pengecap dan fungsi penelanan.

f. Sistem kardiovaskuler

Kaji irama jantung, denyut nadi, bunyi jantung dan keadaan JVP

g. Sistem muskuloskeletal

Kaji tentang keluhan yang dirasakan, kaji adanya varices, pergerakan dan kebersihan, pada klien post akan mengalami gangguan pada aktivitas karena pergerakan lemah.

g) Pola Kegiatan Sehari-Hari

1. Pola makan dan minum

Adakah perubahan pola, jenis perubahannya, jenis makanan dan minuman yang disukai, diet khusus, frekuensi dan porsi.

2. Eliminasi

Adakah perubahan pola dan jenis perubahannya.

3. Pola istirahat tidur

Adakah perubahan pola tidur, lama tidur serta kualitasnya.

4. Personal hygiene

Bagaimana cara mandi, cuci rambut, gunting kuku, gosok gigi, ganti pakaian serta frekuensinya.

h) Data Psikologis

Pada klien post umumnya mengalami kecemasan terhadap kondisi penyakitnya sehubungan dengan kurangnya pengetahuan klien tentang penyakitnya dan tidak mengenal sumber informasi.

i) Data Sosial

Perlu dikaji hubungan klien dengan yang lainnya baik dengan keluarga sendiri, klien yang lain maupun petugas kesehatan lainnya.

j) Data Spiritual

Hal yang dikaji yaitu tentang keyakinan dan kepercayaan klien terhadap agama yang dianutnya.

k) Pemeriksaan Penunjang

1) Laboratorium : Terdiri dari pemeriksaan darah lengkap dan C-reactive protein (CRP). Pada pemeriksaan darah lengkap ditemukan jumlah leukosit antara 10.000-18.000/mm³ (leukositosis) dan neutrofil diatas 75%, sedangkan pada CRP ditemukan jumlah serum yang meningkat. CRP adalah salah satu komponen protein fase akut yang akan meningkat 4-6 jam setelah terjadinya proses inflamasi, dapat dilihat melalui proses elektroforesis serum protein. Angka sensitivitas dan spesifisitas CRP yaitu 80% dan 90%.

2) Radiologi : Terdiri dari pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan Computed Tomography Scanning(CT-scan). Pada pemeriksaan USG ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada appendiks, sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian yang menyilang dengan fekalith dan perluasan dari appendiks yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran sekum. Tingkat akurasi USG 90-94% dengan angka sensitivitas dan spesifisitas yaitu 85% dan 92%,

sedangkan CT-Scan mempunyai tingkat akurasi 94-100% dengan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi yaitu 90-100% dan 96-97%.

- 3) Analisa urin bertujuan untuk mendiagnosa batu ureter dan kemungkinan infeksi saluran kemih sebagai akibat dari nyeri perut bawah.
- 4) Pengukuran enzim hati dan tingkatan amilase membantu mendiagnosa peradangan hati, kantung empedu, dan pankreas.
- 5) Serum Beta Human Chorionic Gonadotrophin (B-HCG) untuk memeriksa adanya kemungkinan kehamilan.
- 6) Pemeriksaan foto polos abdomen tidak menunjukkan tanda pasti Apendisitis, tetapi mempunyai arti penting dalam membedakan Apendisitis dengan obstruksi usus halus atau batu ureter kanan.

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

diagnosa keperawatan adalah respon individu pada masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Yang dimaksud dengan masalah aktual adalah masalah yang ditemukan pada saat dilakukan pengkajian. Sedangkan masalah potensial adalah kemungkinan akan timbul kemudian.

