

**ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN *POST OP* LAPARATOMI EKSPLORASI
atas indikasi APPENDISITIS PERFORASI DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG WIJAYA KUSUMA 1
RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Oleh :

Lalu Riath Afriza Adha

NIM :AKX. 17. 039



**PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG
2020**

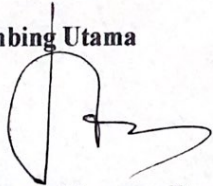
LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI*
LAPARATOMI EKSPLORESI atas indikasi APPENDISITIS
PERFORASI DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG WIJAYA KUSUMA 1
RSUD CIAMIS

OLEH
LALU RIATH AFRIZA ADHA
AKX.17.039

Proposal Penelitian ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal
seperti tertera dibawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama



Drs.H.Rachwan Herawan,Bsc.,M.Kes
NIDK.10115175

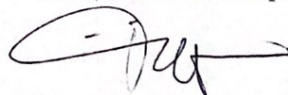
Pembimbing Pendamping



Vina Vitniawati,S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK. 02004020117

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN. 02001020009

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OPERASI*
LAPARATOMI EKSPLORASI atas indikasi APPENDISITIS
PERFORASI DENGAN NYERI AKUT
DI RUANG WIJAYA KUSUMA 1
RSUD CIAMIS**

LALU RIATH AFRIZA ADHA
NIM : AKX.17.079

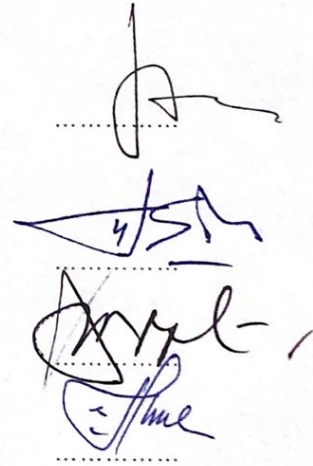
Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana pada tanggal Juni 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua : Drs. H. Rachwan Herawan, Bsc.,M.Kes
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Hj. Sri Sulamin, S.Kep.,M.M
(Penguji 1)
2. Agus Mi'raj Darajat S.Kep.,Ners.,M.Kep
(Penguji 2)
3. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners.,M.Kep
(Pembimbing Pendamping)



**Mengetahui
Ketua Fakultas Keperawatan**



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK : 020007020132

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Lalu Riath Afriza Adha
NPM : AKX.17.039
Fakultas : Keperawatan
Prodi : D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat
Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI LAPARATOMI EKSPLORESI atas indikasi APPENDISITIS PERFORASI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG WIJAYA KUSUMA 1 RSUD CIAMIS

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya oranglain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya *bersedia menerima sanksi* sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

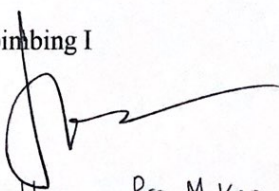
Bandung, 28 September 2020

Yang membuat pernyataan,




Lalu Riath Afriza Adha

Pembimbing I


Drs. H. Rachwan Herawan, Bsc., M. Kes

Pembimbing II


Vina Vitniawati, S. Kep., Ners., M. Kep

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tanda tangan dibawah ini :

Nama : Lalu Riath Afriza Adha

NIM : AKX.17.039

Institusi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti
Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparomi
Eksplorasi Dengan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma 1
RSUD Ciamis

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ilmiah ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan dari tim pembimbing dan masukan tim penelaah/penguji.
3. Dalam karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, Juni 2020

Yang Membuat Pernyataan



Lalu Riath Afriza Adha

AKX.17.039

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberikan kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Klien *Post* Operasi Laparotomi Eksplorasi atas indikasi Appendisit Perforasi dengan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis” 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 Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis ingin mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, terutama :

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung
2. Dr. Entris Sutrisno, MH.Kes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Pogram Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana
5. Rachwan Herawan Bsc.An.,M.Kes selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Vina Vitniawati,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Rizali Sofiyon, MM selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah Ciamis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.

8. Vera Abriyanti S.Kep.,Ners selaku CI Ruangan Wijaya Kusuma 1 yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana
10. Teristimewa kepada ayah tercinta H. Lalu Sudiawa, ibu tersayang Baiq Ernawati, dan adik-adikku Lalu Johan Rapte Sanjani, Lalu Algifari, Lalu Ergan Maolana yang telah memberikan dukungan moril, materil, doa, air mata dan keringat penuh cinta kasih sayang, kesabaran, dan keikhlasan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini
11. Sahabat seperjuangan PADEPOKAN lukman, qiem, fadlah, andina, tauhid, bang rey, gilang
12. Dan sahabat seperjuangan riska, suci, laras, hasstika, reni, dm, ressa, meike
13. Teman kelompok praktek rsud ciamis 2 bulan anjar, deviana, ilafin, kak uli yang selalu bersama-sama serta Teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan XIII tahun 2017.
14. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

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

Bandung, Juni 2020

Penulis

Lalu Riath Afriza Adha

ABSTRAK

Latar belakang: Appendisitis adalah peradangan dari apendik vermiformis dan merupakan kasus pembedahan darurat nyeri perut akut terbanyak sekitar 10%, terjadi pada semua golongan usia terutama usia 20-30 tahun dengan angka insiden paling banyak di temukan pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan 1,4:1. Tindakan pengobatan appendisitis dapat dilakukan dengan cara operasi (*Laparotomi*). Tindakan laparotomi akan menimbulkan masalah pada klien baik secara bio-psiko-sosial-spiritual. Dari masalah keperawatan tersebut nyeri merupakan masalah yang dominan dirasakan pada klien post op laparotomi. **Metode:** Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan ataupun fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada klien *Post Op* Laparotomi Eksplorasi atas indikasi Appendiksitis Perforasi dengan masalah keperawatan Nyeri Akut. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, masalah keperawatan nyeri akut pada kasus 1 dan kasus 2 dapat teratasi. Kedua klien mengalami penurunan nyeri yang sama pada klien pertama dari skala nyeri 5 menjadi 2 dan pada klien kedua dari skala 4 menjadi 2. **Diskusi:** Klien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Sehingga perawat harus memberikan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut, Appendisitis
Daftar Pustaka : 9 buku, 2 jurnal, 3 website

ABSTRACT

Background: Appendicitis is an inflammation of the vermiform appendix and is a case of acute abdominal pain surgery The most about 10%, occurring in all age classes aged 20-30 years in the most common incidence figure in males compared to women 1.4:1. Procedure of treatment of appendicitis can be done by surgery (*Laparotomi*). Laparotomy action will pose problems to clients both bio-psycho social-spiritual. From such nursing problems pain is a dominant problem felt in the Client post op laparotomy. **Methods:** This case study is a study to explore the issue of nursing care or a phenomenon with detailed limitations, having deep data retrieval and including a variety of information sources. This case study was conducted on the Post Op Laparotomi exploration client over the indication of appendicitis perforation with acute pain treatment problems. **Result:** After nursing care by giving nursing intervention for 3x24 hours, the problem of acute pain treatment in case 1 and Case 2 can be solved. Both clients experienced the same decrease in pain in the first client from the pain scale of 5 to 2 and on the second client of scale 4 to 2. **Discussion:** Clients with acute pain treatment problems do not necessarily have the same response that is affected by several factors. So nurses should provide a comprehensive care to address nursing problems in each patient.

Keyword : Nursing Care, Acute Pain, Appendicitis
Bibliography : 9 books, 2 journals, 3 websites

DAFTAR ISI

Halaman Judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Bagan	xii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Singkatan	vx
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat.....	5
1.4.1 Teoritis.....	5
1.4.2 Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Teori.....	7
2.1.1 Definsi	7
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi	8
1. Anatomi	8
2. Fisiologi.....	9
2.1.3 Etiologi	10
2.1.4 Patofisiologi.....	11
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	14
2.1.6 Komplikasi	14

2.1.7	Klasifikasi.....	15
2.1.8	Penatalaksanaan.....	16
2.1.9	Pemeriksaan Penunjang.....	18
2.2	Laparotomi	18
2.2.1	Macam-macam Laparatomi.....	19
2.2.2	Indikasi	20
2.2.3	Penatalaksanaan Keperawatan.....	20
2.2.4	Komplikasi Pasca Laparatomi.....	20
2.2.5	Proses Penyembuhan Luka.....	21
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	22
2.3.1	Pengkajian	22
2.3.2	Analisa Data	33
2.3.3	Diagnosa Keperawatan	33
2.3.4	Intervensi	35
2.3.5	Implementasi	47
2.3.6	Evaluasi	48
2.4	Konsep Nyeri	49
2.4.1	Definisi	49
2.4.2	Fisiologi	50
2.4.3	Klasifikasi Nyeri.....	51
2.4.4	Pemeriksaan Penunjang.....	51
2.4.5	Tatalaksana Nyeri.....	53
BAB III METODE PENELITIAN		55
3.1	Desain	55
3.2	Batasan Istilah.....	55
3.3	Partisipan	56
3.4	Lokasi dan Waktu	56
3.5	Pengumpulan Data.....	56
3.6	Uji Keabsahan Data	58
3.7	Analisa Data.....	59
3.8	Etik Penulisan	61
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		66
4.1	Hasil.....	66
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	66
4.1.2	Asuhan Keperawatan.....	66
4.1.2.1	Pengkajian	66
4.1.2.2	Analisa Data	77
4.1.2.3	Diagnosa Keperawatan	81
4.1.2.4	Intervensi Keperawatan	83

4.1.2.5 Implementasi	86
4.1.2.6 Evaluasi	90
4.2 Pembahasan	90
4.2.1 Pengkajian	91
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	92
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	96
4.2.4 Implementasi Keperawatan	98
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	100
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	103
5.1 Kesimpulan	103
5.2 Saran	107
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anantomi Appedik	8
Gambar 2.2 Appendisitis	8
Gambar 2.3 Apendiks yang mengalami peradangan	10
Gambar 2.4 Laparatomi insicion.....	20
Gambar 2.5 Visual Analog Scale.....	52
Gambar 2.6 Numerical Rating Scale	53

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Intervensi nyeri akut.....	36
Tabel 2.2	Intervensi pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan	38
Tabel 2.3	Intervensi kerusakan integritas jaringan.....	39
Tabel 2.4	Intervensi konstipasi.....	41
Tabel 2.5	Intervensi kurangnya pengetahuan.....	42
Tabel 2.6	Intervensi resiko tinggi kekurangan volume cairan	44
Tabel 2.7	Intervensi resiko infeksi	46
Tabel 4.1	Identitas klien	66
Tabel 4.2	Identitas penanggung jawab	67
Tabel 4.3	Riwayat kesehatan sekararang	67
Tabel 4.4	Riwayat penyakit dahulu dan keluarga	68
Tabel 4.5	Pola aktivitas sehari-hari	69
Tabel 4.6	Pemeriksaan fisik	71
Tabel 4.7	Data psikologi	74
Tabel 4.8	Pemeriksaan diagnosik.....	76
Tabel 4.9	Program dan rencana pengobatan	77
Tabel 4.10	Analisa data.....	77
Tabel 4.11	Diagnosa Keperawatan.....	81
Tabel 4.12	Intervensi keperawatan	83
Tabel 4.13	Implementasi keperawtan	86
Tabel 4.14	Evaluasi keperawatan	90

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway appendisitis.....	13
-------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Bimbingan
Lampiran II	: Lembar Persetujuan Responden
Lampiran III	: Lembar Observasi
Lampiran IV	: Lembar Justifikasi
Lampiran V	: Jurnal
Lampiran VI	: Daftar Riwayat hidup

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
CM	: <i>Centimeter</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
ICS	: Interkostalis
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IV	: Intravena
NIC	: <i>Nursing Intervemions Clasification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcomes Classification</i>
POD	: <i>Post Of Day</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SC	: <i>Sectio Caesarea</i>
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
VAS	: Visual Analog Scale
NRS	: Numerical Raing Scale

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Appendisitis adalah peradangan dari apendik vermiformis dan merupakan kasus pembedahan darurat nyeri perut akut terbanyak sekitar 10%, terjadi pada semua golongan usia terutama usia 20-30 tahun dengan angka insiden paling banyak di temukan pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan 1,4:1 (Froggatt dan Harmston, 2011).

Appendisitis adalah salah satu kasus bedah abdomen yang paling sering terjadi di dunia. *Appendiktomi* menjadi salah satu operasi abdomen terbanyak di dunia. Sebanyak 40% bedah emergensi di negara barat dilakukan atas indikasi appendisitis akut (Lee *et al.*, 2010; Shrestha *et al.*, 2012).

Badan kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO) menunjukkan 7% penduduk di negara barat menderita appendicitis dan lebih dari 200.000 apendiktomi dilakukan di Amerika Serikat setiap tahunnya (WHO, 2017). Di Indonesia insiden appendisitis cukup tinggi, terlihat dengan adanya peningkatan jumlah pasien dari tahun ketahun. Berdasarkan data yang diperoleh (Depkes RI, 2016), kasus appendisitis pada tahun 2016 sebanyak 65.755 orang dan pada tahun 2017 jumlah pasien appendisitis sebanyak 75.601 orang. Dinas kesehatan Jawa Barat pada tahun 2016

menyebutkan bahwa pada kelompok usia 5-60 tahun dengan pola penyakit apendiks presentase rawat inap di Rumah Sakit yaitu sebesar 1,72% sehingga menganggap bahwa Appendisitis merupakan isu prioritas kesehatan ditingkat local dan nasional karena dapat mempunyai dampak besar bagi kesehatan masyarakat.

Berdasarkan data yang didapatkan dari rekam medic RSUD Ciamis di ruang Wijaya Kusuma 1 periode januari – desember 2019 terdapat 44 kasus dengan penyakit Appendisitis. Meskipun appendisitis tidak menempati peringkat dari 10 penyakit terbesar, namun jika tidak diberikan asuhan keperawatan atau tindakan keperawatan secara benar maka akan mengganggu kebutuhan dasar manusia yang meliputi Bio-Psiko-Sosial-Spiritual. Oleh karena itu perlu, dilakukan tindakan yang tepat. Tindakan pengobatan appendisitis dapat dilakukan dengan cara operasi.

