

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN APENDISITIS
POST OPERATIF APENDEKTOMI DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RSUD Dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

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:

SILVI FITRIANI

NIM: AKX.16.123



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

2019

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Silvi Fitriani

Nim : AKX.16.123

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Apendisitis Post Operatif
Apendektomi di Ruang Melati IV RSUD Dr. Soekardjo
Tasikmalaya

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

Bandung, April 2019

Yang Membuat Pernyataan



Silvi Fitriani

AKX.16.123

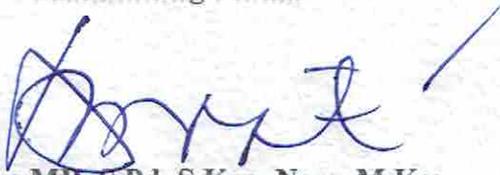
**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN APENDISITIS
POST OPERATIF APENDEKTOMI DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RSUD Dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

**OLEH
SILVI FITRIANI
AKX.16.123**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama



Agus MD, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes

NIK: 10105036

Pembimbing Pendamping



H. Kusnadi, BScAn

NIK: 10115179

Mengetahui,

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIK: 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN APENDISITIS
POST OPERATIF APENDEKTOMI DENGAN
NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RSUD Dr. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

**OLEH
SILVI FITRIANI
AKX.16.123**

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

Panitia Penguji

Ketua: Agus MD, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes

(.....)

Anggota:

1. **Drs. H. Rachwan Herawan, BScAn.,M.Kes**

(.....)

2. **Fikri Mourly, S.Kep**

(.....)

3. **H. Kusnadi, BScAn**

(.....)

**Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua**



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

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih dapat diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul : “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN APENDISITIS POST OPERATIF APENDEKTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV RSUD Dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA” 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.

Penulis mengucapkan terimakasih 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 Bhakti Kencana Bandung
2. 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.
4. Agus MD, S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kep, selaku pembimbing utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. H. Kusnadi, BScAn pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini

6. Dr. Husi Husaeni SpAn.KIC.,M.Kes dan dr Jajang S. Mail SpAn selaku Ketua Jurusan dan Ketua Pelaksana program studi D3 Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik
7. Dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes selaku direktur utama RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Roni Husnara S.Kep.,Ners selaku CI Ruang Melati IV yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya.
9. Seluruh dosen, staf perpustakaan serta staf program studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat
10. Kedua orangtua yang penulis cintai Bapak Firdaus dan Ibu Irma Weli Yulianti yang telah mendidik, memberi semangat, memberi motivasi, mengasihi serta mendoakan saya. Untuk adik-adik saya firman dan fikri, kalian adalah salah satu motivasi saya selalu semangat untuk menyelesaikan pendidikan ini.
11. Seluruh teman-teman seperjuangan Anestesi Bandung angkatan XII Tahun 2016 yang saling memberikan dukungan.
12. Teman seperantauan penulis di Bandung Mutiara, Aina, Desy, Nizara, Syifa, yang sudah pusing bareng berkat revisian serta memberi dukungan dan motivasi.
13. Teman-teman penulis di Bintang Puja, Wadin, Pipin, Tipa, Fika yang memberi motivasi agar penulis lebih semangat mengerjakan revisi.

14. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu

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

Bandung, April 2019

Penulis

ABSTRAK

Latar Belakang: Karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi oleh data dari *Medical Record* RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya bahwa angka kejadian apendisitis periode Januari-Desember 2018 kasus apendisitis menempati urutan kedua dengan 10 penyakit terbesar dengan jumlah 114 kasus. Apendisitis adalah proses peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing atau disebut apendiks. Infeksi ini bisa mengakibatkan komplikasi apabila tidak segera mendapatkan tindakan bedah untuk penanganannya. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien apendisitis post operatif apendektomi dengan masalah nyeri akut yang diberikan penanganan nyeri berupa teknik relaksasi nafas dalam dan relaksasi benson. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 dengan nyeri luka operasi bertambah jika banyak bergerak dan luka operasi ditekan dapat teratasi dengan skala nyeri 3 (0-10) pada hari kedua dan klien 2 dengan nyeri luka operasi bertambah jika banyak gerak dan tidak bergerak juga merasa nyeri dapat teratasi dengan skala nyeri 3 (0-10) pada hari kedua. **Diskusi:** Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap klien Apendektomi. Hal ini di pengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata Kunci: Apendisitis, Nyeri akut, Asuhan Keperawatan

Daftar Pustaka: 11 Buku (2010-2018), 2 Jurnal (2017), 1 Website

ABSTRACT

Background: This scientific paper was motivated by data from the *Medical Record* RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya that the incidence of appendicitis in the period January-December 2018 cases of appendicitis ranks second with the 10 largest diseases with a total of 114 cases. Appendicitis is a process of inflammation caused by an infection in the appendix or tufts of worms or called an appendix. This infection can lead to complications if you do not immediately get surgery for treatment. **Method:** Case studies are to explore a problem / phenomenon with detailed limitations, have in-depth data collection and include various sources of information. This case study was conducted on two clients of postoperative appendectomy appendicitis with acute pain problems that were given pain management in the form of deep breathing relaxation and benson relaxation. **Result:** Results: After nursing care by providing nursing intervention, nursing problems of acute pain in client 1 with surgical wound pain increased if a lot of movement and suppressed surgical wounds can be overcome with pain scale 3 (0-10) on the second day and client 2 with wound pain surgery increases if a lot of motion and immobility also feels pain can be overcome with a pain scale of 3 (0-10) on the second day. **Discussion:** Clients with acute pain nursing problems do not always have the same response to each client's appendectomy. This is influenced by the condition or health status of the previous client. So that nurses must carry out comprehensive care to deal with nursing problems for each client.

Keyword: Appendicitis, Acute pain, Nursing care

Bibliography: 10 Books (2009-2018), 2 Journal (2017), 1 Website

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftar Lampiran	xv
Daftar Singkatan.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan	3
1.3.1. Tujuan Umum	3
1.3.2. Tujuan Khusus	3
1.4. Manfaat	4
1.4.1. Teoritis	4
1.4.2. Praktis.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1. Konsep Penyakit	6
2.1.1. Definisi.....	6
2.1.2. Anatomi Fisiologi	7
2.1.3. Etiologi.....	10
2.1.4. Patofisiologi	11
2.1.5. Klasifikasi	14