Menurut Buku Aplikasi Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Gastrointestinal, (Muttaqin & Sari 2015) Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, yang berhubungan dengan post op apendiktomi antara lain :

1. Nyeri berhubungan dengan respon inflamasi apendiks, kerusakan jaringan lunak pascabedah.
2. Pemenuhan Informasi berhubungan dengan adanya evaluasi diagnostik, rencana pembedahan appendektomi
3. Aktual/Risiko tinggi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yang adekuat
4. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya *port de entree* luka pasca bedah
5. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan adanya mual muntah post operasi
6. Kecemasan berhubungan dengan prognosis penyakit, rencana pembedahan
7. Gangguan aktivitas berhubungan dengan adanya luka post operasi

2.4.3. Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan adalah bukti tertulis dari tahap pengkajian dan identifikasi masalah dan merupakan tahapan dalam proses keperawatan yang mengidentifikasi masalah atau kebutuhan klien, tujuan atau hasil dan intervensi serta rasionalisasi dari intervensi untuk mencapai hasil yang diharapkan dalam menangani masalah atau kebutuhan klien. (Muttaqin & Sari 2015) , Adapun intervensi keperawatannya antara lain :

1. Nyeri berhubungan dengan respons inflamasi apendiks, kerusakan jaringan lunak pascabedah

Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional

Tujuan : Dalam waktu 1 x 24 jam nyeri berkurang, hilang atau teratasi Kriteria Evaluasi :	
<ul style="list-style-type: none"> - Secara subjektif melaporkan nyeri berkurang atau dapat diatasi - Skala Nyeri 0-1 (0-4) - Dapat mengidentifikasi aktivitas yang meningkatkan atau menurunkan nyeri : pasien tidak gelisah 	
Intervensi	Rasional
Kaji respon nyeri dengan pendekatan PQRST.	Pendekatan komprehensif untuk menentukan rencana intervensi
Lakukan manajemen nyeri keperawatan	
- Istirahatkan pasien pada saat nyeri muncul	Istirahat secara fisiologis akan menurunkan kebutuhan metabolisme basal
- Atur posisi semifowler	Posisi ini mengurangi tegangan pada insisi dan organ abdomen yang membantu mengurangi nyeri
- Dorong ambulasi dini	Meningkatkan normalisasi fungsi organ (merangsang peristaltik dan flatus) dan menurunkan ketidaknyamanan abdomen
- Beri oksigen nasal	Pada fase nyeri hebat skala nyeri 3 (0-4) pemberian oksigen nasal 3 liter/menit dapat meningkatkan intake oksigen sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia pada intestinal
- Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri	Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan stimulus internal
- Manajemen lingkungan tenang, batasi pengunjung, dan istirahatkan pasien	Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi oksigen ruangan. Istirahat akan menurunkan kebutuhan oksigen jaringan perifer
- Lakukan manajemen sentuhan	Manajemen sentuhan pada saat nyeri berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan nyeri.
Tingkatkan pengetahuan tentang sebab-sebab nyeri dan menghubungkan berapa lama nyeri akan berlangsung	Pengetahuan yang akan dirasakan membantu mengurangi nyeri dan dapat membantu mengembangkan kepatuhan pasien terhadap rencana terapeutik

Kolaborasi dengan tim medis pemberian analgetik	Analgetik memblok lintasan nyeri sehingga nyeri akan berkurang
---	--

2. Pemenuhan Informasi berhubungan dengan adanya evaluasi diagnostik, rencana pembedahan appendektomi

Tabel 2.2 Intervensi dan Rasional

Tujuan : Dalam waktu 1 x 24 jam informasi kesehatan terpenuhi	
Kriteria Evaluasi :	
<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mampu menjelaskan kembali pendidikan kesehatan yang diberikan - Pasien termotivasi untuk melaksanakan penjelasan yang telah diberikan 	
Intervensi	Rasional
Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang pembedahan apendiktomi dan rencana perawatan rumah	Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi pasien. Perawat menggunakan pendekatan yang sesuai dengan kondisi individu pasien. Dengan mengetahui tingkat pengetahuan tersebut dapat lebih terarah dalam memberikan pendidikan yang sesuai dengan pengetahuan pasien secara efisien dan efektif
Cari sumber yang meningkatkan penerimaan informasi	Keluarga terdekat dengan pasien perlu dilibatkan dalam pemenuhan informasi untuk menurunkan resiko misinterpretasi terhadap informasi yang diberikan khususnya pada pasien yang mengalami pendarahan sekunder dari perforasi ulkus peptikum
Jelaskan dan lakukan pemenuhan persiapan pembedahan, meliputi :	
<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tentang pembedahan apendektomi 	Apendiktomi merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah ablatif atau melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit
<ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan jadwal pembedahan 	Pasien dan keluarga harus diberitahu waktu mulainya pembedahan. Apabila rumah sakit mempunyai jadwal kamar operasi yang padat, lebih baik pasien dan keluarga diberitahukan tentang banyaknya jadwal operasi yang telah ditetapkan sebelum pasien
<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan pendidikan kesehatan perioperatif 	Setiap pasien diajarkan sebagai seorang individu, dengan