Operasi apendiks dilakukan dengan cara apendiktomi yang merupakan suatu tindakan pembedahan yang membuang apendik, adapun apabila sudah terjadi perforasi maka dilakukan laparatomi. Laparatomi merupakan prosedur tindakan pembedahan dengan membuka cavum abdomen dengan tujuan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Jitowiyono, 2012). Adapun masalah keperawatan yang timbul setelah dilakukan tindakan laparatomi menurut doengoes (2014) adalah nyeri akut, pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan, kerusakan integritas kulit atau jaringan, konstipasi atau diare, kurangnya pengetahuan, resiko kekurangan volume cairan, dan resiko infeksi. Salah satu masalah

yang sering muncul adalah nyeri. Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa. (NANDA, 2015).

Kerusakan jaringan setelah dilakukan tindakan pembedahan mengakibatkan timbulnya luka pada bagian tubuh pasien sehingga menimbulkan rasa nyeri. Setiap nyeri akan menimbulkan perasaan yang tidak nyaman pada pasien. Apabila nyeri tidak segera ditangani dengan adekuat akan memberikan efek yang membahayakan seperti mempengaruhi system pulmoner, kardiovaskuler, gastrointestinal, endokrin dan imunologik. Rasa nyeri setelah pembedahan merupakan salah satu diagnose keperawatan yaitu nyeri akut. Nyeri akut akan memperpanjang masa penyembuhan karena akan mengganggu kembali normalnya aktifitas pasien.

Untuk mengatasi nyeri tersebut maka perlu dilakukan intervensi yang tepat. Adapun intervensi nyeri yang akan diberikan diantaranya : Selidiki keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas, dan factor pemberat/penghilang. Perhatikan petunjuk nonverbal. Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera. Pantau tanda-tanda vital. Kaji insisi bedah, perhatikan edema. Mengatur posisi semi fowler. Berikan perawatan oral. Pertahankan kepatenan selang NG/ drainase intestinal. Perhatikan adanya nyeri gas pasase dari flatus. Palpasi kandung kemih terhadap distensi bila berkemih ditunda. Ambulasikan pasien sesering mungkin. Anjurkan terapi non farmakologi

tarik nafas dalam. Berikan analgesic, narkotik, sesuai indikasi, Kateterisasi sesuai kebutuhan.

Dari uraian diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat masalah ini dalam sebuah penelitian karya tulis ilmiah dengan judul:“**Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi* Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Appendisit Perforasi dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di RSUD Ciamis**”.

1.2.Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi* Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Appendisit Perforasi dengan masalah keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.

1.3.Tujuan Peneliti

1.3.1. Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan dan memperoleh pengalaman dalam melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Operasi* Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Appendiksitis Perforasi dengan masalah keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.

1.3.2. Tujuan Khusus

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

- 1) Penulis mampu melakukan pengkajian pada klien *Post Operasi* Laparotomi Eksplorasi atas indikasi Appendisitis Perforasi di ruangan Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.
- 2) Penulis mampu menegakan diagnosa keperawatan pada klien *Post Operasi* Laparotomi Eksplorasi atas indikasi Appendisitis Perforasi di ruangan Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.
- 3) Penulis mampu menyusun perencanaan asuhan secara menyeluruh pada klien *Post Operasi* Laparotomi Eksplorasi atas indikasi Appendisitis Perforasi di ruangan Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.
- 4) Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan secara langsung pada klien *Post Operasi* Laparotomi Eksplorasi atas indikasi Appendisitis Perforasi di ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.
- 5) Penulis mampu mengevaluasi efektifitas asuhan yang diberikan pada klien *Post Operasi* Laparotomi Eksplorasi atas indikasi Appendisitis Perforasi di ruangan Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.
- 6) Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan secara langsung pada klien *Post Operasi* Laparotomi Eksplorasi atas indikasi Appendisitis Perforasi di ruangan Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.

1.4.Manfaat

1.4.1. Manfaat Teoritis

Dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pada klien *Post Operasi Laparatomi Eskplorasi* atas indikasi *Appendisitis Perforasi* dengan masalah keperawatan Nyeri akut.

1.4.2. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan asuhan keperawatan ini dapat menjadi referensi bacaan ilmiah mahasiswa untuk mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan nyeri akut pada klien *Post Operasi Laparatomi Eskplorasi* atas indikasi *Appendisitis Perforasi* dengan masalah Nyeri Akut.

b. Bagi Rumah Sakit

Memberikan masukan bagi pihak rumah sakit untuk menambah informasi tentang penanganan nyeri akut pada klien *Post Operasi Laparatomi Eksplorasi*.

c. Bagi Perawat

Meningkatkan pengetahuan perawat dalam menerapkan teknik non-farmakologi terhadap nyeri akut pada klien *Post Operasi Laparatomi Eksplorasi*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi

Appendik vermiformis merupakan saluran kecil dengan diameter kurang lebih sebesar pensil dengan Panjang 2 – 6 inci. Lokasi appendiks pada daerah iliaka kanan, dibawah katup iliocaecal, tepatnya pada dinding abdomen dibawah titik Mc Burney. Appendiksitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (appendiks). Infeksi ini mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (NANDA NIC NOC, 2015).

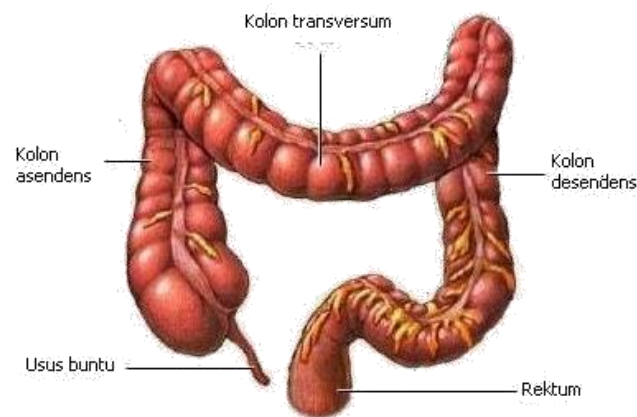
Appendisititis adalah peradangan dari apendik vermiformis dan merupakan kasus pembedahan darurat nyeri perut akut terbanyak sekitar 10%, terjadi pada semua golongan usia terutama usia 20-30 tahun dengan angka insiden paling banyak di temukan pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan 1,4:1 (Froggatt dan Harmston, 2011).

Appendisititis adalah suatu proses obstruksi yang disebabkan oleh benda asing batu feses kemudian terjadi proses infeksi disusul oleh peradangan dari apendiks vermiformis (Nugroho,2011).

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

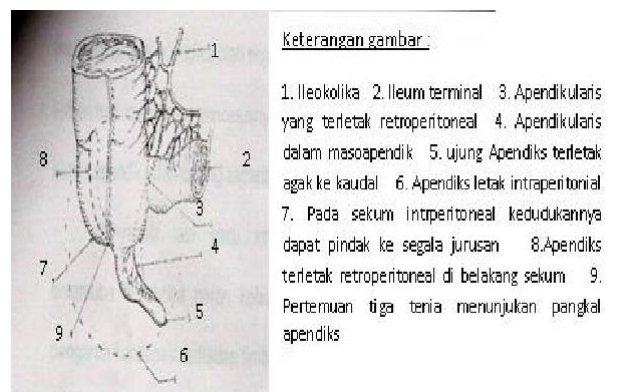
1. Anatomi

Gambar 2.1 Anatomi Appendix



Sumber : (Syarifuddin, 2011)

Gambar 2.2 appendisitis



Sumber : (Syarifuddin, 2011)

Appendiks veriformis adalah perluasan sekum yang rata-rata panjangnya 10 cm. ujung apendiks dapat terletak diberbagai lokasi, terutama dielakang sekum. Secara fisiologi appendik menghasilkan lendir 1 – 2 ml per hari secara normal lendir tersebut dicurahkan kedalam lumen selanjutya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks tampaknya berperan pada pathogenesis appendiksitis (Diyono & Sri Mulyani 2013). Panjang apendiks rata-rata 6-9 cm, lebar 0,3-0,7 cm, isi 0,1 cc, cairan bersifat basa mengandung amilase dan musin (Jitowiyono Sugeng, 2012).

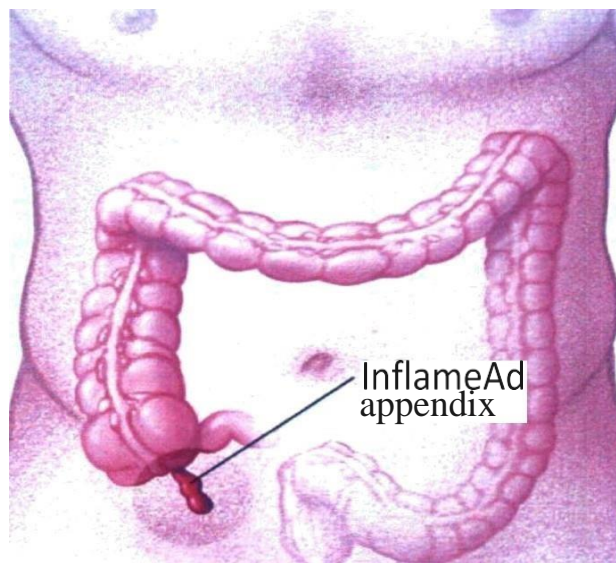
2. Fisiologi

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

adalah kurang tepat karena usus yang buntu sebenarnya adalah sekum.

(Sjamsuhidajat, 2010)

2.3 Gambar apendiks yang mengalami peradangan



Gambar 2.3 (Paulina, 2015)

2.1.3 Etiologi

Terjadinya apendik akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun banyak sekali faktor pencetus terjadinya penyakit ini, diantaranya obstruksi yang terjadi pada lumen apendik. Obstruksi pada lumen apendik ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalis) hipoplasia jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh cencer promer dan striktur. Namun

yang paling sering menyebabkan obstruksi lumen apendik adalah fekalit dan hiperplasia jaringan limfoid (Jatiwiyono & Weni, 2012, 3).

Namun, ada beberapa faktor yang mempermudah terjadinya radang apendik, diantaranya sebagai berikut :

1. Faktor sumbatan merupakan faktor terpenting terjadinya appendicitis (90%) yang di ikuti oleh infeksi.
2. Faktor adanya beberapa bakteri yang bisa menyebabkan appendicitis antara lain *Bacterodes fragililis*, *E.Coli*, *Spanchilus*, *Lacto-basilus*, *Pseudomonas*, dan *Bacteriodes splanicus*.
3. Keturunan, pada radang apendik diduga juga merupakan faktor herediter. Hal ini juga dihubungkan dengan kebiasaan makanan dalam keluarga terutama yang kurang serat dapat memudahkan terjadinya fekalith dan mengakibatkan obstruksi lumen.
4. Faktor ras dan diet, negara maju yang mengonsumsi makanan tinggi serat beresiko lebih rendah terkena appendicitis daripada negara berkembang yang tidak mengonsumsi tinggi serat (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

2.1.4 Patofisiologi

Apendiks belum diketahui fungsinya, merupakan bagian dari sekum. Peradangan pada apendiks dapat terjadi oleh adanya ulserasi dinding mukosa atau obstruksi lumen (biasanya oleh fekalit/feases yang keras). Penyumbatan pengeluaran sekret mukus mengakibatkan perlengketan, infeksi dan terhambatnya aliran darah. Dari keadaan

hipoksia mengakibatkan gangren atau ruptur dalam waktu 24-36 jam. Bila proses ini berlangsung terus-menerus organ disekitar dinding apendiks terjadi perlengketan dan akan menjadi akses (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 selalu menimbulkan nyeri didaerah abdomen.

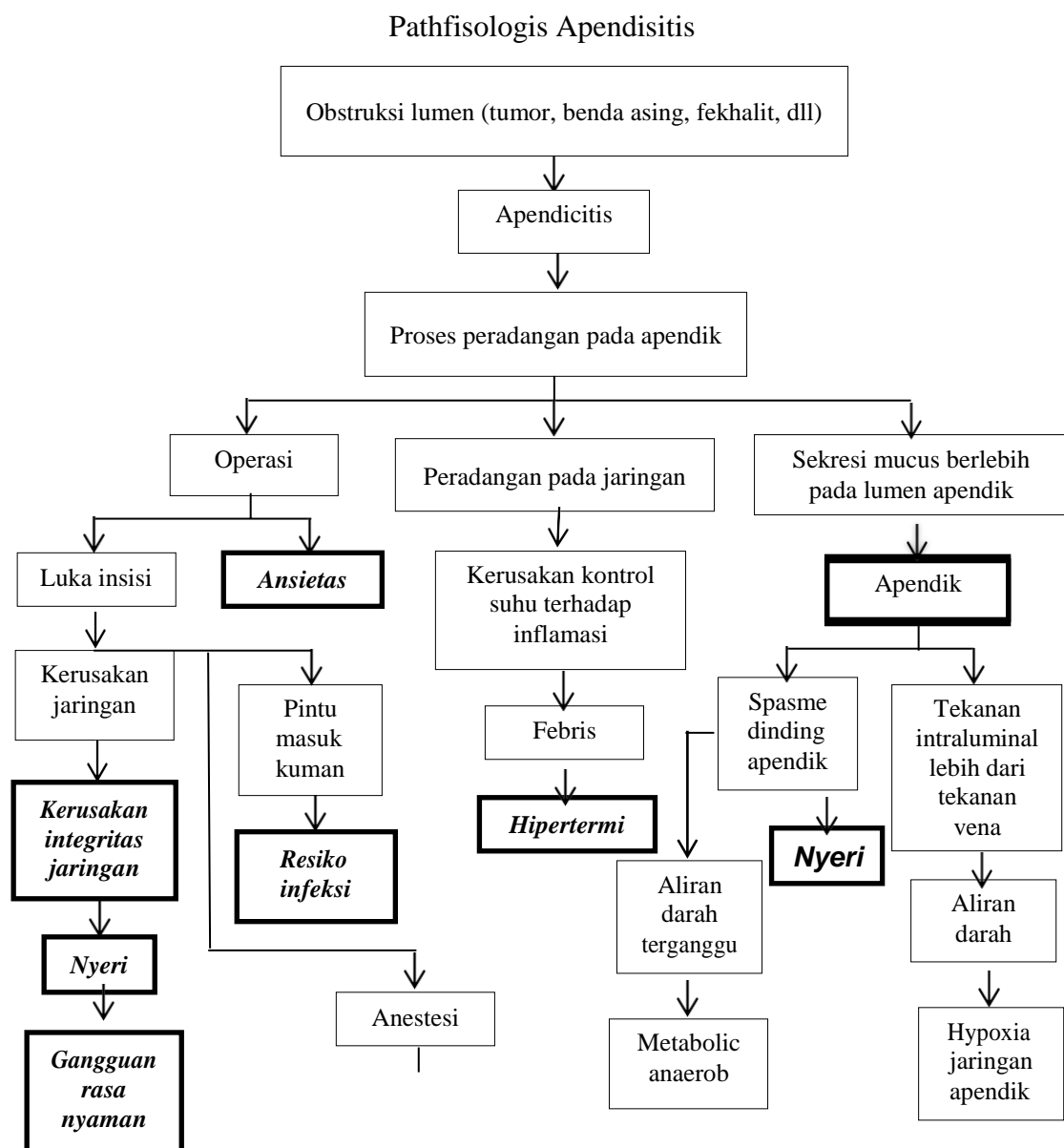
Penyebab utama dari peradangan apendik adalah obstruksi penyumbatan yang dapat disebabkan oleh hiperplasia dari folikel limfoid merupakan penyebab terbanyak, adanya fekalit dalam lumen apendiks. Adanya benda asing seperti cacing, striktura karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, sebab lain misalnya keganasan (karsinoma karsinoid).