2.1.6. Komplikasi	14
2.1.7. Penatalaksanaan	15
2.1.8. Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.9. Konsep Nyeri	17
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan	21
2.2.1. Pengkajian	21
2.2.2. Diagnosa Keperawatan.....	25
2.2.3. Intervensi.....	25
2.2.4. Implementasi	33
2.2.5. Evaluasi.....	33
2.2.6. Hasil Penelitian Jurnal.....	35
BAB III METODE PENELITIAN.....	36
3.1. Desain Penelitian	36
3.2. Batasan Istilah	36
3.3. Responden Penelitian.....	37
3.4. Lokasi dan Waktu	37
3.5. Pengumpulan Data	37
3.6. Uji Keabsahan Data	38
3.7. Analisa Data.....	38
3.8. Etik Penulisan	40
BAB IV PEMBAHASAN.....	42
4.1. Hasil	42
4.1.1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	42
4.1.2. Asuhan Keperawatan	43
4.1.2.1. Pengkajian.....	43
4.1.2.2. Diagnosa	53
4.1.2.3. Intervensi.....	56
4.1.2.4. Implementasi.....	58
4.1.2.5. Evaluasi.....	60
4.2. Pembahasan.....	61

4.2.1. Pengkajian	61
4.2.2. Diagnosa.....	62
4.2.3. Intervensi.....	65
4.2.4. Implementasi.....	66
4.2.5. Evaluasi.....	67
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	69
5.1. Kesimpulan	69
5.2. Saran	71
Daftar Pustaka	72
Lampiran	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Anatomi Apendiks.....	7
-----------------------------------	---

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1. Perbedaan Nyeri Akut dan Nyeri Kronis	19
Tabel 2.2. Intervensi Keperawatan	25
Tabel 4.1. Pengkajian.....	43
Tabel 4.2. Pola Aktivitas Sehari-hari	45
Tabel 4.3. Pemeriksaan Fisik	46
Tabel 4.4. Pemeriksaan Psikologi	49
Tabel 4.5. Hasil Laboratorium	50
Tabel 4.6. Program dan Rencana Pengobatan.....	51
Tabel 4.7. Analisa Data.....	51
Tabel 4.8. Diagnosa Keperawatan	53
Tabel 4.9. Intervensi.....	56
Tabel 4.10. Implementasi	58
Tabel 4.11. Evaluasi.....	60

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Pathway Apendisitis	13
--------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Konsultasi KTI
- Lampiran II Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran III Lembar Observasi
- Lampiran IV Lembar Hasil Justifikasi
- Lampiran V Satuan Acara Penyuluhan
- Lampiran VI Leaflet
- Lampiran VII Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
Kg	: Kilogram
Cm	: Centimeter
MI	: Mili liter
°C	: Celcius

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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

Angka kejadian apendisitis di Asia pada tahun 2004 menurut World Health Organization (WHO) adalah 4,8% penduduk dari total populasi. Sedangkan di Indonesia menurut Departemen Kesehatan RI pada tahun 2006, angka kejadian apendisitis di Indonesia menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawat daruratan abdomen lainnya dan menduduki urutan keempat setelah dispepsia, gastritis, dan duodenitis dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 28.040 orang.

Angka kejadian apendisitis akut di Indonesia mencapai angka 591.819 dan mengalami peningkatan menjadi 596.132 kasus apendisitis di tahun 2009. Dinas Kesehatan Jawa Barat menyebutkan pada tahun 2013 jumlah kasus apendisitis di Jawa Barat sebanyak 5.980 penderita, dan 177 penderita diantaranya menyebabkan kematian. Berdasarkan data dari “*medical record*” di Ruang Bedah Melati IV RSUD Dr Soekardjo Tasikmalaya periode Januari – Desember 2018 kasus apendisitis menempati urutan kedua dengan 10 penyakit terbesar dengan jumlah 114 kasus setelah hernia dengan 117 kasus.

Apendektomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks yang dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi (Hariyanto & Sulistyowati, 2015). Masalah keperawatan yang muncul pada pasien post operatif apendektomi menurut (Muttaqin dan Sari, 2013) berdasarkan Nanda-1 2018 adalah nyeri akut, defisien pengetahuan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, risiko infeksi area pembedahan, hipertermia, dan ansietas.

Nyeri setelah pembedahan merupakan hal yang biasa terjadi pada banyak klien yang pernah mengalami pembedahan. Nyeri setelah pembedahan bila tidak ditangani secara benar akan menjadi nyeri kronis yang merupakan permasalahan besar dan sulit ditangani, selain itu nyeri setelah pembedahan yang tidak mendapatkan penanganan dengan tepat juga dapat mengakibatkan gangguan kebutuhan dasar (Garimelia and Cellini, 2013).

Salah satu tindakan non farmakologis untuk mengurangi nyeri adalah relaksasi benson merupakan relaksasi menggunakan teknik pernapasan yang biasa digunakan di rumah sakit pada klien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. Dan, pada relaksasi Benson ada penambahan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata yang merupakan rasa cemas atau nyeri 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).

Berdasarkan fenomena diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dan membuat Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan judul “Asuhan

Keperawatan Pada Klien Apendisitis Post Operatif Apendektomi dengan Nyeri Akut di Ruang Melati IV RSUD Dr Soekardjo Tasikmalaya Tahun 2019”.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka diangkat rumusan masalah. “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Apendisitis Post Operatif Apendektomi dengan Nyeri Akut di Ruang Melati IV RSUD Dr Soekardjo Tasikmalaya?”.

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penulisan ini adalah sebagai berikut :

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dan mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Apendisitis Post Operatif Apendektomi dengan Nyeri Akut di Ruang Melati IV RSUD Dr Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami Apendisitis Post Operatif Apendektomi dengan Nyeri Akut.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Apendisitis Post Operatif Apendektomi dengan Nyeri Akut.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Apendisitis Post Operatif Apendektomi dengan Nyeri Akut.

4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Apendisitis Post Operatif Apendektomi dengan Nyeri Akut.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien Apendisitis Post Operatif Apendektomi dengan Nyeri Akut.

1.4 Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Untuk menambah sumber bacaan, wawasan, pengetahuan dan informasi bagi tenaga kesehatan..

2. Praktis

- a. Bagi Perawat

Karya Tulis Ilmiah ini dapat dijadikan sumber referensi dalam perawatan klien Post Operatif Apendektomi.

- b. Bagi Rumah Sakit

Dapat memberikan informasi dan gambaran tentang asuhan keperawatan klien Apendisitis Post Operatif Apendektomi, khususnya untuk masalah nyeri akut.

- c. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menambah sarana bacaan dan juga dijadikan sumber perbandingan dalam melaksanakan pembelajaran baik di kampus maupun lahan praktik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Teori

2.1.1. Definisi

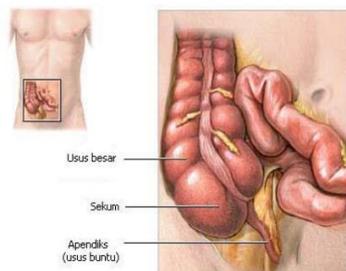
Apendisitis adalah penyebab utama inflamasi akut di kuadran kanan bawah abdomen dan penyebab tersering pembedahan abdomen darurat. Meskipun dapat dialami oleh semua kelompok usia, apendisitis paling sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun.