Beritahu persiapan pembedahan, meliputi :	mempertimbangkan segala keunikan ansietas kebutuhan, dan harapan-harapannya
- Pencukuran area operasi	Pencukuran area operasi dilakukan apabila protokol lembaga atau ahli bedah mengharuskan kulit untuk dicukur, pasien diberitahukan tentang prosedur mencukur, dibaringkan dalam posisi yang nyaman, dan tidak memajan bagian yang perlu
- Persiapan puasa	Puasa preoperatif idealnya 6-8 jam sebelum intervensi bedah
- Persiapan istirahat tidur	Istirahat merupakan hal yang penting untuk penyembuhan normal Perawat harus memberi lingkungan yang tenang dan nyaman untuk pasien
- Persiapan administasi dan informed consent	Pasien sudah menyelesaikan administrasi dan mengetahui secara finansial biaya pembedahan. Pasien sudah mendapat penjelasan dan menandatangani informed consent
Beritahu pasien dan keluarga kapan pasien sudah bisa dikunjungi	Pasien akan mendapat manfaat bila mengetahui kapan keluarganya dan temannya dapat berkunjung setelah pembedahan

3. Aktual/Risiko tinggi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya asupan makanan yang adekuat

Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional

Tujuan : Dalam waktu 1 x 24 jam tidak terjadi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan	
Kriteria Evaluasi :	
- Mempertahankan berat badan dan keseimbangan nitrogen positif	
Intervensi	Rasional
Monitor berat badan klien	Mengidentifikasi kemajuan atau penyimpangan dari tujuan yang diharapkan
Pantau intake makanan	Kondisi intake menentukan cukup atau tidaknya kebutuhan nutrisi
Awasi output seperti muntah atau diare	Output yang tidak seimbang bisa menyebabkan kekurangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi klien	Ahli gizi bisa menentukan nutrisi yang cukup dan sesuai untuk klien
---	---

4. Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya *port de entree* luka pasca bedah

Tabel 2.4 Intervensi dan Rasional

Tujuan : Dalam waktu 12 x 24 jam total terjadi infeksi, terjadi perbaikan pada integritas jaringan lunak.	
Kriteria Evaluasi :	
- Jahitan dilepas pada hari ke-12 tanpa adanya tanda-tanda infeksi dan peradangan pada area luka pembedahan, leukosit dalam batas normal, TTV dalam batas normal	
Intervensi	Rasional
Kaji jenis pembedahan, hari pembedahan, dan apakah ada order khusus dari tim dokter bedah dalam melakukan perawatan luka	Mengidentifikasi kemajuan atau penyimpangan dari tujuan yang diharapkan
Buat kondisi balutan dalam keadaan bersih dan kering	Kondisi bersih dan kering akan menghindari kontaminasi komensal dan akan menyebabkan respons inflamasi lokal dan akan memperlama penyembuhan luka
Lakukan perawatan luka	Perawatan luka sebaiknya tidak setiap hari untuk menurunkan kontak tindakan dengan luka yang dalam ke]ondisi steril sehingga mencegah kontaminasi koman ke luka bedah
- Lakukan perawatan luka steril pada hari kedua pascabedah dan diulang setiap 2 hari	
- Bersihkan luka dan drainase dengan cairan antiseptik jenis iodine providum dengan cara swabbling dari arah dalam keluar	Pembersihan debris (sisa fagositosis, jaringan mati) dan kuman sekitar luka dengan mengoptimalkan kelebihan dari iodine providum sebagai antiseptik dan dengan arah dari dalam keluar dapat mencegah kontaminasi kuman ke jaringan luka
- Bersihkan bekas sisa iodine providum dengan alkohol 70% atau normal salin dengan cara swabbling dari arah dalam keluar	Antiseptik iodine providum mempunyai kelemahan dalam menurunkan proses epitalisasi jaringan sehingga memperlambat pertumbuhan luka, maka harus dibersihkan dengan alkohol atau normal salin
- Tutup Luka dengan kasa steril dan tutup dengan plester adhesif yang menyeluruh menutupi kasa	Penutupan secara menyeluruh dapat menghindari kontaminasi dari benda atau udara yang bersentuhan dengan luka bedah
Kolaborasi penggunaan antibiotik	Antibiotik dapat mencegah infeksi