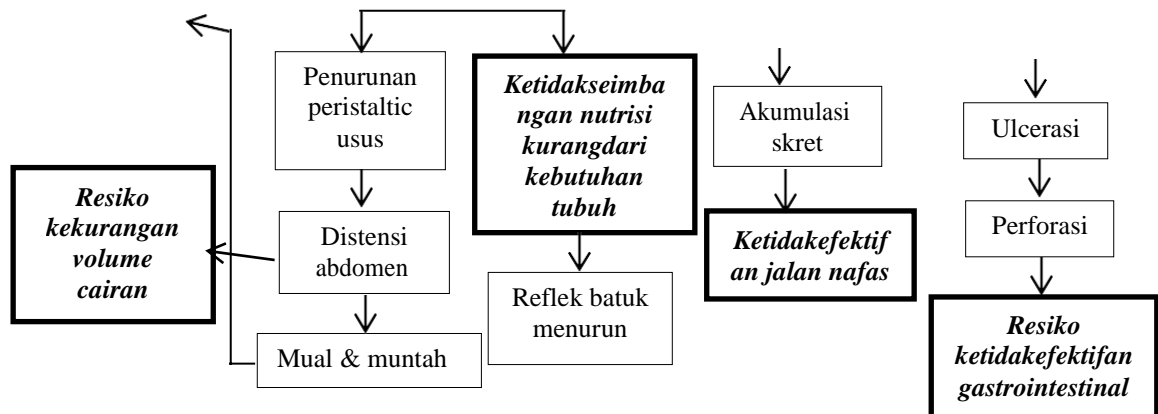
Obstruksi apendiks itu menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa terbungung, maka lama mukus yang terbungung makin banyak dan menekan dinding apendiks oedem serta merangsang tunika serosa dan peritonium viseral. Oleh karena itu persarapan apendiks sama dengan usus yaitu torakal maka rangsangan itu dirasakan sebagai rasa sakit disekitar umbilikus.

Mukus yang terkumpul itu lalu terinfeksi oleh bakteri menjadi nanah, kemudian timbul gangguan aliran vena, sedangkan arteri belum terganggu, peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritonium

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 itu pecah, dinamakan apendisitis perforasi. Bila omentum usus yang berdekatan dapat mengelilingi apendiks yang meradang atau perforasi akan timbul masa lokal, keadaan ini disebut sebagai apedisitis abses. (Dermawan & Rahayuningsih, 2010)





(Sumber : Awan Hariyanto & Rini Sulistyowati, 2015)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Nyeri pada kuadran kanan bawah (local : pada titik mc burney). Sifat nyeri tekan lepas, Demam ringan, Mual muntah, Anoreksia, Spasme otot abdomen – tungkai sulit untuk diluruskan dan konstipasi atau diare. Umumnya nafsu makan berkurang (Sjamsuhidajat, 2010)

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada klien appendisitis adalah sebagai berikut (Deden Dermawan & Tutik Rahayuningsih, 2010)

1. Appendisitis Perforasi

Perforasi jaringan 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 jelas. Bila perforasi dengan peritonitis umum atau pembentukan abses telah terjadi sejak pasien pertama kali datang, diagnosis dapat ditegakkan dengan pasti.

2. Peritonitis

Bila terjadi peritonitis umum, terapi yang dilakukan adalah operasi untuk menutup asal operasi. Bila berbentuk abses appendiks akan teraba massa di kuadran kanan bawah yang cenderung menggelembung ke arah rectum atau vagina.

Peritonitis merupakan peradangan peritoneum (lapisan membrane serosa rongga abdomen) dan organ didalamnya Tanda – tanda dari peritonitis yaitu (Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011)

- a) Nyeri pada abdomen yang hebat
- b) Dinding perut terasa tegang
- c) Demam tinggi

3. Dehidrasi

4. Sepsis

5. Elektrolit darah tidak seimbang

6. Pneumoni

2.1.7 Klasifikasi

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), appendisitis diklasifikasikan menjadi 3 yaitu :

1. Appendisitis akut

Appendisitis akut merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu hiperplasia jaringan limfoid, fekalit (tinja/batu), tumor apendiks dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasite (*E.histolytica*).

2. Appendisitis rekuren

Appendisitis rekuren yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan yang apendiksitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun appendisitis tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.

3. Apendisitis kronis

Apendiditis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 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 menghilang setelah apendiktomi.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis

- a. Pembedahan (konvensional atau laparaskopi) apabila *diagnose* apendisitis telah ditegakkan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi resiko perforasi.
- b. Berikan obat antibiotik dan cairan intra vena sampai tindakan pembedahan dilakukan.
- c. Agen analgesik dapat diberikan setelah *diagnose* ditegakkan.
- d. Operasi (apendiktomi), bila *diagnose* telah ditegakkan yang harus dilakukan adalah operasi membuang apendiks (apendiktomi). Penundaan apendiktomi dengan cara pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses apendiks dilakukan *drainage*. (Brunner & Suddarth, 2014)

Penatalaksanaan keperawatan

- a. Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri , mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi resiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi yang optimal.
- b. Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur intra vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastrik (bila terbukti ada ileus paralitik), jangan berikan laksatif.

- c. Setelah operasi, posisikan pasien fowler tinggi, berikan analgetik narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi.
- d. Jika drain terpasang di area insisi, pantau secara ketat adanya tanda tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder atau abses sekunder (Brunner & Suddath, 2014).

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

- 1. Pemeriksaan laboratorium
 - a. Kenaikan 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).
- 2. Pemeriksaan radiologi
 - a. Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit
 - b. Ultrasonografi (USG)
 - c. Pemeriksaan CT scan

2.2 Laparatomi

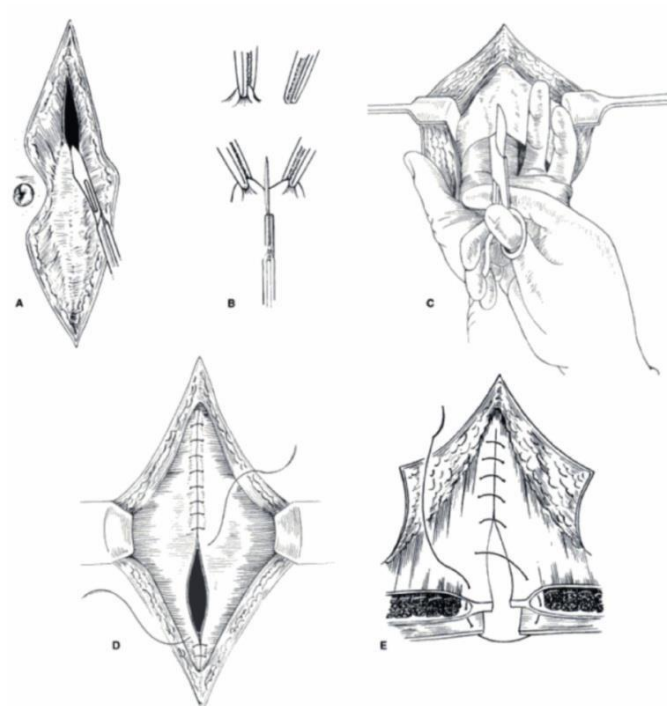
Laparatomi adalah prosedur tindakan pembedahan dengan membuka cavum abdomen dengan tujuan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaikan bila diindikasikan (Sugeng Jitowiyono & Weni Kristiyanasari 2012). Sehingga dapat disimpulkan bahwa

laparatomi adalah tindakan pembedahan membuka rongga perut untuk melakukan perbaikan

2.2.1 Macam-macam laparatomi

- a. *Midline incision*
- b. Paramedian, yaitu sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm)
- c. *Transverse upper abdomen incision*, yaitu : insisi dibagian atas
- d. *Tranverse lower abdomen incision*, yaitu : insisi melintang dibagian bawah ± 4 cm diatas anterior spinal iliaka (Sugeng Jitowiyono & Weni Kristiayanasari 2012).

2.4 Gambar laparatomi incisions



Gambar 2.4 Laparatomy incisions

Sumber (Josef E. Fischer, Kirby I. Bland, Mark P. Callery Lippincott Williams & Wilkins, Books : Mastery of Surgery)

2.2.2 Indikasi

- a. Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / ruptur hepar
- b. Peritonitis
- c. Pendarahan saluran pencernaan
- d. Sumbatan pada usus halus
- e. Masa pada abdomen

2.2.3 Penatalaksanaan keperawatan

- a. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
- b. Mempercepat pembedahan
- c. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin
- d. Mempertahankan konsep diri pasien
- e. Mempersiapkan pasien pulang (Padila,2012)

2.2.4 Komplikasi pasca laparatomi

- a. gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis
Tromboflebitis pasca operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak.
- b. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi.
Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi.
Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah

stafilokokus aurens, organism gram positive. Stafilokokus mengakibatkan pembedahan.

- c. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi.

Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka sedangkan eviserasi adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi dan eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat dari batuk dan muntah (Jitowiyono, 2010).

2.2.5 Proses penyembuhan luka

- a. Fase pertama

Berlangsung pada hari ke-3. Batang leukosit banyak yang rapuh/rusak. Sel-sel darah baru berkembang menjadi penyembuh dimana serabut-serabut bening digunakan sebagai kerangka.

- b. Fase kedua

Dari hari ke-3 sampai hari ke-14. Pengisian oleh kolagen, seluruh pinggiran sel epitel timbul sempurna 1 minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.

- c. Fase ketiga

Sekitar 2 sampai 10 minggu. Kolagen terus menerus ditimbun. Timbul jaringan-jaringan baru dan otot dapat digunakan kembali.

d. Fase keempat

Fase terakhir, penyembuhan akan menyusut dan mengering

(Padila, 2012)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah tindakan yang berurutan yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah klien dengan membuat perencanaan untuk mengatasinya, melaksanakan rencana itu atau menugaskan orang lain untuk melaksanakannya dan mengevaluasi keberhasilan secara efektif terhadap masalah yang diatasinya tersebut (Setiadi, 2012)

Proses keperawatan adalah metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, berfokus pada respon yang unik dari individu terhadap masalah keperawatan yang aktual dan potensial. Dalam proses keperawatan terdapat empat tahap yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011)

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu sistematis dan pengumpulan data dari berbagai sumber dan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan

klien, pokok utama pengkajian meliputi sebagai berikut: (Setiadi, 2012)

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah. Serta kebuuhan-kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari data yang terkumpul didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya data keperawatan dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien (Setiadi, 2012)

a. Identitas klien

Meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, no medrec, diagnose medis, dan alamat klien.

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi pengkajian nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, dan alamat.

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian pada riwayat kesehatan sekarang meliputi 2 hal yaitu :

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Kronologis yang menggambarkan perilaku klien dalam mencari pertolongan. Biasanya klien datang dengankeluhan nyeri di daerah sekitar umbilikus yang menjalar kedaerah abdomen kanan bawah. Keluhan ini dapat disertai mual dan kadangmuntah serta penurunan kesadaran dan kadang klien mengalami demam.

2) Keluhan saat dikaji

Klien post op laparatomi mempunyai keluhan utama nyeri akibat tindakan operasi. Keluhan utama yang didapatkan dikembangkan dengan menggunakan PQRST yang meliputi :

P : Palliative merupakan faktor yang menceus terjadinya penyakit hal yang meringankan atau memperberat gejala, biasanya pada klien post op appendiktomy akan mengeluh nyeri.

Q: Qualiative yaitu bagaimana keluhan nyeri dirasakan, sejauh mana klien merasakan sekarang dan seberapa sering gejala yang dirasakan oleh klien.

R: Region sejauh mana lokasi penyebaran nyeri yang di keluhkan.

S : Severity/Skala. Seberapa beratkah nyeri yang dirasakan klien, mengganggu aktivitas atau tidak.

T : Time (waktu). Kapan nyeri mulai timbul, seberapa sering nyeri dirasakan, apakah tiba-tiba atau bertahap.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat penyakit dahulu diisi dengan riwayat penyakit klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Bila klien pernah menjalani operasi, perlu dikaji tentang waktu operasi, jenis operasi, jenis anestesi, dan kesimpulan akhir setelah operasi (Nikmatur 2012).

c. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi, dalam satu keluarga, dan penyakit yang menular akibat kontak langsung maupun tak langsung antar anggota keluarga (Nikmatur, Saiful, 2012)

seperi DM dan hipertensi

3. Pengkajian psikososial dan spiritual

Pengkajian psikososial didapati peningkatan kecemasan, serta perlunya pemenuhan informasi intervensi keperawatan dan pengobatan. Pada klien dalam kondisi terminal, klien dan keluarga membutuhkan dukungan perawat atau ahli spiritual sesuai dengan keyakinan klien.