Menurut Nurarif & Kusuma (2015), apendisitis adalah proses peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau apendiks. Infeksi ini bisa mengakibatkan komplikasi apabila tidak segera mendapatkan tindakan bedah untuk penanganannya.

Apendektomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks yang dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi (Hariyanto & Sulistyowati, 2015)

2.1.2. Anatomi Fisiologi

a. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Apendiks (Dermawan & Rahayuningsih, 2010)

1. Umbai Cacing (Apendiks)

Apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu. Infeksi pada organ ini disebut apendisitis atau radang umbai cacing. Apendisitis yang parah dapat menyebabkan apendiks pecah dan membentuk nanah didalam rongga abdomen atau peritonitis (infeksi rongga abdomen). Dalam anatomi manusia, apendiks adalah ujung buntu tabung yang menyambung dengan sekum. Pada orang dewasa, apendiks berukuran sekitar 10 cm tetapi bisa bervariasi dari 2 sampai 20 cm. walaupun lokasi apendiks selalu tetap, lokasi ujung umbai cacing bisa berbeda, bisa di retrocaecal atau dipinggang (pelvis) yang jelas terletak di peritoneum.

b. Fisiologi

Secara fisiologi apendiks menghasilkan lender 1-2 ml per hari. Lender tersebut normalnya dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lender di muara apendiks tampaknya berperan pada pathogenesis apendisitis. Immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh *Gut Associated Lymphoid Tissue* (GALT) yang terdapat di sepanjang saluran cerna termasuk apendiks adalah IgA. Immunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi system imun tubuh karena jumlah jaringan limfe disini sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan di seluruh tubuh (Katz, 2009).

2.1.3. Etiologi

Menurut Dermawan dan Rahayuningsih (2010), apendisitis dapat disebabkan oleh proses radang bakteri yang disebabkan oleh beberapa factor pencetus diantaranya hyperplasia jaringan limfe, fekalith (feses yang keras), tumor apendiks, dan cacing askaris yang menyumbat. Ulserasi mukosa merupakan tahap awal dari penyakit ini. Namun ada beberapa factor terjadinya radang apendiks, diantaranya:

a. Faktor sumbatan

Factor obstruksi merupakan factor terpenting terjadinya apendisitis (90%) yang diikuti oleh infeksi. Sekitar 60% obstruksi disebabkan oleh hyperplasia jaringan limfoid sub mukosa, 35% karena stasis fekal, 4% karena benda asing dan 1% oleh parasit dan cacing.

b. Faktor bakteri

Infeksi enterogen merupakan factor pathogenesis primer pada apendisitis. Adanya fekalith dalam lumen apendiks yang telah terinfeksi memperburuk dan memperberat infeksi, karena terjadi peningkatan stagnasi feses dalam lumen apendiks, beberapa bakteri yang menyebabkan apendisitis antara lain *Bacteriodes fragilis* dan *E. coli*, lalu *Splanchicus*, *Lacto-bacilus*, *Pseudomonas*, *Bacteriodes splanicus*.

c. Faktor keturunan

Pada radang apendiks diduga juga merupakan factor herediter. Hal ini juga dihubungkan dengan kebiasaan makanan dalam keluarga

terutama yang kurang serat dapat memudahkan terjadinya fekalith dan mengakibatkan obstruksi lumen.

d. Faktor ras dan diet

Faktor ras berhubungan dengan kebiasaan dan pola makanan sehari-hari. Negara maju yang memiliki pola makan tinggi serat berisiko lebih rendah terkena apendisitis daripada negara berkembang yang memiliki pola makan rendah serat.

2.1.4. Patofisiologi

Peradangan pada apendiks dapat terjadi oleh adanya ulserasi dinding mukosa atau obstruksi lumen (biasanya feses yang keras). Penyumbatan pengeluaran secret mucus mengakibatkan perlengketan, infeksi dan terhambatnya aliran darah. Dari keadaan hipoksia menyebabkan gangren atau dapat terjadi rupture dalam waktu 24-36 jam. Bila proses ini berlangsung terus menerus organ disekitar apendiks akan mengalami perlengketan dan akan menjadi abses (kronik). Apabila proses infeksi sangat cepat (akut) dapat menyebabkan peritonitis. Peritonitis merupakan komplikasi yang sangat serius. Infeksi kronis dapat terjadi pada apendiks, tetapi hal ini tidak menimbulkan nyeri didaerah abdomen.

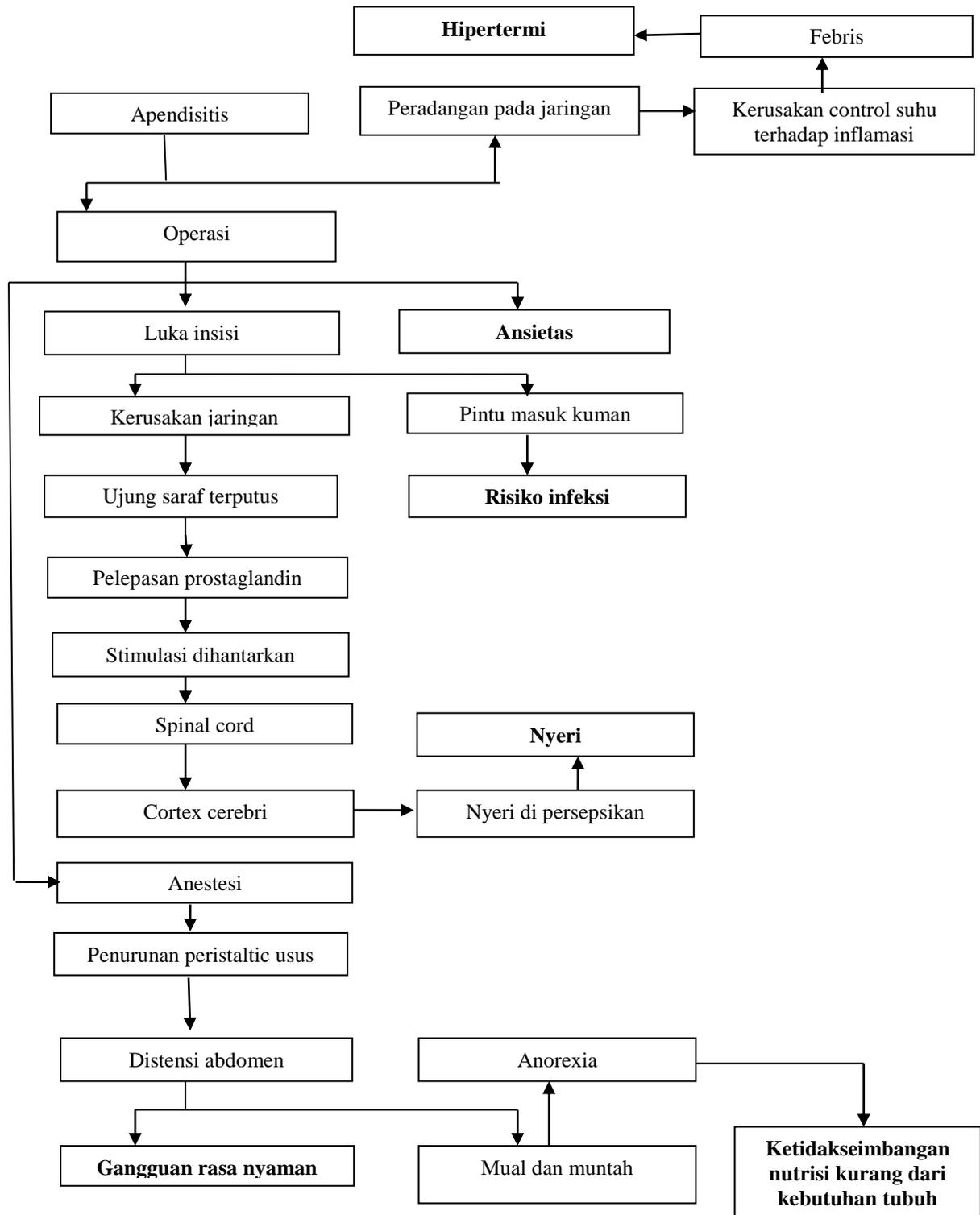
Penyebab utama apendisitis adalah obstruksi penyumbatan yang dapat disebabkan oleh hyperplasia dari folikel limfoid merupakan penyebab terbanyak, adanya feses dalam lumen apendiks. Obstruksi apendiks menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa terbenjeng, makin lama