Peran perawat mengkaji adanya reaksi dan riwayat alergi antibiotik, serta memberikan antibiotik sesuai instruksi dokter

5. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan adanya mual muntah post operasi

Tabel 2.5 Intervensi dan Rasional

Tujuan : dalam waktu 1 x 24 jam tidak terjadi kekurangan volume cairan	
Kriteria Evaluasi :	
- Turgor kulit baik	
- Membran mukosa lembab	
- TTV normal	
Intervensi	Rasional
Monitor TTV	Digunakan dalam mengevaluasi derajat/tingkat fluktuasi volume intravaskuler
Kaji turgor kulit dan pengisian kapiler	Indikator keadekuatan sirkulasi perifer dan hidrasi seluler
Awasi masukan dan pengeluaran : catat warna urin, konsentrasi dan berat jenis	Penurunan pengeluaran urin pekat dengan peningkatan berat jenis diduga dehidrasi atau peningkatan kebutuhan cairan
Auskultasi bising usus, catat kelancaran flatus	Indikator kembalinya peristaltik, merupakan kesiapan untuk masukan peroral

6. Kecemasan berhubungan dengan adanya nyeri dan rencana pembedahan

Tabel 2.6 Intervensi dan Rasional

Tujuan : Secara subjektif melaporkan rasa cemas berkurang	
Kriteria Evaluasi :	
- Pasien mampu mengungkapkan perasaannya kepada perawat	
- Pasien dapat mendemonstrasikan keterampilan pemecahan masalahnya dan perubahan coping yang digunakan sesuai situasi yang dihadapi	
- Pasien dapat mencatat penurunan kecemasan/ketakutan dibawah standar	
- Pasien dapat rileks dan tidur/istirahat dengan baik	
Intervensi	Rasional
Monitor respons fisik, seperti : kelemahan, perubahan tanda vital,	Digunakan dalam mengevaluasi derajat/tingkat

gerakan yang berulang-ulang, catat kesesuaian respons verbal dan nonverbal selama komunikasi	kesadaran/konsentrasi, khususnya ketika melakukan komunikasi verbal
Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengungkapkan dan mengekspresikan rasa takutnya	Memberikan kesempatan untuk berkonsentrasi, kejelasan dari rasa takut, dan mengurangi cemas berlebihan
Catat reaksi dari pasien/keluarga. Berikan kesempatan untuk mendiskusikan perasaannya/konsentrasinya dan harapan masa depan	Anggota keluarga dengan responsnya pada apa yang terjadi dan kecemasannya dapat disampaikan kepada pasien

2.4.4. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur & Saiful, 2012)

2.4.5. Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur & Saiful, 2012).

Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE /SOAPIER.

Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut :

S : Subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah tindakan keperawatan

O : Objektif

Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada klien, dan yang dirasakan klien setelah tindakan keperawatan

A: Analisis/Assesment

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga diagnosis keperawatan baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi dalam data subjektif dan objektif klien

P : Planning

Perencanaan Keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang sebelumnya

I : Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen Perencanaan. Tuliskan tanggal dan jam pelaksanaan

E : Evaluasi

Respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan

R : Reassessment

Pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah perlu dilanjutkan, dihentikan atau ditambahkan dari tindakan keperawatan sebelumnya