4. Pola aktifitas

a. Pola nutrisi

Dikaji tentang frekuensi makan, porsi makan, riwayat alergi terhadap suatu jenis makanan tertentu dan jenis minuman, jumlah minuman, adakah pantangan.

b. Pola eliminasi

1) Buang Air Besar (BAB)

Kaji Frekuensi BAB, warna, bau, konsistensi feses dan keluhan klien yang berkaitan dengan BAB

2) Buang Air Kecil (BAK)

Kaji Frekuensi BAK, warna, konsistensi feses dan keluhan klien yang berkaitan dengan BAK

c. Pola istirahat tidur

Waktu tidur, lamanya tidur setiap hari, apakah ada kesulitan dalam tidur. Pada klien post operasi terjadi nyeri dan hal ini mungkin akan mengganggu istirahat tidur klien.

d. Pola personal hygiene

Dikaji mengenai frekuensi dan kebiasaan mandi, mencuci rambut, gosok gigi dan memotong kuku. Pada klien post operasi kemungkinan dalam perawatan dirinya tersebut memerlukan bantuan baik sebagian maupun total.

e. Pola aktivitas

Kajikegiatan dalam beraktivitas yang dilakukan dilingkungan keluarga dan masyarakat : mandiri / tergantung.

5. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh dengan menggunakan empat keterampilan yaitu : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi (Setiadi,2012).

a. Keadaan Umum

Keadaan klien post op biasanya lemah

b. Kesadaran

Kesadaran klien post op pada umumnya composmentis

c. Tanda-tanda vital

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

d. Pemeriksaan fisik *head to toe*

1) Sistem Pernafasan

Adakah sesak napas, batuk, sputum dan nyeri dada.

2) Sistem Kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stres dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisapan kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.

3) Sistem Integumen

Akan tampak adanya luka operasi di abdomen karena insisi bedah. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

4) Sistem Pencernaan

Pada pengkajian abdominal, hal yang mendasar adalah mengklarifikasi keluhan nyeri pada regio kanan bawah atau pada titik McBurney. Biasanya pada inspeksi perut tidak ditemukan gambaran spesifik. Kembung sering terlihat pada pasien dengan komplikasi perforasi. Penonjolan perut kanan bawah dapat dilihat pada masa atau abses periapendikular. Palpasi abdomen kanan bawah akan didapatkan peningkatan respon nyeri. Nyeri pada palpasi terbatas pada regio iliaka kanan, dapat disertai nyeri lepas. Kontraksi otot menunjukkan adanya rangsangan peritoneal parietale. Pada penekanan perut kiri bawah akan dirasakan nyeri pada perut kanan bawah yang

disebut tanda rovsing. Pada apendiksitis retrosekal atau retroileal diperlukan palpasi dalam untuk menentukan adanya raasa nyeri (Setiadi, 2012).

5) Sistem Perkemihan

Pada awal post op klien akan mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena dilakukan puasa terlebih dahulu selama periode awal post operasi laparotomy eksplorasi. Output urine akan berangsur normal seiring dengan peningkatan intake oral.

6) Sistem Muskuloskeletal

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring *Post Op* dan kekakuan otot.

7) System Persyarafan

a. *Nervus olfaktorius* (N.I)

Nervus olfaktorius merupakan saraf sensorik yang fungsinya hanya satu, yaitu mencium bau. Kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman (anosmia), atau berkurangnya penciuman (hiposmia).

b. *Nervus optikus* (N.II)

Penangkap rangsang cahaya ialah sel batang dan kerucut yang terletak di retina, impuls alat kemudian dihantarkan melalui serabut saraf yang membentuk nervus optikus.

- b. *Nervus Okulomotorius, Trochearis, Abducens* (N III, N IV, N VI)

Fungsi nervus ini saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstraokuler, dan mengangkat kelopak mata. Serabut otonom nervus III mengatur otot pupil.

- c. *Nervus trigeminus* (N.V)

Terdiri dari dua bagian yaitu bagian sensorik, (parsio mayor) dan bagian motoric (parsio minor). Bagian motoric mengurus otot mengunyah.

- d. *Nervus Facialis* (N.VII)

Nervus facialis merupakan saraf motoric yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah. Juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimalis. Termasuk sensasi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah.

- e. *Nervus Auditorius* (N.VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga ke otak. Saraf ini memiliki 2 buah kumpulan serabut saraf yaitu rumah keong (koklea) disebut akar tengah adalah saraf untuk mendengar dan pintu halaman (vetibulum), disebut akar tengah adalah saraf untuk keseimbangan.

- f. *Nervus Glusofaringeus* (N.X)

Sifatnya majemuk (sensorik+motorik), yang mensarafi faring, tonsil dan lidah.

g. *Nervus Vagus* (N.IX)

Sifatnya majemuk (sensorik+motorik), untuk refleks menelan dan muntah.

h. *Nervus Assesorius* (N.XI)

Saraf ini menginversi sternocleidomastoideus dan trapezius menyebabkan gerakan menoleh (rotasi) pada kepala.

i. *Nervus Hipoglosus* (N.XII)

Saraf ini mengandung saraf serabut somato sensorik yang menginversi otot intrinsic dan otot ekstrinsik lidah.

8) System Wicara dan THT

Pada klien post op laparotomy eksplorasi biasanya tidak mengalami masalah ataupun penyimpangan dalam berbicara, mencium dan pendengaran klien.

e. Data Psikologis

1. Gambaran diri

sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Gangguan *body image* pada pasien pasca op laparatomi karena adanya perubahan sehubungan dengan pembedahan (Jitowiyono, Kristiyanasari, 2010).

2. Ideal diri

persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau personal tertentu.

3. Harga diri

Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri.

4. Peran diri

Sikap dan perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisi dimasyarakat

5. Identitas diri

Kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesis dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh.

a. Pola nilai dan Kepercayaan

Diisi dengan nilai-nilai dan kepercayaan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien, dan berdampak pada kesehatan klien. Termasuk, praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit (Nikmatur, Saiful, 2012).

b. Pola peran

Diisi dengan hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat pada umumnya, perawat dan tim kesehatan, termasuk juga pola komunikasi yang digunakan klien dalam berhubungan dengan orang lain (Nikmatur, Saiful, 2012).

c. Data Penunjang

Data penunjang ini terdiri atas farmakoterapi/ obat-obatan yang diberikan, serta prosedur diagnostik yang dilakukan kepada klien seperti pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan rontgen. (Nikmatur, Saiful, 2012).

2.3.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengait data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Setiadi, 2012)

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas disusun berdasarkan kebutuhan dasar manusia. Hal ini dilakukan karena tidak mungkin semua masalah diatasi bersama – sama sekaligus. Jadi diputuskan

masalah yang mana dapat diatasi terlebih dahulu berkaitan erat dengan kebutuhan dasar manusia (Setiadi, 2012).

Untuk diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pasca operasi laparatomi Eksplorasi menurut doenges (2014) sebagai berikut:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen fisik ; insisi bedah, distensi abdomen, adanya selang NGT/usus.
- b. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna/makan makanan atau mengabsorpsi nutrient cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic, status puasa; aspirasi NGT/usus
- c. Kerusakan integritas kulit atau jaringan berhubungan dengan faktor eksternal ; insisi bedah, radiasi, faktor internal ; obat-obatan, perubahan status nutrisi, perubahan sirkulasi, faktor mekanis; tekanan, friksi
- d. Konstipasi atau diare berhubungan dengan efek-efek anestesi, manipulasi pembedahan, ketidakaktifan fisik, imobilisasi ; inflamasi, iritasi, malabsorpsi usus, nyeri efek obat.
- e. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang mengingat, tidak mengenal sumber informasi, salah interpretasi informasi.
- f. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan secara oral, (proses penyakit/

prosedur pembedahan), kehilangan berlebihan melalui rute oral ; muntah, diare, kehilangan cairan dari rute abnormal ; *drain indwelling*, penghisap NG, hemoragi, penggantian tak cukup, demam.

- g. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer, missal penyakit kronis, prosedur invasive, malnutrisi, lubang dari rongga abdomen/usus dengan kemungkinan kontaminasi, stasis cairan tubuh, perubahan peristaltic

2.3.4 Intervensi

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai tiap tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Setiadi, 2012).

Adapun rencana keperawatan menurut Doenges (2014) adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen fisik ; insisi bedah, distensi abdomen, adanya selang NG/usus.

Hasil yang diharapkan/kriteria hasil : melaporkan nyeri hilang ditandai dengan klien tampak rileks, mampu beristirahat/tidur dengan tepat.

Tabel 2.1**Intervensi nyeri akut**

Intervensi	Rasional
1) Selidiki keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas (skala 0-10) dan factor pemberat/penghilang. Perhatikan petunjuk nonverbal missal melindungi otot, napas dangkal, respons emosi.	1) Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal, diperberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. Memberikan pasien rentang ketidaknyamanan sendiri, membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi keefektifan analgesi.
2) Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera saat mulai.	2) Intervensi dini pada control nyeri memudahkan pemulihan otot/jaringan dengan menurunkan tegangan otot dan memperbaiki sirkulasi.
3) Pantau tanda-tanda vital.	3) Respon autonomic meliputi perubahan TD, nadi, dan pernapasan, yang berhubungan dengan keluhan/penghilang nyeri.
4) Kaji insisi bedah, perhatikan edema ; perubahan kontur luka (pembentukan hematoma) ; atau inflamasi, mengeringnya tepi luka.	4) Perdarahan pada jaringan, bengkak, inflamasi local, atau terjadinya infeksi dapat meningkatkan nyeri insisi.
5) Berikan tindak kenyamanan (mengatur posisi, tehnik relaksasi dan distraksi).	5) Memberikan dukungan (fisik, emosional) ; menurunkan tegangan otot ; meningkatkan relaksasi; memfokuskan ulang perhatian; meningkatkan rasa control dan kemampuan koping.
	6) Iritasi membrane mukosa menyebabkan pasien menelan lebih sering dan mengakibatkan distensi

abdomen.

- | | |
|--|---|
| <p>6) Berikan perawatan oral sering, lumasi bibir dan cuping hidung (bila ada selang NG). plester selang sehingga tidak ada tekanan cuping hidung.</p> | <p>7) Obstruksi selang dapat meningkatkan distensi abdomen.</p> |
| <p>7) Pertahankan kepatenan selang NG/ drainase intestinal, irigasi sesuai indikasi. Perhatikan adanya nyeri gas pasase dari flatus.</p> | <p>8) Factor psikologis dan nyeri dapat meningkatkan ketegangan otot.</p> |
| <p>8) Palpasi kandung kemih terhadap distensi bila berkemih ditunda.</p> | <p>9) Menurunkan masalah yang terjadi karena imobilisasi.</p> |
| <p>9) Ambulasikan pasien sesering mungkin.</p> | <p>10) Menurunkan menelan udara dan distensi.</p> |
| <p>10) Anjurkan napas melalui hidung sebagai pengganti mulut.</p> | <p>11) Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerjasama dengan aturan teurapeutik.</p> |
| <p>11) Berikan analgesic, narkotik, sesuaiindikasi,</p> | <p>12) Untuk mengosongkan kandung kemih sampai fungsi kembali</p> |
| <p>12) Kateterisasi sesuai kebutuhan</p> | |
-

2. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan atau mengabsorpsi nutrient cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic, status puasa; aspirasi NG/usus.

Hasil yang diharapkan/kriteria evaluasi : mendemonstrasikan pemeliharaan/ kemajuan penambahan berat badan yang

diinginkan dengan normalisasi nilai laboratorium dan tanda-tanda malnutrisi.

Tabel 2.2

Intervensi pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan

Intervensi	Rasional
1) Tinjau factor-faktor individual yang mempengaruhi kemampuan untuk mencerna/makan makanan misal status puasa, mual, ileus parolitik setelah selang dilepaskan.	1) Mempengaruhi pilihan intervensi.
2) Timbang berat badan sesuai indikasi. Catat masukan dan haluaran.	
3) Auskultasi bising usus, palpasi abdomen, catat pasase flatus.	2) Mengidentifikasi status cairan serta memastikan kebutuhan metabolic.
4) Identifikasi kesukaan/ketidaksukaan siet dari pasien. Anjurkan makanan tinggi protein dan vitamin C.	3) Meningkatkan kerjasama pasien dengan aturan diet.
5) Observasi terhadap terjadinya diare; makanan bau busuk, berminyak.	4) Protein/vitamin C adlah contributor utama untuk pemeliharaan jaringan dan perbaikan.
6) Pertahankan selang NGT.	5) Sindrom malabsorpis dapat terjadi setelah pembedahan usus halus, memerlukan evaluasi lanjut dan perubahan diet. Misanya diet rendah serat.
7) Berikan cairan IV (albumin, lipid, elektrolit).	6) Mempertahankan dekompresi lambung/usus. Meningkatkan istirahat pemulihan usus.

8) Berikan obat-obatan sesuai indikasi Antiemetik, Antasid.	7) Memperbaiki keseimbangan cairan dan elektrolit
9) Konsul dengan ahli diet, tim pendukung nutrisi. Berikan enteral/parenteral sesuai indikasi.	8) Antiemetic mencegah muntah, antasida menetralkan atau menurunkan pembentukan asam untuk mencegah erosi mukosa dan kemungkinan ulserasi.
10) Berikan cairan, tingkatkan kecairan jernih, diet penuh sesuai toleransi setelah selan NG dilepaskan	9) Bermanfaat dalam mengevaluasi dan memnuhi kebutuhan diet individu. 10) Mengonsumsi ulang cairan dan diet penting untuk mengembalikan fungsi usus normal dan meningkatkan masukan nutrisi adekuat.

3. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan faktor eksternal ; insisi bedah, radiasi, faktor internal ; obat-obatan, perubahan status nutrisi, perubahan sirkulasi, faktor mekanis; tekanan, friksi.

Hasil yang diharapkan/kriteria evaluasi : mencapai pemulihan luka tepat waktu tanpa komplikasi.