mucus yang terbungkus makin banyak dan menekan dinding appendiks oedem serta merangsang tunika serosa dan peritoneum visceral. Oleh karena itu persyarafan appendiks sama dengan usus yaitu torakal X maka rangsangan itu dirasakan sebagai rasa sakit disekitar umbilicus.

Mucus yang terkumpul lalu terinfeksi oleh bakteri menjadi nanah kemudian timbul gangguan aliran vena, sedangkan arteri belum terganggu, peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum parietal setempat, sehingga menimbulkan rasa sakit dikanan bawah, keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif akut.

Bila kemudian aliran arteri terganggu maka timbul allergen dan ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding apendiks yang telah akut pecah, dinamakan apendisitis perforasi. Bila omentum usus yang berdekatan dapat mengelilingi apendiks yang meradang atau perforasi akan timbul suatu masa local, keadaan ini disebut apendisitis abses. Pada anak-anak karena omentum masih pendek dan tipis, apendiks yang relative lebih panjang, dinding apendiks yang lebih tipis dan daya tahan tubuh yang masih kurang, demikian pada orang tua karena telah ada gangguan pembuluh darah, maka perforasi terjadi lebih cepat. Bila apendisitis infiltrat ini menyembuh dan kemudian gejalanya hilang timbul dikemudian hari maka terjadi apendisitis kronis (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

Bagan 2.1 Pathway Apendisitis



Sumber : Nurarif & Kusuma (2015)

2.1.5. Klasifikasi

a. Apendisitis akut

Peradangan pada apendiks atau umbai cacing dengan tanda radang pada daerah sekitar yang bersifat terlokalisasi, baik disertai rangsangan peritoneum local maupun tanpa penyerta.

b. Apendisitis rekurens

Peradangan pada apendiks karena adanya fibrosis dari riwayat apendektomi yang sembuh spontan memunculkan rasa nyeri di perut kanan bawah yang mendorong perlu dilakukannya apendektomi.

c. Apendisitis kronis

Memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh di dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut, dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan hilang setelah apendektomi. *Sumber: Hariyanto & Sulistyowati (2015)*

2.1.6. Komplikasi

a. Perforasi apendiks

Perforasi jarang terjadi dalam 8 jam pertama, observasi aman untuk dilakukan dalam masa tersebut. Tanda-tanda perforasi meliputi meningkatnya nyeri, spasme otot dinding perut kuadran kanan bawah dengan tanda peritonitis umum atau abses yang terlokalisasi, demam,

malaise, dan leukositosis semakin jelas. Bila perforasi dengan peritonitis umum atau pembentukan abses telah terjadi sejak pasien pertama kali datang, diagnosis dapat ditegakkan dengan pasti.

b. Peritonitis atau abses

Bila terjadi peritonitis umum terapi spesifik yang dilakukan adalah operasi untuk menutup perforasi. Bila terbentuk abses apendiks akan teraba massa di kuadran kanan bawah yang cenderung menggelembung kearah rectum.

Sumber: Dermawan & Rahayuningsih (2010)

2.1.7. Penatalaksanaan

Menurut Muttaqin & Sari (2013) penanganan apendisitis meliputi:

a. Intervensi pada unit gawat darurat

1. Tujuan intervensi kedaruratan yang dilakukan pada pasien apendisitis adalah memberikan cairan untuk mencegah dehidrasi dan septicemia.
2. Pasien dipuasakan dan tidak ada asupan apapun secara oral.
3. Pemberian analgetik dan antibiotic melalui intravena.

b. Terapi farmakologis

Preoperative antibiotic untuk menurunkan risiko infeksi pascabedah

c. Terapi bedah

Bila diagnosis klinis sudah jelas, maka tindakan paling tepat adalah apendektomi dan merupakan satu-satunya pilihan yang baik. Penundaan tindakan bedah sambil pemberian antibiotic dapat mengakibatkan abses atau perforasi. Apendektomi bisa dilakukan secara terbuka ataupun dengan cara laparaskopi. Pada appendisitis tanpa komplikasi biasanya tidak perlu diberikan antibiotic, kecuali pada appendisitis gangrenosa atau appendisitis perforasi.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan fisik

1. Inspeksi: akan tampak adanya pembengkakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).
2. Palpasi: didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila dilepas juga akan terasa nyeri (blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosa appendisitis akut.
3. Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat/tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (psoas sign).
4. Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
5. Suhu dubur (rectal) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (axilla), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

6. Pada apendiks terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila apendiks terletak di rongga pelvis maka obturator sign akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol

b. Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000 – 18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).

c. Pemeriksaan radiologi

1. Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu).
2. Ultrasonografi (USG), CT-Scan.
3. Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

Sumber: Nurarif & Kusuma (2015)

2.2. Konsep Nyeri

a. Definisi Nyeri

Nyeri adalah respon subjektif terhadap stressor fisik dan psikologis. Nyeri pengalaman pribadi dan nyata yang dipengaruhi oleh faktor fisiologis psikologis, kognitif, sosiokultural, dan spiritual. *International Association for the Study of Pain (IASP)* mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang

berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial, atau dijelaskan dalam istilah seperti kerusakan. Meskipun banyak definisi dan orang yang menjelaskan tentang nyeri, satu yang relevan bagi perawat adalah bahwa nyeri adalah “apapun yang dialami individu sebagai nyeri adalah nyeri dan benar terjadi, dan kapan pun individu mengatakan nyeri artinya benar adanya” (Lemone, et al, 2012)

b. Fisiologi

Reseptor saraf untuk nyeri disebut dengan nosiseptor. Ujung saraf bebas ini bergelombang melalui seluruh jaringan tubuh kecuali otak. Nyeri terjadi ketika jaringan yang mengandung nosiseptor dicerai. Intensitas dan durasi stimulus menentukan sensasi. Stimulus yang intens dan berlangsung lama menghasilkan nyeri yang lebih hebat dibandingkan stimulus yang singkat dan ringan..

Nosiseptor berespon terhadap beberapa jenis stimulus berbahaya yang berbeda: mekanik, kimia atau termal. Persepsi nyeri pada bagian tubuh yang berbeda dipengaruhi oleh variasi sensitivitas terhadap jenis stimulus dan distribusi nosiseptor pada berbagai jaringan.

Trauma jaringan, inflamasi dan iskemia cenderung mengeluarkan sejumlah biokimia. Zat kimia ini seperti bradikinin, histamin, serotonin, dan ion kalium merangsang nosiseptor secara langsung dan menghasilkan nyeri zat kimia ini dan zat lainnya (seperti ATP dan prostaglandin) juga merangsang nosiseptor, meningkatkan respon nyeri dan menyebabkan stimulus yang normalnya tidak berbahaya (seperti sentuhan) diterima

sebagai nyeri. Mediator kimia juga bekerja untuk memicu inflamasi yang akhirnya menyebabkan pengeluaran zat kimia tambahan yang menstimulasi reseptor nyeri. Selanjutnya yang disebut dengan nosiseptor silent (misalnya reseptorsensori pada usus yang normalnya tidak merespon stimulus mekanik atau termal) dapat menjadi sensitive terhadap stimulus mekanik karena adanya mediator inflamasi sehingga menyebabkan nyeri yang parah dan melemahkan serta nyeri tekan (Lemone, et al., 2012)

c. **Klasifikasi**

Klasifikasi nyeri secara umum dibagi menjadi dua, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan umumnya dapat diidentifikasi penyebabnya, tidak melebihi enam bulan. Nyeri kronis merupakan nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari enam bulan. Yang termasuk dalam kategori nyeri akut adalah nyeri bedah dan trauma sedangkan nyeri kronis adalah nyeri kanker, artritis, neuralgia trigeminal. Tabel berikut ini menunjukkan perbedaan nyeri akut dan nyeri kronis.

Tabel 2.1 Perbedaan nyeri akut dan kronis

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang, atau terselubung
Waktu	Sampai enam bulan	Lebih dari enam bulan,

		sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri dapat diidentifikasi	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi (perubahan perasaan).
Gejala-gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respons yang bervariasi, sedikit gejala-gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus sehingga dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat

Sumber: Uliyah & Hidayat (2009)

d. Faktor Yang Mempengaruhi

Menurut Uliyah & Hidayat (2009) Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya adalah:

a. Arti nyeri

Arti nyeri bagi individu banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri tersebut merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial kultural, lingkungan, dan pengalaman.

b. Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian sangat subjektif, tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif secara kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

c. Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan adanya intensitas nyeri yang dapat memengaruhi seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat memengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alcohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan lain-lain. Sedangkan faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

d. Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti: arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, takut, cemas, usia, dan lain-lain.

2.3. Konsep Relaksasi Benson

Relaksasi Benson merupakan relaksasi menggunakan teknik pernapasan yang biasa digunakan di rumah sakit pada pasien yang sedang mengalami nyeri atau mengalami kecemasan. 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). Cara pengobatan ini merupakan bagian pengobatan spiritual. Pada tehnik ini pengobatan sangat fleksibel dapat dilakukan dengan bimbingan mentor, bersama-sama atau sendiri. Teknik ini merupakan upaya untuk memusatkan perhatian pada suatu fokus dengan menyebut berulang-ulang kalimat ritual dan menghilangkan berbagai pikiran yang mengganggu. Teknik pengobatan ini dapat dilakukan setengah jam tiga kali sehari.

Kedua responden post operasi Apendektomi diberikan terapi Relaksasi Benson selama 15-30 menit setiap 3 kali sehari, dan mendapat hasil yang efektif. Begitupun hasil penelitian yang dilakukan oleh Rasubala et al., 2017 dengan judul "*Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Terhadap Skala Nyeri Pada Pasien Post Operasi Di RSUP. PROF.DR.R.D Kandou Dan RS Tk.III R.W. Mongisidi Teling Manado*", dilakukan penelitian pada 16 orang pasien post operasi apendektomi terdiri dari 12 orang laki-laki dan 4 orang perempuan, usia : 10 – 40 tahun dengan skala nyeri sedang (4-6) dan berat (7-9) Didapatkan kesimpulan bahwa : setelah dilakukan terapi relaksasi benson sebagian besar skala nyeri mengalami perubahan yang signifikan dengan menurunnya skala nyeri menjadi skala nyeri ringan. Maka dengan memberikan relaksasi benson pada klien dengan post operasi Apendektomi adalah efektif mengurangi rasa sakit.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan menurut (Muttaqin & Sari, 2013) pada pasien appendisitis yaitu:

a. Identitas klien

Meliputi nama, umur, ras/suku, alamat, agama, status perkawinan, pekerjaan (Diyono & Mulyanti, 2011)

b. Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Pada anamnesis, keluhan utama yang paling sering ditemukan adalah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri visceral didaerah epigastrium disekitar umbilicus. Keluhan ini sering disertai mual dan kadang ada muntah. Umumnya nafsu makan menurun. Kondisi muntah dihubungkan dengan inflamasi dan iritasi dari apendiks dengan nyeri menyebar ke bagian duodenum, yang menghasilkan mual dan muntah (Atassi, 2002). Keluhan sistemik biasanya berhubungan dengan kondisi inflamasi dimana didapatkan peningkatan suhu tubuh.

c. Keluhan utama saat di kaji

Pada anamnesis, keluhan utama yang paling sering ditemukan adalah nyeri. Pengkajian nyeri dilakukan dengan pendekatan PQRST.

P: Provokatif/Paliatif :

Pengkajian untuk mengidentifikasi factor yang menjadi predisposisi nyeri. Pada klien appendisitis akut sering muncul gejala khas yang

didasari oleh radang mendadak yang disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal.

Q: Quality

Pengkajian untuk menilai bagaimana rasa nyeri dirasakan secara subjektif seperti apa rasa nyeri yang dirasakan dan bagaimana sifat nyeri yang digambarkan klien. Pada klien apendisitis keluhan klasiknya ialah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral didaerah epigastrium disekitar umbilicus.