Tabel 2.3

Intervensi kerusakan integritas jaringan

Intervensi	Rasional
1) Pantau tanda-tanda vital dengan sering. Perhatikan demam, takipne,	1) Mungkin indikatif dari pembentukan

<p>takikardi, dan gemetar. Perhatikan luka dengan sering terhadap bengkak insisi berlebihan, inflamasi, drainase.</p>	<p>hematoma/terjadinya infeksi, yang menunjang perlambatan pemulihan luka dan meningkatkan resiko pemisahan luka/dehisens.</p>
<p>2) Bebat insisi selama batuk dan latihan napas dalam.</p>	<p>2) Meminimalkan stress/teganagan pada tepi luka yang sembuh. Proses penuaan.</p>
<p>3) Gunakan kertas/bebat <i>Montgomery</i> untuk balutan sesuai indikasi.</p>	<p>3) Penggantian balutan sering dapat meningkatkan kerusakan pada kulit karena perlekatan yang kuat.</p>
<p>4) Waspadai faktor resiko lanjut.</p>	<p>4) Menurunkan imunokompetensi, ini mempengaruhi pemulihan luka dan tahanan pada infeksi.</p>
<p>5) Bila terjadi dehisens:</p> <p>a) Pertahankan sikap tenang, tinggal dengan pasien, beritahu dokter.</p> <p>b) Pertahankan pasien pada tirah baring total.</p>	<p>5) Untuk mencegah panic dan menurunkan tegangan intraabdomen.</p>
<p>6) Bila terjadi evierasi:</p> <p>1) Tutup usus yang terpajan dengan balutan steril dan lembab, persiapkan untuk perbaikan bedah luka.</p> <p>2) Tinjau ulang nilai laboratorium terhadap anemia dan penurunan albumin serum. Perhatikan jumlah leukosit</p>	<p>6) Mencegah kekeringan jaringan mukosa dan anemia dapat mempengaruhi pemulihan.</p>

4. Konstipasi atau diare berhubungan dengan efek-efek anestesi, manipulasi pembedahan, ketidakaktifan fisik, imobilisasi ; inflamasi, iritasi, malabsorpsi usus, nyeri efek obat.

Hasil yang diharapkan/kriteria evaluasi : mendapatkan kembali pola fungsi usus yang normal.

Tabel 2.4

Intervensi Konstipasi

Intervensi	Rasional
1) Auskultasi bising usus.	1) Kembalinya fungsi GI mungkin terlambat oleh efek depresan dari anestesi, ileus paralitik, inflamasi intraperitoneal.
2) Selidiki keluhan nyeri abdomen.	2) Mungkin berhubungan dengan distensi gas atau terjadinya komplikasi misalnya ileus.
3) Observasi gerakan usus, perhatikan warna, konsistensi dan jumlah.	3) Indikator kembalinya fungsi GI, mengidentifikasi ketepatan intervensi.
4) Anjurkan makanan/cairan yang tidak mengiritasi bila masukan oral diberikan.	4) Menurunkan risiko iritasi mukosa/diare.
5) Berikan pelunak feses, supositoriagliserin sesuai indikasi.	5) Mungkin perlu untuk merangsang peristaltic dengan perlahan/evakuasi feses

5. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang mengingat, tidak mengenal sumber informasi, salah interpretasi informasi.

Hasil yang diharapkan : menyatakan pemahaman proses penyakit dan pengobatan

Kriteria hasil : mengidentifikasi hubungan tanda/gejala pada proses penyakit dan menghubungkan gejala dengan factor penyebab. Memperbaiki penampilan prosedur tertentu dan menjelaskan rasional tindakan

Tabel 2.5

Intervensi kurangnya pengetahuan

Rasional	Intervensi
1) Tinjau ulang prosedur dan harapan pasca operasi.	1) Memberikan dasar pengetahuan dimana pasien dapat membuat pilihan berdasarkan informasi.
2) Diskusikan pentingnya masukan cairan adekuat, kebutuhan diet.	2) Meningkatkan penyembuhan dan normalisasi fungsi usus.
3) Demonstrasikan perawatan luka/mengganti balutan yang tepat. Anjurkan mandi pancuran dan menggunakan sabun ringan untuk membersihkan luka.	3) Meningkatkan penyembuhan menurunkan infeksi, memberikan kesempatan untuk mengobservasi pemulihan luka
4) Tinjau ulang perawatan selang gastrostomy bila pasien dipulangkan dengan lat ini.	4) Meningkatkan kemandirian, meningkatkan kemampuan perawatan diri.
5) Tandai tinggi posisi selang pada kulit.	5) Memberikan dasar untuk

6) Demonstrasikan tehnik irigasi yang tepat dan perawatan sel irigasi sesuai indikasi.	memperhatikan perubahan dalam posisi, pergeseran masuk/keluar dari luka.
7) Tinjau perawatan kulit disekitar sisi selang.	6) Pembilasan mempertahankan patensi selang, khususnya setelah pemberian makanan/bolus obat. 7) Membantu mencegah kerusakan kulit, emnurunkan resiko infeksi.
8) Diskusikan prosedur untuk diikuti bila selang menjadi berubah posisi.	8) Intervensi tepat waktu mencegah komplikasi selanjutnya
9) Identifikasi tanda dan gejala yang memerlukan evaluasi medic.	9) Pengenalan dini dari komplikasi dan intervensi segera dapat mencegah progresi situasi serius, mengancam hidup.
10) Tinjau ulang keterbatasan/ pembatasan aktivitas.	10) Menurunkan risiko regangan/trauma insisi, pembentukan hernia.
11) Anjurkan peningkatan aktivitas bertahap sesuai toleransi dan keseimbangan dengan periode istirahat yang adekuat	11) Mencegah kelelahan, merangsang sirkulasi dan normalisasi fungsi organ, meningkatkan penyembuhan.

6. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan secara oral, (proses penyakit/ prosedur pembedahan), kehilangan berlebihan melalui rute oral ; muntah, diare, kehilangan cairan dari rute abnormal ; *drain indwelling*, penghisap NG, hemorargi, penggantian tak cukup, demam.

Hasil yang diharapkan/kriteria hasil : menunjukkan perbaikan keseimbangan cairan dibuktikan oleh haluaran urine yang

seimbang dengan berat jenis normal, tanda-tanda vital stabil, membrane mukosa lembab, turgor kulit baik, dan pengisian kapiler meningkat, dan berat badan batas normal.

Tabel 2.6

Intervensi Resiko tinggi kekurangan volume cairan

Intervensi	Rasional
1) Pantau tanda-tanda vital dengan sering, perhatikan peningkatan nadi, perubahan TD pascaural, takipnea, dan ketakutan. Periksa balutan dan luka dengan sering selama 24 jam pertama terhadap tanda-tanda darah merah terang atau bengkak insisi berlebihan.	1) Tanda-tanda awal hemoragi usus dan/atau pembentukan hematoma, yang dapat menyebabkan syok hipovolemik.
2) Palpasi nadi perifer. Evaluasi pengisian kapiler, turgor kulit, dan status membran mukosa.	2) Memberikan informasi tentang volume sirkulasi umum dan tingkat hidrasi.
3) Perhatikan adanya edema.	3) Edema dapat terjadi karena perpindahan cairan berkenaan dengan penurunan kadar albumin serum/protein.
4) Pantau masukan dan haluaran, perhatikan haluaran urine, berat, jenis. Kalkulasi keseimbangan 24 jam, dan timbang berat badan setiap hari.	4) Indikator langsung dari hidrasi/perfusi organ dan fungsi. Memberikan pedoman untuk pengganti cairan.
5) Perhatikan adanya/ukur distensi abdomen.	5) Perpindahan cairan dari ruang vaskuler menurunkan volume sirkulasi dan merusak perfusi ginjal.
	6) Haluaran cairan berlebihan dapat

-
- | | |
|---|--|
| 6) Observasi/catat kuantitas, jumlah, karakter drainase, NG. Tes PH sesuai indikasi. Anjurkan dan bantu dengan perubahan posisi sering. | menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit dan alkalosisi metabolic dengan kehilangan lebih lanjut kalium oleh ginjal yang berupaya untuk mengkompensasi. Perubahan posisi mencegah pembentukan mengestrasi di lambung, yang dapat menyalurkan cairan gastrik dan udara melalui selang NG ke duodenum. |
| 7) Pantau suhu | 7) Demam rendah umum terjadi selama 24 jam-48 jam pertama dan dapat menambah kehilangan cairan. |
| 8) Tinjau ulang penyebab pembedahan dan kemungkinan efek samping pada keseimbangan cairan. Observasi terhadap komplikasi misalnya obstruksi usus, paralitik ileus, dan pembentukan fistula. | 8) Mengeksaserbasi cairan dan kehilangan elektrolit. |
| 9) Lakukan tes guaiac pada feses. | 9) Perdarahan mikroskopik/ subakut mungkin belum terlihat. |
| 10) Pertahankan patensi penghisap NGT/usus. Pertahankan penghisap intermiten dan rendah, sesuai indikasi. | 10) Meningkatkan dekompresi usus untuk menurunkan distensi/tekanan pada garis jahitan dan menurunkan mual/muntah, yang dapat menyertai anesthesia, manipulasi usus, atau kondisi yang sebelumnya ada. |
| 11) Pantau pemeriksaan laboratorium, misalnya HB, elektrolit, BUN. | 11) Memberikan informasi tentang hidrasi dan kebutuhan penggantian, dan fungsi organ. |
-

12) Berikan cairan, darah, albumin, elektrolit sesuai indikasi.	12) Mempertahankan volume sirkulasi dan keseimbangan elektrolit
---	---

7. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer, missal penyakit kronis, prosedur invasive, malnutrisi, lubang dari rongga abdomen/usus dengan kemungkinan kontaminasi, stasis cairan tubuh, perubahan peristaltik.

Hasil yang diharapkan/kriteria hasil : mencapai pemulihan luka tepat waktu; bebas dari drainase pululen atau eritema atau demam.

Tabel 2.7

Intervensi Resiko tinggi infeksi

Intervensi	Rasional
1) Pantau tanda-tanda vital dan perhatikan peningkatan suhu.	1) Demam tiba-tiba disertai menggigil, kelelahan, kelemahan, takipne, takikardia, dan hipotensi menandakan syok septik. Peningkatan suhu 4-7 hari pembedahan sering menandakan abses luka atau kebocoran cairan dari sisi anastomosis.
2) Observasi penyatuan luka, karakter drainase, adanya inflamasi.	2) Perkembangan infeksi dapat memperlambat pemulihan.
3) Pantau pernapasan, bunyi napas. Pertahankan kepala tempat tidur 35-45 ^o . bantu pasien untuk membalik,	3) Infeksi pulmonal dapat terjadi karena depresi pernapasan (anesthesia, narkotik);

batuk dan napas dalam.	ketidakefektifan batuk dan distensi abdomen.
4) Pertahankan perawatan luka aseptik. Pertahankan balutan kering.	4) Melindungi pasien dari kontaminasi silang selama penggantian balutan. Balutan basah bertindak sebagai sumbu retrograde, menyerap kontaminan eksternal.
5) Gunakan bebat <i>Montgomery</i> untuk mengamankan balutan, bila diindikasikan.	5) Seringnya plester terlepas (khususnya bila ada drain) dapat menyebabkan abrasi kulit, yang dapat juga menjadi tempat infeksi.
6) Kultur terhadap kecurigaan drainase.	6) Organisme multiple mungkin ada pada luka terbuka dan setelah bedah usus.
7) Berikan obat-obatan sesuai indikasi. Antibiotic.	7) Diberikan secara profilaktik dan untuk mengatasi infeksi.
8) Lakukan irigasi luka sesuai kebutuhan	8) Mengatasi infeksi bila ada.

2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Setiadi, 2012).

2.3.6 Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana merupakan alat pengukur keberhasilan dari suatu rencana keperawatan yang dituliskan dalam catatan perkembangan.

Evaluasi adalah hasil yang didapatkan dengan menyebutkan item-item atau perilaku yang dapat diamati dan dipantau untuk menentukan apakah hasilnya sudah tercapai atau belum dalam jangka waktu yang telah ditentukan (Doengoes, 2014).

Menurut Dermawan (2012) untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAPIER. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut :

a. S : Data Subjektif

Hasil pemeriksaan terakhir yang dikeluhkan oleh pasien biasanya data ini berhubungan dengan kriteria hasil.

b. O : Data objektif

Hasil pemeriksaan terakhir yang dilakukan oleh perawat biasanya data ini juga berhubungan dengan kriteria hasil

c. A : Analisa

Pada tahap ini dijelaskan apakah masalah kebutuhan pasien telah terpenuhi atau tidak

d. P : Rencana asuhan

Dijelaskan rencana tindak lanjut yang akan dilakukan terhadap pasien.

e. I : Intervensi

Tindakan perawat untuk mengatasi masalah yang ada

f. E : Evaluasi

Evaluasi terhadap tindakan keperawatan

g. R : Reassessment

Melakukan pengumpulan data dan kembali, jika hasil pelaksanaan tindakan tidak sesuai dengan yang diharapkan. Apakah rencana asuhan akan dirubah.

2.4 Konsep Nyeri

2.4.1 Definisi

Arthur C. Curton (1983) dalam Prasetyo (2010) mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri.

Menurut Andarmoyo (2013) mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensoris subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang actual, potensial atau yang dirasakan saat kejadian terjadinya kerusakan.

2.4.2 Fisiologi

Nosiseptor adalah Reseptor saraf untuk nyeri. Ujung saraf bebas ini bergelombang melewati seluruh jaringan tubuh kecuali otak. Nyeri terjadi ketika jaringan yang mengandung nosiseptor cedera. Intensitas dan durasi stimulus menentukan sensasi. Stimulus yang intens dan berlangsung lama menghasilkan nyeri yang lebih hebat dibandingkan dengan 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).

2.4.3 Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmoyo (2013) nyeri dibagi 2 yaitu :

1. Nyeri akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa. Gejala yang terjadi tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi.

2. Nyeri kronik

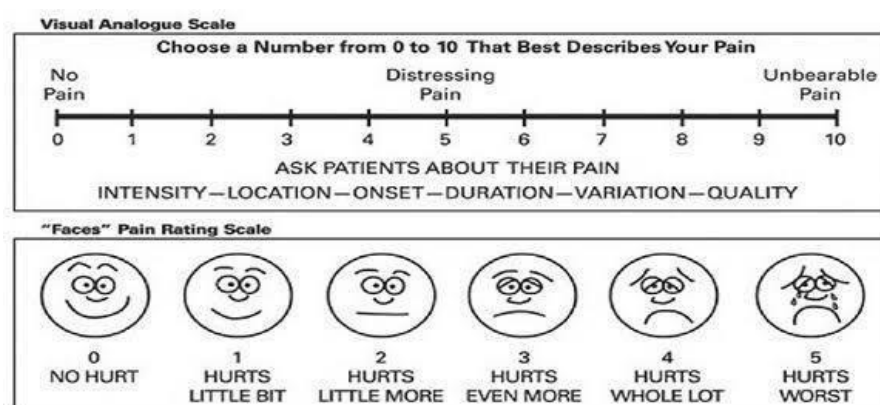
Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa. Gejala yang terjadi tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 3 bulan.