R: Region/Radiasi

Pengkajian untuk mengidentifikasi letak nyeri secara tepat, adanya radiasi dan penyebaran nyeri. Pada klien apendisitis nyeri dirasakan di abdomen kanan bawah.

S: Scale

Pengkajian untuk menentukan seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien. Pengkajian ini dilakukan berdasarkan skala nyeri/gradasi. Skala nyeri pada klien apendisitis bervariasi. Perbedaan skala nyeri ini dipengaruhi oleh berbagai factor meliputi tingkat kerusakan mukosa akibat peradangan apendiks dan bagaimana pola klien dalam menurunkan respon nyeri.

T: Time

Pengkajian untuk mendeteksi berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk atau membaik. Keluhan nyeri klien

apendisitis bervariasi. Onset nyeri mulanya samar-samar dan sulit memprediksi keluhan samar-samar mulai dirasakan.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian preoperative untuk menurunkan risiko pembedahan seperti adanya penyakit Diabetes Melitus, hipertensi, tuberculosis, atau kelainan hematologis.

e. Riwayat psikososial

Kecemasan akan nyeri hebat atau akibat respon pembedahan.

f. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan takikardia dan peningkatan frekuensi nafas. Pada pengkajian abdominal, hal yang mendasar adalah mengklarifikasi keluhan nyeri pada region kanan bawah atau pada titik McBurney. Pada inspeksi perut tidak ditemukan gambaran spesifik. Kembang sering terlihat pada klien dengan komplikasi perforasi. Penonjolan perut kanan bawah dapat dilihat pada massa atau abses periapendikular.

Palpasi abdomen kanan bawah akan didapatkan peningkatan respon nyeri. Nyeri pada palpasi terbatas pada region iliaka kanan, dapat disertai nyeri lepas. Kontraksi otot menunjukkan adanya rangsangan peritoneum parietale. Pada penekanan perut kiri bawah akan dirasakan nyeri diperut kanan bawah yang disebut Tanda Rovsing. Pada apendisitis retrosekal atau retroileal diperlukan palpasi dalam untuk menentukan adanya rasa nyeri (Sjamsuhidayat, 2005).

Tanda lainnya dari apendisitis adalah Tanda Dunphy (nyeri tajam pada kuadran kanan bawah abdomen yang didapatkan setelah batuk yang tiba-tiba). Tanda ini dapat membantu menjadi tanda klinik penting yang berhubungan dengan peritonitis yang terlokalisasi. Umumnya nyeri kanan bawah merupakan respon dari perkusi pada bagian kuadran lainnya dan dijadikan sugesti terjadinya peradangan peritoneal (Katz, 2009).

2.4.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul setelah dilakukan analisa masalah sebagai hasil dari pengkajian. Secara garis besar, diagnosa keperawatan yang sering timbul pada pasien Post Operasi Apendektomi menurut (Muttaqin & Sari, 2013) berdasarkan Nanda-I, 2018 yaitu:

- a. Nyeri akut
- b. Defisien pengetahuan
- c. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- d. Risiko infeksi area pembedahan
- e. Hipertermia
- f. Ansietas

2.4.3. Intervensi

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan (Muttaqin dan Sari, 2013) dan (Herdman dan Kamitsuru, 2018)

No.	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut	Dalam waktu 1x24 jam nyeri berkurang/hilang	1. Kaji respons nyeri dengan pendekatan	1. Pendekatan komprehensif untuk menentukan

Batasan karakteristik:	atau teradaptasi.	PQRST	rencana intervensi
<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan selera makan - Perubahan pada parameter fisiologis - Diaphoresis - Perilaku distraksi - Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya - Perilaku ekspresif - Ekspresi wajah nyeri - Sikap tubuh melindungi area nyeri - Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas - Focus pada diri sendiri - Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri - Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyeri 	<p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secara subjektif melaporkan nyeri berkurang atau dapat diadaptasi - Dapat mengidentifikasi aktivitas yang meningkatna atau menurunkan nyeri - Klien tidak gelisah 	<p>Lakukan manajemen nyeri keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Istirahatkan klien pada saat nyeri muncul 3. Atur posisi semifowler 4. Dorong ambulasi dini 5. Beri oksigen nasal 6. Ajarkan teknik relaksasi non farmakologi 7. Manajemen lingkungan tenang, batasi pengunjung dan istirahatkan pasien 8. Lakukan manajemen sentuhan 9. Tingkatkan pengetahuan tentang sebab-sebab nyeri dan menghubungkan berapa 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Istirahat secara fisiologis akan menurunkan kebutuhan oksigen yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme basal 3. Posisi ini mengurangi tegangan pada insisi dan organ abdomen yang membantu mengurangi nyeri 4. Meningkatkan normalisasi fungsi organ (merangsang peristaltic dan flatus) dan menurunkan ketidaknyamanan abdomen 5. Pada fase nyeri hebat skala nyeri 7-10, pemberian oksigen nasal 3 liter/menit dapat meningkatkan intake oksigen sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia pada intestinal 6. Relaksasi dapat menurunkan stimulus internal 7. Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi oksigen ruangan yang akan berkurang apabila banayak pengunjung yang berada diruangan. Istirahat akan menurunkan kebutuhan oksigen jaringan perifer 8. Manajemen sentuhan pada saat nyeri berupa sentuhan dukungan psikologis dapat menurunkan nyeri 9. Pengetahuan yang akan dirasakan membantu mengurangi nyerinya dan dapat membantu mengembangkan

			lama nyeri akan berlangsung	kepatuhan pasien terhadap rencana terapeutik
			10. Kolaborasi dengan tim medis pemberian analgetik.	10. Analgetik memblok lintasan nyeri sehingga nyeri akan berkurang
2. Defisien pengetahuan	Dalam waktu 1x24 jam informasi kesehatan terpenuhi.	1. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang pembedahan apendektomi dan rencana perawatan rumah		1. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh kondisi social ekonomi klien. Perawat menggunakan pendekatan yang sesuai dengan kondisi individu klien.
Batasan karakteristik:	Kriteria hasil:	2. Cari sumber yang meningkatkan penerimaan informasi		2. Keluarga terdekat dengan klien perlu dilibatkan dalam pemenuhan informasi untuk menurunkan risiko misinterpretasi terhadap informasi yang diberikan
- Ketidakakuratan mengikuti perintah	- Klien mampu menjelaskan kembali pendidikan kesehatan yang diberikan	Jelaskan dan lakukan pemenuhan atau persiapan pembedahan meliputi:		3. Apendektomi merupakan intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah ablatif atau melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit.
- Ketidakakuratan melakukan tes	- Klien termotivasi untuk melaksanakan penjelasan yang telah diberikan	3. Jelaskan tentang pembedahan apendektomi		4. Setiap klien diajarkan sebagai seorang individu, dengan mempertimbangkan segala kebutuhan dan harapan-harapannya
- Perilaku tidak tepat		4. Lakukan pendidikan kesehatan		5. Puasa preoperative idealnya 6-8 jam sebelum intervensi bedah
- Kurang pengetahuan		Beritahu persiapan pembedahan, meliputi:		6. Istirahat merupakan hal yang penting untuk penyembuhan normal.
		5. Persiapan puasa		7. Klien sudah menyelesaikan administrasi dan mengetahui secara finansial biaya pembedahan. Klien sudah mendapat penjelasan dan menandatangani <i>informed consent</i>
		6. Persiapan istirahat dan tidur		8. Klien akan mendapat manfaat bila mengetahui
		7. Persiapan administrasi dan informed consent		
		8. Beritahu pasien dan keluarga kapan klien		