2.4.4 Penilaian Reseptor Nyeri

Penilaian Respon intensitas nyeri menurut Andarmoyo (2013).

j. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Metode VAS sangat efisien penggunaannya, dan tervalidasi pada pasien-pasien dengan nyeri kronis. Kelemahan metode ini adalah dapat memakan waktu. Validitasnya masih kontroversial, kadang dapat membuat pasien bingung.

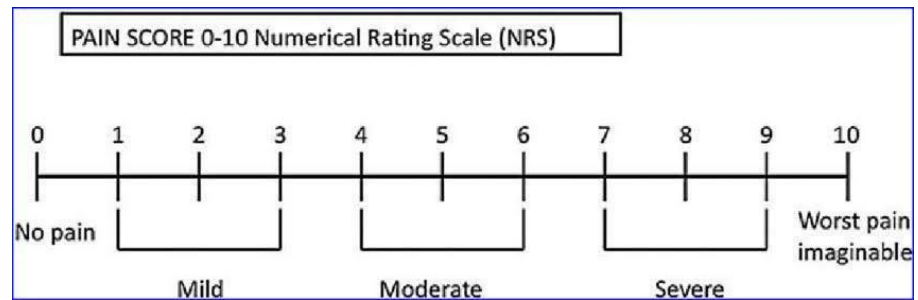


Gambar 2.5 Visual Analog Scale (VAS)

Sumber : https://www.researchgate.net/figure/Visual-analogue-scale-VAS-for-assesment-of-childrens-pain-perception_fig1_259499877

k. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Kelebihan metode NRS adalah mudah digunakan, sederhana, dan dapat dilakukan secara fleksibel dan tervalidasi untuk berbagai tipe nyeri. Kekurangannya adalah kurang dapat diandalkan untuk beberapa tipe pasien tertentu, seperti pasien yang sangat muda dan tua, atau pasien dengan gangguan visual, pendengaran, atau kognitif. Skala ini dapat digunakan juga oleh pasien buta huruf dan angka.



Gambar 2.6 Numerical Rating Scale (NRS)

Sumber : https://www.researchgate.net/figure/pain-score-categorization-of-the-Numerical-Rating-Scale_fig2_277086616

2.4.5 Tatalaksana Nyeri

1. Tatalaksana farmakologi

Management nyeri farmakologi menggunakan obat analgetik. Pemberian obat analgetik yang diberikan guna untuk mengganggu atau memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortikal terhadap nyeri (Andarmoyo, 2013).

2. Tatalaksana non farmakologi

Cara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara relaksasi, teknik pernapasan, *massage*, akupresur, terapi panas dingin, musik dan TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*) (Ma'rifah 2014). Salah satu cara relaksasi non farmakologi adalah tehnik relaksasi nafas dalam. Menurut Arfa (2013) Teknik relaksasi nafas dalam adalah bentuk asuhan keperawatan untuk mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat(menahan inspirasi secara maksimal), dan

bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam ini juga dapat membuat ketentraman hati dan berkurangnya rasa cemas. Relaksasi nafas dalam merupakan salah satu metode yang efektif untuk mengurangi nyeri. Hal tersebut dibuktikan dengan jurnal yang dipakai peneliti sebagai dasar tindakan relaksasi nafas dalam yang dilakukan, adapun jurnal yang digunakan sebagai dasar tindakan relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut:

- a. Penelitian Suriana, Endang Ninik, Baiq Dewi H, Wahyu Eko Suci, 2014 dengan judul *“Penurunan nyeri pasca laparatomi menggunakan teknik relaksasi pernafasan di ruang bedah aster RSUD Dr. Soetomo Surabaya”*
- b. Penelitian pada pasien pasca apendiktomi di ruangan bedah RSUD Dr. M. Zein Painan pada kelompok sebesar 3,50 skala nyeri.

BAB III

METODE PENULISAN

3.1 Desain

Desain yang digunakan penulis adalah studi kasus. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan ataupun fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada klien *Post Op* Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Appendiksitis Perforasi dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis. Data yang telah terkumpul di analisis untuk melihat masalah keperawatan yang di alami klien serta meninjau keefektifan intervensi yang telah dilakukan untuk menyelesaikan masalah keperawatan klien, khususnya nyeri akut klien.

3.2 Batasan Istilah

Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam kerusakan sedemikian rupa. Gejala yang terjadi tiba-tiba lambat dan intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi. (NANDA, 2015).

Tehnik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi

secara maksimal) dan bagaimana menghembus nafas secara perlahan. Manajemen nyeri dengan tindakan relaksasai mencakup relaksasi otot, nafas dalam, masase, meditasi dan perilaku.

3.3 Partisipan/ Responden/ Subyek penelitian

Peneliti menggunakan dua partisipan, yang keduanya merupakan klien post Laparatomi Eksplorasi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis. Partisipan pertama yaitu Tn. A berusia 47 tahun dan partisipan kedua Tn. Y berusia 40 tahun.

3.4 Lokasi dan Waktu

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Ciamis, klien pertama dan kedua dirawat di ruang bedah Wijaya Kusuma 1, dengan masalah keperawatan dan diagnosis yang sama, pada klien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi dengan masalah keperawatan nyeri akut. Lama waktu klien pertama dan kedua dirawat 3 hari. Waktu penelitian klien pertama Tn. A pada tanggal 06 Januari 2020 sampai 08 Januari 2020 dan klien kedua Tn. Y pada tanggal 08 Januari 2020 sampai 10 Januari 2020.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah kegiatan penelitian dengan cara mengumpulkan data untuk memperkuat hasil dari sebuah penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan cara :

3.5.1 Wawancara

Data diperoleh dengan mengajukan pertanyaan secara langsung kepada pasien, keluarga, perawat, dan petugas kesehatan yang lain mengenai perjalanan penyakit dan hal-hal yang berhubungan dengan penyakitnya, kemudian dilakukan pencatatan atau direkam.

3.5.2 Observasi dan Pemeriksaan fisik

3.5.2.1 Observasi

Mengamati secara langsung terhadap gejala-gejala yang menunjukkan fokus permasalahan atau kejadian yang terjadi pada klien.

3.5.2.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses yang dilakukan perawat dengan memeriksa keadaan fisik klien untuk menentukan masalah yang dialami klien, dengan tujuan menentukan status kesehatan, mengidentifikasi masalah, dan mendapatkan data dasar untuk menentukan rencana tindakan keperawatan.

Ada 4 pendekatan pemeriksaan fisik, yaitu :

a. Inspeksi

Inspeksi adalah suatu proses observasi yang dilakukan secara sistematis menggunakan indera penglihatan dan penciuman.

b. Palpasi

Palpasi adalah teknik menggunakan indera peraba terhadap bagian bagian tubuh yang mengalami kelainan dengan menggunakan tangan dan jari – jari.

c. Perkusi

Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan cara mengetuk untuk membandingkankiri dan kanan pada setiap permukaan dengan tujuan menghasilkan suara.

d. Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan indera pendengaran, biasanya menggunakan alat yang disebut stetoskop.

3.5.3 Studi dokumentasi

Reverensi / dokumentasi askep, hasil lab, foto rontgen dan catatan medik klien.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti, uji keabsahan data juga dilakukan dengan :

1. Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan

Memperpanjang waktu pengamatan hal ini berarti jikalau data yang diperoleh masih kurang akurat maka dilakukan perpanjangan

waktu pengamatan dan tindakan dengan cara peneliti kembali kelapangan untuk melakukan pengamatan, wawancara kembali untuk melengkapi data atau bisa juga untuk mendapatkan data baru. Pada saat pelaksanaan dilapangan penulis melakukan perpanjangan waktu pengamatan untuk mengetahui pola aktivitas klien saat di rumah sakit.

2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi

Dalam melakukan pengumpulan data sering dijumpai ketidaksamaan antara data yang diperoleh dari narasumber satu dengan yang lainnya. Oleh karena itu dibutuhkan tehnik trigulasi yang artinya pengumpulan data yang berifat menggabungkan dari berbagai tehnik pengumpulan data yang telah ada. Untuk itu pada sub bahasan ini peneliti melakukan cross chek dengan cara data wawancara yang diperoleh dari klien dan keluarga serta perawat yang dipadukan dengan data observasi atau data dokumentasi dan membandungkan hasil dari kedua tehnik pengumpulan data tersebut. Pada saat pelaksaan dilapangan penulis melakukan tehnik trigulasi data, data tersebut data yang diperoleh dari klien, keluarga serta perawat.

3.7 Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan

dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang dilakukan dengan cara menarasikan jawaban – jawaban yang diperoleh dari hasil intepretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data adalah :

3.7.1 Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen), pemeriksaan fisik. Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

3.7.2 Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data objektif dan data subjektif, dianalisis berdasarkan pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan menyamarkan identitas klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian adalah bentuk pertanggungjawaban peneliti terhadap penelitian keperawatan yang dilakukan. Masalah etika keperawatan adalah masalah yang penting karena penelitian keperawatan akan berhubungan langsung dengan manusia, maka etika harus benar-benar diperhatikan.

Etika keperawatan meliputi :

a. *Informed Consent* (persetujuan responden)

Informed consent merupakan cara persetujuan antara penelitian dengan partisipan, dengan memberikan lembaran persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilaksanakan dengan memberikan lembaran persetujuan. Tujuan *Informed consent* adalah agar partisipan mengerti dan maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika partisipan bersedia maka mereka harus mendaftarkan lembar persetujuan, serta bersedia untuk direkam dan jika partisipan tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak partisipan (Notoatmodjo, 2018). Pada saat dilapangan, penulis

melakukan *Informed consent* kepada partisipan secara lisan dan tertulis diselebar kertas yang sudah disetujui antara penulis dan partisipan.

b. *Anonymity* (tanpa nama)

Peneliti harus memberikan jaminan dalam subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama partisipan pada lembar pengumpulan data atau hasil peneliti yang disajikan, cukup dengan code tertentu (Notoatmodjo, 2018). Pada saat dilapangan penulis melakukan perlindungan terhadap hak-hak privasi partisipan, dengan cara tidak mencantumkan identitas partisipan dengan lengkap, penulis hanya menyantumkan nama inisial partisipan untuk menjaga kerahasiaan partisipan.

c. *Confidentiallity* (kerahasiaan)

Informasi atau hal-hal yang terkait dengan partisipan di jaga kerahasiaannya. Peneliti tidak dibenarkan untuk menyampaikan kepada orang lain tentang apapun yang diketahui oleh peneliti tentang partisipan di luar kepentingan atau mencapai tujuan peneliti (Notoatmodjo, 2018). Pada tahap ini penulis merahasiakan rahasia informasi partisipan ke siapapun mengenai masalah yang dialami partisipan, guna menjamin kenyamanan serta menjalin hubungan dengan penulis.

d. *Beneficence* (berbuat baik)

Sebuah penelitian hendaknya memperoleh manfaat semaksimal mungkin pada masyarakat umumnya, dan pada subjek penelitian pada khususnya. Peneliti hendaknya berusaha meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek. Oleh sebab itu, pelaksanaan penelitian harus dapat mencegah atau paling tidak mengurangi rasa sakit, cedera stress, maupun kematian subjek penelitian (Notoatmodjo, 2018). Pada saat pelaksanaan dilapangan, penulis memberikan manfaat kepada kedua klien, penulis memberikan tindakan sesuai dengan kebutuhan klien serta berusaha meminimalisir dampak yang merugikan klien.

e. *Nonmaleficentincy* (tidak merugikan)

Nonmaleficentincy atau tidak merugikan prinsip ini memegang peran penting dalam pengambilan keputusan untuk mempertahankan atau mengakhiri kehidupan. Pada pelaksanaan dilapangan tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan prosedur yang dilakukan serta melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan nilai etika keperawatan sehingga tidak merugikan pasien.

f. *Veracity* (kejujuran)

Veracity atau kejujuran nilai ini bukan cuma dimiliki oleh perawat namun harus dimiliki oleh seluruh pemberian layanan kesehatan untuk

menyampaikan kebenaran pada setiap klien untuk meyakinkan agar klien mengerti. Informasi yang diberikan harus akurat, komprehensif dan objektif. Penulis menjunjung tinggi prinsip kejujuran. Dilapangan penulis menyampaikan kebenaran berupa informasi yang akurat serta objektif kepada setiap klien guna meyakinkan antara klien dan penulis.

g. *Justice* (keadilan)

Keadilan dan keterbukaan perlu dijaga oleh peneliti dengan kejujuran dan keterbukaan, dan kehati-hatian. Untuk itu, lingkungan peneliti perlu dikondisikan sehingga memenuhi keterbukaan, yakni dengan menjalankan prosedur penelitian. Prinsip keadilan ini menjamin semua subjek peneliti memperoleh perlakuan dan keuntungan yang sama tanpa membedakan gender, agama, etnis dan sebagainya (Notoatmodjo, 2018). Dilapangan penulis melakukan tindakan keperawatan kepada pasien dan penulis tidak membedakan tindakan keperawatan kepada pasien lainnya, penulis melakukan tindakan keperawatan dengan tidak melihat atau membedakan dari suku, agama, ras, jenis kelamin, umur, serta status pasien.

h. *Fidelity* (menepati janji)

Prinsip fidelity dibutuhkan individu untuk menghargai janji dan komitemennya terhadap orang lain. Perawat setia pada komitmennya

dan menepati janji serta menyimpan rahasia klien. Ketaatan, kesetiaan adalah kewajiban seorang untuk mempertahankan komitmen yang dibuatnya. Kesetiaan menggambarkan kepatuhan perawat terhadap kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab dasar diri perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan dan meminimalkan penderitaan. Penulis dapat menjaga komitmen berupa janji terhadap seluruh pasien, serta penulis setia terhadap komitmen yang telah dibuat, dan dapat mempertanggungjawabkan komitmen terhadap pasien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi pengambilan data

Penulis mengambil data di ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis. Ruang Wijaya Kusuma 1 adalah ruang penyakit bedah, terdapat 14 tempat tidur dan terbagi menjadi 5 ruangan, dalam satu kamar pasien terdapat satu kamar mandi dan wastafel yang digunakan secara bersama-sama untuk semua pasien. Terdapat juga ruang obat-obatan, ruang *spoel hook*, ruang perawat, ruang mahasiswa, dan ruang rapat. Keadaan ruangan cukup bersih, tenang, dan kondusif.

4.1.2 Asuhan Keperawatan

4.1.2.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Tabel 4.1
Identitas klien

	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. A	Tn. Y
TTL	Ciamis, 30 November 1973	Ciamis, 20 Agustus 1980
Umur	47 tahun	40 tahun
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Agama	Islam	Islam
Suku/Bangsa	Sunda/Indonesia	Sunda/Indonesia
Tanggal masuk RS	03 Januari 2020 Jam 11.41 WIB	06 Januari 2020 Jam 16.47 WIB

Tanggal/Rencana Operasi	05 Januari 2020 Jam 10.00 WIB	07 Januari 2020 Jam 12.00 WIB
Tanggal Pengkajian	06 Januari 2020 Jam 11.00 WIB	08 Januari 2020 Jam 13.00 WIB
No.Medrec	442610	552161
Diagnosa Medis	Post Laparotomi Ekplorasi atas indikasi apendisitis perforasi	Post Laparotomi Ekplorasi atas indikasi apendisitis perforasi
Alamat	RT.03/RW.18 Lingkungan Kalapajajar Kab Ciamis	Ciawi tali RT.04/RW.08 Rancas Kab Ciamis

a. Identitas Penanggung Jawab

Tabel 4.2
Identitas penanggung jawab

	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. S	Ny. S
Umur	45 Tahun	40 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
Agama	Islam	Islam
Hubungan dengan klien	Istri klien	Istri klien
Alamat	RT.03/RW.18 Lingkungan Kalapajajar Kab Ciamis	Ciawi tali RT.04/RW.08 Rancas Kab Ciamis

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Tabel 4.3
Riwayat kesehatan sekarang

	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit	Tn. A mengatakan datang ke rumah sakit pada tanggal 03 Januari 2020 pukul 11.41 WIB ke IGD RSUD Ciamis dengan keluhan nyeri perut bagian	Tn. Y mengatakan datang ke rumah sakit pada tanggal 05 Januari 2020 pukul 16.47 WIB melalui IGD RSUD Ciamis dengan keluhan nyeri perut bagian kanan

	<p>kanan bawah selama 5 hari di sertai dengan muntah. Di lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil, Tekanan darah : 120/90 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,5°C. Di IGD, Tn. A di pasang IV line di tangan kiri dengan RL 500 ml (20tts/menit) dan infuset macro drip. Di berikan injeksi ondansentron 4 mg dan cefotaxime 1 mg secara intravena. Setelah di observasi selama 2 jam, Tn. A di pindahkan ke ruang wijaya kusuma 1 RSUD Ciamis.</p>	<p>bawah di sertai dengan mual dan muntah, di lakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dengan hasil , Tekanan darah : 120/80mmHg, Nadi : 85x/menit, Respirasi : 20x/menit, Suhu : 36,7°C. Di IGD, Tn. Y di pasang IV line di tangan kiri dengan RL 500 ml (20tts/menit) dan infuset macro drip. Di berikan injeksi ondansentron 4 mg dan cefotaxime 1 mg secara intravena. Setelah di observasi selama 2 jam, Tn. Y di pindahkan ke ruang wijaya kusum 3 untuk mendapatkan tindakan keperawatan lebih lanjut.</p>
Keluhan Utama Saat Dikaji	<p>Pada saat dikaji tanggal 06 Januari 2020 jam 11.00 WIB. Tn. A mengeluh nyeri pada bagian luka operasi, skala nyeri 5 (0-10), nyeri bertambah ketika Tn. A beraktivitas dan berkurang saat istirahat. Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat, nyeri di rasakan di perut tengah, nyeri dirasakan sering dan tiba-tiba. Tn. A tampak kesakitan.</p>	<p>Pada saat dikaji tanggal 08 Januari 2020 jam 13.00 WIB, Tn. Y mengeluh nyeri dibagian luka operasi, skala nyeri 4 (0-10), nyeri bertambah jika bergerak dan nyeri berkurang ketika istirahat. Nyeri dirasakan seperti di tusuk-tusuk, nyeri di rasakan di perut tengah daerah bekas luka operasi, nyeri dirasakan sering dan tiba-tiba. Tn. Y tampak meringis kesakitan.</p>

b. Riwayat Kesehatan dahulu dan Riwayat kesehatan Keluarga

Tabel 4.4
Riwayat kesehatan dahulu dan riwayat kesehatan keluarga

	Klien 1	Klien 2
Riwayat kesehatan dahulu	<p>Tn.A mengatakan sebelumnya belum pernah pernah dirawat di rumah sakit dan belum pernah mempunyai riwayat penyakit berat yang membuat dia harus dirawat di rumah sakit.</p>	<p>Tn.Y mengatakan belum pernah di operasi sebelumnya dan tidak memiliki penyakit berat yang membuat dia harus dirawat dirumah sakit.</p>

Riwayat Kesehatan Keluarga	Tn.A mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama juga tidak ada riwayat penyakit keturunan/menular seperti asma,Hipertensi,HIV, DM & TBC.	Tn.Y dan keluarga mengatakan, di dalam anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang serupa dengan klien dan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes melitus dan penyakit menular seperti TBC dan hepatitis.
----------------------------	---	---

3. Pola aktivitas sehari-hari

Tabel 4.5
Pola aktivitas sehari-hari

Jenis Aktifitas	Klien 1		Klien 2	
	Di Rumah	Di Rumah Sakit	Di Rumah	Di Rumah Sakit
Nutrisi				
a. Makan				
Frekuensi	3x sehari	Test Feeding	3x sehari	Test Feeding
Jenis	Nasi lauk pauk		Nasi lauk pauk	
Porsi	1 porsi habis		1 porsi habis	
Keluhan	Tidak ada		Tidak ada	
b. Minum				
Frekuensi	6-8gelas sehari	1 gelas	6-8 gelas sehari	1 gelas
Jumlah	1000-1500 cc	± 200 cc	±1000 – 1500 cc	± 200 cc
Jenis	Air mineral	Air mineral	Air putih	Air putih
Keluhan	Tidak ada	Belum boleh minum terlalu banyak (Test Feeding)	Tidak ada	Belum boleh minum terlalu banyak (Test Feeding)
Eliminasi				
a. BAB				

Frekuensi	1-2x sehari	Belum BAB	1x / hari	Belum BAB
Warna	Khas feses	Tidak Terkaji	Khas feses	Tidak Terkaji
Konsistensi	Berbentuk	Tidak Terkaji	Berbentuk	Tidak Terkaji
Bau	Khas feses	Tidak Terkaji	Khas feses	Tidak Terkaji
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak Terkaji	Tidak ada keluhan	Tidak Terkaji
b. BAK				
Frekuensi	± 4 - 6x sehari	Terpasang DC	± 4-6x / hari	Terpasang DC
Jumlah	Tidak terkaji	± 1200 cc/24jam	Kuning jernih	±1200 cc/24jam
Warna	Kuning jernih	Kuning	Tidak terkaji	Kuning
Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak terkaji
Istirahat tidur				
Siang	± 1-2 jam	± 1 jam	±1-2 jam	± 1-2 jam
Malam	± 8 jam	± 6-7 jam	± 7-8 jam	± 6-8 jam
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
Personal Hygiene				
a. Mandi	2x sehari	Belum	2x sehari	Belum
b. Gosok Gigi	2x sehari	Belum	2x sehari	Belum
c. Keramas	2x sehari	Belum	2-3x seminggu	Belum
d. Gunting Kuku	1x seminggu	Belum	1x seminggu	Belum
e. Ganti pakaian	1x sehari	Belum	2x sehari	Belum
Aktifitas	Tn. A bekerja sebagai wirausaha	Tn. A hanya berbaring	Tn. Y bekerja sebagai buruh	Tn. Y hanya berbaring

4. Pemeriksaan fisik

Tabel 4.6
Pemeriksaan fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
1) Keadaan Umum Penampilan	Penampilan Tn. A tampak lemah	Penampilan baik, Tn. Y tampak lemah dan lesu
Kesadaran	Compos Mentis GCS : 15 (E:4 M:6 V:5)	Compos Mentis GCS : 15 (E:4 M:6 V:5)
2) Pemeriksaan tanda-tanda vital		
Tekanan Darah	130/80 mmHg	120/90 mmHg
Suhu	36,7 ⁰	36,6 ⁰
Nadi	110x/menit	90x/menit
Respirasi	20x/menit	20x/menit
3) Pemeriksaan fisik head to toe		
a) Sistem pernafasan	Hidung berbentuk simetris, mukosa hidung lembab, septum nassal di tengah, tidak tampak pernafasan cuping hidung, pada saat palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada sinus frontalis dan maksilaris, bentuk dada normal, tidak terdapat retraksi dada, bunyi nafas vesikuler tidak terdapat bunyi tambahan seperti ronchi maupun whezing, irama nafas regular, Respirasi 20 x/menit , perkusi dada terdengar resonan dan tidak terdapat nyeri tekan.	Hidung berbentuk simetris, mukosa hidung lembab, septum nassal di tengah, tidak tampak pernafasan cuping hidung, pada saat palpasi tidak terdapat nyeri tekan pada sinus frontalis dan maksilaris, bentuk dada normal, tidak terdapat retraksi dada, bunyi nafas vesikuler tidak terdapat bunyi tambahan seperti ronchi maupun whezing, irama nafas regular, Respirasi 20 x/menit , perkusi dada terdengar resonan dan tidak terdapat nyeri tekan.
b) Sistem kardiovaskuler	Pada saat dikaji bentuk dada simetris, konjungtiva tidak anemis tidak terdapat sianosis, nadi karotis teraba tidak terdapat nyeri tekan pada jantung, bunyi jantung S1 dan S2 normal tidak ada bunyi tambahan galop maupun murmur CRT<3 detik, TD 130/80 mmHg, nadi 110x/menit	Bentuk dada simetris, tekanan darah 120/90 mmHg, Nadi 90 x/menit. Bunyi irama jantung reguler, tidak terdengar bunyi jantung murmur. saat perkusi terdengar suara dullnes CRT<3 detik.

c) Sistem pencernaan	Bentuk mulut simetris, mukosa bibir kering, lidah bersih, dapat berfungsi dengan baik, dan dapat bergerak ke segala arah. Gigi bersih, jumlah gigi lengkap, belum ada yang tanggal. Refleks menelan (+) Abdomen datar. Pada saat perkusi terdengar suara dullness, terdapat nyeri tekan pada daerah abdomen di daerah sekitar luka post op, Terdapat luka post op sepanjang ± 12 cm dan posisinya vertical terdapat 9 jahitan dan dibagian kanan bawah perut terpasang drainase, luka post op dan drainase tampak basah, tidak terdapat pus pada luka.	Bentuk mulut simetris, mukosa bibir kering, lidah bersih, dapat berfungsi dengan baik, dan dapat bergerak ke segala arah. Gigi bersih, jumlah gigi lengkap, belum ada yang tanggal. Refleks menelan (+) Abdomen datar. Pada saat perkusi terdengar suara dullness, terdapat nyeri tekan pada daerah abdomen di daerah sekitar luka post op, Terdapat luka post op sepanjang ± 11 cm dan posisinya vertical terdapat 8 jahitan dan dibagian kanan bawah perut terpasang drainase, luka post op dan drainase tampak basah, tidak terdapat pus pada luka.
d) Sistem genitourinaria	Terpasang kateter dengan jumlah urine ± 1200 cc/24 jam, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak teraba adanya pembengkakan ginjal	Ginjal tidak teraba, blas tidak teraba, bagian genitalia tidak ada kelainan. Terpasang kateter dengan jumlah urine ± 1200 cc/24 jam,
e) Sistem endokrin	Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening.	Tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening
f) System persarafan	<p>Nervus I : Tn. A dapat membedakan wangi jeruk, kopi dan wangi minyak kayu putih.</p> <p>Nervus II : Tn. A dapat membaca kartu nama mahasiswa pada jarak 30 cm.</p> <p>Nnervus III : Tn. A dapat menggerakkan bola mata ke kiri dan ke kanan.</p> <p>Nervus IV : Tn. A dapat menggerakkan bola mata ke atas</p>	<p>Nervus I (Olfaktorius): Tn. Y dapat membedakan wangi kayu putih dan kulit jeruk.</p> <p>Nervus II (Optikus): Tn. Y dapat membaca dalam jarak ± 30cm.</p> <p>Nervus III (Okulomotorius): Tn. Y pupil kontraksi saat diberi cahaya.</p> <p>Nervus IV (Trochlearis): Tn. Y dapat menggerakkan bola</p>

	dan ke bawah.	mata ke arah atas dan kebawah
	Nervus V : Tn. A dapat merasakan sentuhan pada wajahnya ketika wajah klien di sentuh dengan tisu.	Nervus V (Trigeminus): Tn. Y dapat merasakan usapan kapas dipipi.
	Nervus VI : Tn. A dapat membukakan matanya dengan spontan.	Nervus VI (Abdusen): Tn. Y dapat memutar bola matanya.
	Nervus VII : Tn. A dapat mengenal rasa asin, manis dan pahit.	Nervus VII (Facialis): Tn. Y dapat membuka mulutnya.
	Nervus VIII : Tn. A dapat mendengar bunyi detik jarum jam.	Nervus VIII (Akustikus): Tn. Y dapat mendengarkan detik jam saat jam didekatkan pada telinga Tn. Y
	Nervus IX : Tn. A dapat menelan tanpa ada keluhan.	Nervus IX (Glosfaringeal) : Tn. Y dapat menelan.
	Nervus X : Klien berbicara dengan jelas	Nervus X (Vagus) : Tn. Y dapat berbicara dengan jelas.
	Nervus XI : Tn. A dapat menggerakkan kepala ke segala arah.	Nervus XI (Asesorius): Tn. Y dapat menggerakkan kepala ke kiri dan ke kanan.
	Nervus XII : Tn. A dapat menjulurkan lidah.	Nervus XII (Hipoglosus): Tn. Y dapat menjulurkan lidahnya.
g) Sistem integumen	Kulit Tn. A bersih, warna kulit klien sawo matang, tidak terdapat oedema, terdapat luka post op vertical sepanjang ± 12 cm di abdomen dan dibagian bawah kanan abdomen terpasang drainase dan terdapat nyeri dibagian luka post op. Suhu 36,7 °C.	Rambut merata, rambut teraba lengket, warna rambut hitam, warna kulit sawo matang, tidak terdapat hiperpigmentasi pada wajah dan tangan, kulit teraba lembab, turgor kulit kembali dalam waktu kurang dari 2 detik, suhu 36,6 °C, terdapat luka operasi di bawah umbilikus kuadaran kanan bawah, panjang ± 11 cm.
h) Sistem muskuloskretal	1) Ekstremitas atas : bentuk simetris, jumlah jari lengkap, dapat menggerakkan jari-jari sendiri, pergerakan bebas, pada tangan kiri terpasang infusan (RL), pada kedua tangan saat di	1) Ekstremitas Atas kekuatan otot tangan kiri dan tangan kanan 5/5, bentuk simetris, jari-jari tangan kanan dan kiri lengkap, tidak ada edema, tidak terdapat nyeri pada daerah persendian. Reflek