- | | | | |
|----------------------|--|-------------------------|---|
| | sudah bisa dikunjungi | | kapan keluarganya dan temannya dapat berkunjung setelah pembedahan |
| | 9. Beri informasi tentang manajemen nyeri keperawatan | 9. | Manajemen nyeri dilakukan untuk peningkatan control nyeri pada klien |
| | 10. Beri penyuluhan pada pasien pasca apedektomi tanpa komplikasi | 10. | Apabila apendektomi tidak mengalami komplikasi, klien dapat dipulangkan pada hari itu juga bila suhu dalam batas normal dan area operatif terasa nyaman. Pasien diinstruksikan untuk membuat janji menemui ahli bedah yang akan mengangkat jahitan antara hari kelima dan ketujuh. Perawatan insisi dan pedoman aktivitas didiskusikan |
| | 11. Ajarkan klien dan keluarga untuk melakukan pegantian balutan pasca bedah | 11. | Apabila klien siap untuk pulang klien dan keluarga dapat diajarkan untuk merawat luka dan melakukan penggantian balutan. Perawatan kesehatan dirumah mungkin diperlukan untuk memantau klien terhadap adanya komplikasi dan penyembuhan luka. |
| | 12. Anjurkan semampunya melakukan manajemen nyeri nonfarmakologi pada saat nyeri muncul | 12. | Beberapa agen nyeri nonfarmakologi mampu menurunkan nyeri |
| | 13. Beritahu klien dan keluarga apabila didapatkan perubahan klinik atau komplikasi untuk segera memeriksakan diri | 13. | Klien dan keluarga diajarkan untuk memeriksa kondisi balutan dirumah. Apabila ada perubahan warna pada balutan ini merupakan suatu tanda komplikasi yang harus segera mendapatkan intervensi medis. Komplikasi pasca apendektomi adalah infeksi luka bdah dengan ditandai kemerahan sekitar luka, nyeri abdomen, muntah, dan peningkatan denyut nadi. |
| 3. Ketidakseimbangan | Dalam waktu 3x24 jam | 1. Kaji status nutrisi, | 1. Memvalidasi dan |

nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	asupan nutrisi klien terpenuhi	turgor kulit, berat badan, integritas mukosa oral, kemampuan menelan, mual/muntah	menetapkan derajat masalah untuk menetapkan pilihan intervensi yang tepat
<p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kram abdomen - Nyeri abdomen - Gangguan sensasi rasa - Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal - Diare - Enggan makan - Kurang minat pada makanan - Membrane mukosa pucat - Ketidakmampuan memakan makanan - Cepat kenyang setelah makan - Sariawan rongga mulut - Kelemahan otot mengunyah - Kelemahan otot untuk menelan - Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat 	<p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dapat mempertahankan status asupan nutrisi yang tepat - Pernyataan motivasi yang kuat untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pantau intake dan output 3. Berikan makan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang 4. Berikan diet secara rutin 5. Mulailah memberikan makan peroral setengah cair, lalu makan lunak ketika klien dapat menelan air 6. Kolaborasi dengan ahli diet untuk menetapkan komposisi dan jenis diet yang tepat 7. Auskultasi bising usus 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Berguna untuk mengukur keefektifan nutrisi dan dukungan cairan 3. Klien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya gangguan dari luar. 4. Pemberian diet sedikit tapi sering merupakan intervensi yang tidak tepat karena tidak efisien dalam mengatur pola pemberian dan persiapan makanan. Hal tersebut juga membuat makanan dingin sehingga dapat membuat selera makan berkurang. Makanan yang masih dalam keadaan hangat memudahkan perawat dan ahli gizi dalam memantau kemampuan makan dari klien. Dengan pemberian diet secara rutin, akan memberikan kondisi normal terhadap fungsi gastrointestinal dalam melakukan aktivitas selama dirawat dan setelah pasien pulang ke rumah 5. Makan lunak/cairan kental mudah dikendalikan didalam mulut, sehingga menurunkan kemungkinan terjadinya muntah 6. Merencanakan diet dengan kandungan nutrisi yang adekuat untuk memenuhi peningkatan kebutuhan energy dan kalori 7. Bising usus yang terdengar merupakan parameter fungsi gastrointestinal sudah optimal 1. Mengidentifikasi kemajuan atau penyimpangan dari tujuan
4. Risiko infeksi area pembedahan	Dalam waktu 12x24 jam tidak terjadi infeksi,	1. Kaji jenis pembedahan, hari pembedahan, dan apakah ada order khusus	1. Mengidentifikasi kemajuan atau penyimpangan dari tujuan

	<p>perbaikan pada integritas jaringan lunak</p> <p>Kriteria hasil: 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</p>	<p>dari tim dokter bedah dalam melakukan perawatan luka</p> <p>2. Buat kondisi balutan luka dalam keadaan bersih dan kering</p> <p>Lakukan perawatan luka:</p> <p>3. Lakukan perawatan luka steril pada hari kedua pasca bedah dan diulang setiap hari</p>	<p>yang diharapkan</p> <p>2. Kondisi bersih dan kering akan menghindari kontaminasi komensal dan akan menyebabkan respons inflamasi local dan akan memperlama penyembuhan luka</p>
		<p>3. Lakukan perawatan luka steril pada hari kedua pasca bedah dan diulang setiap hari</p> <p>4. Bersihkan luka dan drainase dengan cairan antiseptic jenis iodine providum dengan cara swabbing dari arah dalam ke luar</p> <p>5. Bersihkan bekas sisa iodine providum dengan alcohol 70% atau normal salin dengan cara swabbing dari dalam ke arah luar</p> <p>6. Tutup luka dengan kasa steril dan tutup dengan plester adhesif yang menyeluruh menutupi kasa</p> <p>7. Kolaborasi penggunaan antibiotik</p>	<p>3. Perawatan luka sebaiknya tidak setiap hari untuk menurunkan kontak tindakan dengan luka yang dalam kondisi steril sehingga mencegah kontaminasi kuman ke luka bedah</p> <p>4. Pembersihan debris (sisa fagositosis, jaringan mati) dan kuman sekitar luka dengan mengoptimalkan kelebihan dari iodine providum sebagai antiseptic dan dengan arah dari dalam ke luar dapat mencegah kontaminasi kuman ke jaringan luka</p> <p>5. Antiseptic iodine providum mempunyai kelemahan dalam menurunkan proses epitalisasi jaringan sehingga memperlambat pertumbuhan luka, maka harus dibersihkan dengan alcohol atau normal salin</p> <p>6. Penutupan secara menyeluruh dapat menghindari kontaminasi dari benda atau udara yang bersentuhan dengan luka bedah</p> <p>7. Antibiotic injeksi diberikan selama satu hari pasca bedah yang kemudian dilanjutkan antibiotic oral sampai jahitan dilepas serta memberikan antibiotic sesuai instruksi dokter</p>
<p>5. Hipertermia</p> <p>Batasan karakteristik:</p>	<p>Dalam waktu 1x24 jm terjadi penurunan suhu tubuh</p>	<p>1. Evaluasi TTV pada setiap pergantian shift atau setiap ada keluhan</p>	<p>1. Sebagai pengawasan terhadap adanya perubahan keadaan umum</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Apneu - Kulit kemerahan - Gelisah - Letargi - Kejang - Kulit terasa hangat - Stupor - Takikardia - Takipnea - Vasodilatasi 	<p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu menjelaskan kembali pendidikan kesehatan yang diberikan - Klien mampu termotivasi untuk melaksanakan penjelasan yang telah diberikan 	<p>dari pasien</p>	<p>pasien sehingga dapat dilakukan penanganan dan perawatan secara cepat dan tepat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sebagai data dasar untuk memberikan intervensi selanjutnya 3. Penurunan aktivitas akan menurunkan laju metabolisme yang tinggi pada fase akut, dengan demikian membantu menurunkan fase suhu tubuh 4. Kondisi ruang kamar yang tidak panas, tidak bising, dan sedikit pengunjung memberikan efektivitas terhadap proses penyembuhan. 5. Kompres dingin merupakan teknik penurunan suhu tubuh dengan meningkatkan efek konduktivitas. Area yang digunakan adalah tempat dimana pembuluh darah arteri besar berada sehingga meningkatkan efektivitas dari proses konduksi 6. Pengeluaran suhu tubuh dengan cara evaporasi berkisar 22% dari pengeluaran suhu tubuh. Pakaian yang mudah menyerap keringat sangat efektif meningkatkan efek dari evaporasi 7. Masase dilakukan untuk meningkatkan aliran darah ke perifer dan terjadi vasodilatasi perifer yang akan meningkatkan efek evaporasi. Penggunaan cairan penghangat seperti minyak kayu putih dapat digunakan untuk meningkatkan efektivitas intervensi masase 8. Antipiretik bertujuan untuk memblokir respon panas sehingga suhu tubuh pasien dapat lebih cepat
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Kaji pengetahuan pasien dan keluarga tentang cara menurunkan suhu tubuh 3. Lakukan tirah baring total 4. Atur lingkungan yang kondusif 5. Beri kompres air dingin (air biasa) pada daerah aksila, lipat paha, dan temporal bila terjadi panas 6. Anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang dapat menyerap keringat seperti katun 7. Anjurkan keluarga untuk melakukan masase pada ekstremitas 8. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik 	

6.	Ansietas	Secara subjektif melaporkan rasa cemas berkurang	1. Monitor respon fisik seperti kelemahan, perubahan tanda vital, gerakan-gerakan yang berulang-ulang, catat kesesuaian respon verbal dan nonverbal selama komunikasi	menurun 1. Digunakan dalam mengevaluasi derajat/tingkat kesadaran/konsentrasi, khususnya ketika melakukan komunikasi verbal
	Batasan karektiristik:	Kriteria hasil:	2. Anjurkan klien dan keluarga untuk mengungkapkan dan mengekspresikan rasa takutnya	2. Memberikan kesempatan untuk berkonsentrasi, kejelasan dan rasa takut dan mengurangi cemas yang berlebihan
	Perilaku	- Klien mampu mengungkapkan perasaannya kepada perawat	3. Catat reaksi klien/keluarga. Berikan kesempatan untuk mendiskusikan perasaannya/konsentrasinya, dan harapan masa depan	3. Anggota keluarga dengan responnya pada apa yang terjadi dan kecemasannya dapat disampaikan kepada klien
	- Tampak waspada - Agitasi - Insomnia - Kontak mata yang buruk - Gelisah	- Klien dapat mendemostrasikan ketrampilan pemecahan masalahnya dan perubahan koping yang digunakan sesuai situasi yang dihadapi	4. Anjurkan aktivitas pengalihan perhatian sesuai kemampuan individu, seperti menulis, nonton tv dan ketrampilan tangan	4. Sejumlah aktivitass atau ketrampilan baik sendiri maupun dibantu selama melakukan rawat inap dapat menurunkan tingkat kebosanan yang dapat menjadi stimulus kecemasan
	Afektif	- Klien dapat mencatat penurunan kecemasan/ketakutan		
	- Kesedihan yang mendalam - Gelisah - Ketakutan - Putus asa - Sangat khawatir	- Klien dapat mencatat penurunan kecemasan/ketakutan		
	Fisiologis	- Klien dapat rileks dan tidur/istirahat dengan baik		
	- Wajah tegang - Peningkatan keringat - Gemetar - Suara bergetar			
	Simpatis			
	- Anorexia - Diare - Mulut kering - Wajah memerah - Peningkatan tekanan darah peningkatan denyut nadi - Peningkatan frekuensi pernapasan			
	Parasimpatis			
	- Perubahan pola tidur - Penurunan tekanan darah - Penurunan denyut nadi - Pusing - Sering berkemih - Dorongan segera berkemih			
	Kognitif			
	- Gangguan perhatian - Gangguan konsentrasi - Penurunan lapang persepsi - Lupa - Melamun - Cenderung menyalahkan orang			

lain

2.4.4. Implementasi

Implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Fokus dari intervensi keperawatan antara lain adalah :

- a. Mempertahankan daya tahan tubuh
- b. Mencegah komplikasi
- c. Menemukan perubahan sistem tubuh
- d. Menetapkan klien dengan lingkungan
- e. Implementasi pesan dokter (Setiadi, 2012)

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan 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, 2012).

2.4.5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya (Nursalam, 2008). Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012). Untuk memudahkan perawat

mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen *SOAP/SOAPIE/SOAPIER*. Pengertian *SOAP* adalah sebagai berikut :

a. S : Data Subjektif.

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

b. O : Data Objektif.

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien, dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

c. A : Analisis.

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

d. P : Planning.

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.

e. I : Implementasi.

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

f. E : Evaluasi.

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g. R : Reassessment.

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.