	luruskan kedepan tidak terdapat tremor, reflek bisep (+), replek trisep (+) kekuatan otot 5 5.	bisep dan Trisep positif, terpasang infus RL 20 tts/menit pada tangan sebelah kanan.
	2) Ekstremitas bawah : bentuk simetris, jumlah jari lengkap,dapat menggerakkan jari-jari kaki, tidak terdapat oedema pada kedua kaki, reflek babinski (+), reflek patella (+), kekuatan tonus otot kanan dan kiri 5 5.	2) Ekstremitas Bawah Kekuatan otot kaki kanan dan kiri 5 5, bentuk simetris, jari kaki sebelah kanan dan kiri lengkap, tidak ada edema
i) Sistem penglihatan	Bentuk mata simetris,konjungtiva merah muda, sklera berwarna putih, reflek pupil mengecil saat diberi cahaya. Fungsi mata Tn. A baik, terbukti klien dapat membaca tulisan yang ditunjuk pemeriksa dengan jarak 60cm.	Bentuk mata simetris, klien dapat melihat benda jauh dan dekat, gerakan bola mata simetris, refleks pupil mengecil pada saat diberi cahaya. Fungsi mata Tn. Y baik terbukti klien dapat membaca tulisan yang ditunjuk oleh pemeriksa dengan jarak ±60cm.
j) Wicara dan THT	Fungsi pendengaran baik (Tn. A mampu mengulang perkataan yang di ucapkan pemeriksa), tidak ada benjolan atau kelainan pada telinga Tn. A, Bicara Tn. A dapat di mengerti, sesuai dengan instruksi.	Bentuk telinga simetris, telinga tampak bersih dan tidak ada lesi , pendengaran Tn. Y baik. Fungsi pendengaran baik terbukti Tn. Y dapat mengulang perkataan yg di ucapkan pemeriksa.

5. Pemeriksaan Psikologi

Tabel 4.7
Data psikologi

Observasi	Klien 1	Klien 2
Data Psikologi	1) Status Emosi	1) Status Emosi
1) Data psikologis klien	Pada saat dikaji ekspresi wajah Tn. A sedih, Tn. A mengatakan ingin	Status emosi klien stabil, Tn. Y cukup kooperatif dengan petugas kesehatan.

-
- pulang, Tn. A tampak murung dan melamun.
- 2) Kecemasan

Tn. A mengatakan cemas dengan penyakit yang dideritanya namun klien selalu bertanya-tanya kepada perawat tentang keadaan lukanya.
 - 3) Pola Koping

Pola koping cukup baik Tn. A dapat menghadapi penyakit yang dideritanya.
 - 4) Gaya Komunitas

Pada saat komunikasi Tn. A tampak kooperatif dan nyambung saat berkomunikasi.
 - 5) Konsep Diri
 - a. Gambaran Diri

Tn. A tampak lemah
 - b. Ideal Diri

Tn. A mengatakan ingin penyakitnya cepat sembuh dan ingin segera pulang ke rumahnya
 - c. Harga Diri

Tn. A merasa percaya diri dan tidak malu dengan keadaanya sekarang.
 - d. Peran

Tn. A mengatakan bahwa dia seorang kepala keluarga
 - e. Identitas Diri

Tn. A mengatakan ia adalah seorang ayah dari 4 orang
- 2) Kecemasan

Tn. Y mengatakan tidak cemas dengan keadaannya saat ini. Selama mendapatkan perawatan dari tim medis
 - 3) Pola Koping

Tn. Y dapat menghadapi penyakit yang dideritanya
 - 4) Gaya Komunikasi

Tn. Y sehari-hari berbicara menggunakan bahasa sunda
 - 5) Konsep Diri
 - a. Gambaran Diri

Tn. Y tampak lemah dan lesu
 - b. Ideal Diri

Tn. Y mengatakan ingin penyakitnya cepat sembuh dan ingin segera pulang ke rumahnya.
 - c. Harga Diri

Tn. Y merasa percaya diri dan tidak malu dengan keadaanya sekarang.
 - d. Peran

Tn. Y mengatakan bahwa dia seorang kepala keluarga.
 - e. Identitas diri

Klien mengatakan ia adalah seorang ayah dari 5 orang anak.
-

anak.		
Data social	Tn. A mengatakan hubungan dengan lingkungan sekitar baik, terbukti Tn. A selalu ditemani oleh anggota keluarganya dan tetangga yg menjenguk.	Hubungan Tn. Y dengan keluarga dan lingkungannya baik, Tn. Y kooperatif dan mau berkomunikasi dengan dokter dan perawat.
Data spiritual	Tn. A mengatakan bahwa ia beragama islam selalu berdoa pada Allah agar ia cepat diberikan kesembuhan. Tn. A juga mengatakan bahwa ririnya melaksanakan shalat 5 waktu.	Tn. Y mengatakan bahwa dirinya beragama islam pada saat di rumah Tn. Y melaksanakan solat 5 waktu dan melakukan solat jumat.

6. Hasil pemeriksaan diagnostic

Tabel 4.8
Pemeriksaan diagnostik

No	Pemeriksaan	Klien 1 27-01-2019	Klien 2 29-01-2019	Nilai normal	Satuan
1.	<u>Hematologi</u>				
	Hemoglobin	13,4	14,3	14-18 40-50	g/DL
	Hematokrit	38,7	42,0	5.000-10.000	%
	Leukosit	24.70	18.800	150.000- 350.000	/mm ³
	Trombosit	381.000	181,000		/mm ³
2.	<u>Kimia lain</u>				
	Glukosa darah sewaktu	101	100	70-200	Mg/dl
	Ureum	38	-	10-50	Mg/dl
	Kreatinin	1,57	1,57	0,5-1,1	Mg/dl
3.	<u>Elektrolit</u>		141		mmol/l
	Natrium,Na	136		135-145	mmol/l
	Kalium,K	1,9	4,2	3,5-5,5	
	Kalsium,Ca	1,42	1,18	1,10-1,40	mmol/l

7. Program dan rencana

Tabel 4.9
Program dan rencana pengobatan

	Jenis terapi	Dosis	Cara pemberian	Waktu
Klien 1				
	Ceftriaxone	2x1 mg	Intravena	08.00 dan 20.00 WIB
	Ranitidine	2x50 mg	Intravena	08.00 dan 16.00 WIB
	Keterolak	2x30 mg	Intravena	08.00 dan 17.00 WIB
Klien2				
	Ceftriaxone	2x1 mg	Intravena	08.00 dan 20.00 WIB
	Keterolac	2x30 mg	Intravena	08.00 dan 17.00 WIB
	Ranitidine	1x2 mg	Intravena	08.0 an 16.00 WIB

8. Analisa data

Tabel 4.10
Analisa data

Analisa data	Etiologi	Masalah
Klien 1		
DS :	Laparotomi Eksplorasi	Nyeri akut
- Tn. A mengeluh nyeri pada bagian bagian luka operasi.	Proses pembedahan	
- Tn. A mengatakan nyeri seperti di sayat-sayat.	Terputusnya kontinuitas jaringan	
DO :		
- Tn. A tampak meringis		
- Skala nyeri 5 (0-10)		
- TTV :	Merangsang zat histamine, bradikinin, serotonin, dan prostalgadin	
- TD: 130/80 mmHg		
- Nadi : 110 x/menit		
- Respirasi : 23 x/menit		
- Suhu : 36.7	hipotalamus	

Cortex cerebri		
Nyeri akut		
DS :	Luka post op	Hambatan mobilitas fisik
- Tn. A mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri	Terputusnya kontinuitas jaringan	
DO :		
Keadaan umum : Tn. A tampak lesu, Tn. A berbaring dan jarang bergerak	Nyeri luka insisi jaringan	
- Kesadaran : composmetis GCS (E: 4 M: 6 V: 5)	Keterbatasan melakukan aktivitas gerak	
- TD : 130/80 mmHg		
- Nadi : 110x/menit	Hambatan mobilitas fisik	
- Respirasi : 20x/menit		
- Suhu : 36,7		
DS:	Laparotomi Eksplorasi	Resiko infeksi
- Tn. A mengatakan perban luka post op belum di ganti.	Proses pembedahan	
DO:		
- Terdapat luka operasi vertical di abdomen	Terputusnya kontinuitas jaringan	
- Terdapat luka post op sepanjang ± 12 cm	Luka tampak lembab	
	Tempat perkembangan mikroorganisme pathogen	
	Resiko infeksi	

DS:	Tindakan pembedahan:post op laparatomy eksplorasi	Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan
- Tn. A mengatakan belum boleh makan		
DO :	Pembatasan intake makanan per oral	
- Tn. A tampak lemah		
	Asupan makanan tidak terpenuhi	
	Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan	
DS:	Appendicitis	Kurangnya pengetahuan
- Tn. A mengatakan merasa cemas dengan keadaannya saat ini, Karena baru pertama kali di operasi	Operasi	
DO:	Kurang pengetahuan	
- Klien tampak cemas dan selalu menanyakan keadaannya		
Klien 2		
DS :	Laparatomy Eksplorasi	Nyeri akut
- Tn. Y mengatakan nyeri dibagian luka post op nya seperti di tusuk-tusuk	Proses pembedahan	
DO :	Terputusnya kontinuitas jaringan	
- Tn. Y tampak meringis		
- Skala nyeri 4 (nyeri sedang dan mengganggu) dari nilai (0- 10)		
- Tanda-tanda vital	Merangsang zat histamine, bradikinin, serotonin, dan prostaglandin	
TD : 120/90 mmHg		
N : 90 x / menit		
R : 20 x / menit	hipotalamus	
S : 36,6,C	Cortex cerebri	
	Nyeri akut	

DS:	Luka post op	Hambatan mobilitas fisik
- Tn. Y tampak lemah dan lesu		
DO:	Terputusnya kontinuitas jaringan	
- Keadaan Umum : Tn. Y tampak lesu, Tn.Y berbaring dan jarang bergerak	Nyeri luka insisi jaringan	
- Kesadaran: Composmetis GCS 15 (E: 4 M:6 V:5)		
- Tekanan Darah : 120/90	Keterbatasan melakukan aktivitas gerak	
- Nadi : 90 x/menit		
- Respirasi : 20 x/menit		
- Suhu : 36,6 C	Hambatan mobilitas fisik	
DS :	Laparotomi Eksplorasi	Resiko infeksi
- Tn. Y mengatakan perban luka post op nya belum diganti	Proses pembedahan	
DO :		
- Terdapat luka post op vertical di abdomen	Terputusnya kontinuitas jaringan	
- Terdapat luka post op sepanjang ± 11 cm	Luka tampak lembab	
	Tempat perkembangan mikroorganisme pathogen	
	Resiko infeksi	
DS :	Tindakan pembedahan:post op laparatomy eksplorasi	Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan
- Tn. Y mengatakan belum boleh makan		
DO :	Pembatasan intake makanan per oral	
- Tn. Y tampak lesu		
	Asupan makanan tidak terpenuhi	
	Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan	

4.1.2.2 Diagnosa keperawatan

Tabel 4.11
Diagnosa keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanda tangan
Klien 1			
1.	Nyeri akut post op laparatomy eksplorasi berhubungan dengan insisi bedah ditandai dengan : DS : - Tn. A mengeluh nyeri pada bagian bagian luka operasi. DO : - Tn. A tampak meringis - Skala nyeri 5 (0-10) - TTV : - TD: 130/80 mmHg - Nadi : 110 x/menit - Respirasi : 20 x/menit - Suhu : 36.7	06 januari 2020	
2.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan gerak ditandai dengan: DS : - Tn. A mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri DO : Keadaan umum : Tn. A tampak lesu, Tn. A berbaring dan jarang bergerak	06 januari 2020	
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan infasi kuman pada luka operasi ditandai dengan: DS: - DO: - Terdapat luka operasi Terdapat luka post op sepanjang ± 12 cm	06 januari 2020	
4.	Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan: DS: - Tn. A mengatakan belum boleh makan DO :	06 januari 2020	

-	Tn. A tampak lemah	
---	--------------------	--

5.	Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang mengingat, tidak mengenal sumber informasi, salah interpretasi informasi.	06 januari 2020
----	---	-----------------

DS:

- Tn. A mengatakan merasa cemas dengan keadaannya saat ini, Karena baru pertama kali di operasi

DO:

- Klien tampak cemas dan selalu menanyakan keadaanya

Klien 2

1.	Nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah ditandai dengan :	08 januari 2020
----	--	-----------------

DS :

- Tn. Y mengatakan nyeri dibagian luka post op nya seperti di tusuk-tusuk

DO :

- Tn. Y tampak meringis
- Skala nyeri 4 (nyeri sedang dan mengganggu) dari nilai (0-10)
- Tanda-tanda vital

TD : 120/90 mmHg

N : 90 x / menit

R : 20 x / menit

S : 36,6,,C

2.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya keterbatasan gerak ditandai dengan :	08 januari 2020
----	---	-----------------

DS :

DS:

- Tn. Y tampak lemah dan lesu

DO:

- Keadaan Umum : Tn. Y tampak lesu, Tn.Y berbaring dan jarang bergerak

3.	Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan	08 januari 2020
----	--	-----------------

infasi kuman pada luka operasi ditandai dengan :

DS :

- Tn. Y mengatakan perban luka post op nya belum diganti

DO :

- Terdapat luka post op vertical di abdomen
- Terdapat luka post op sepanjang \pm 11 cm

4. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan ditandai dengan : 08 januari2020

DS :

- Tn. Y mengatakan belum boleh makan

DO :

- Tn. Y tampak lesu

4.1.2.3 Perencanaan

Tabel 4.12
Perencanaan dan Rasional

Diagnosa keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasionalisasi
Klien 1			
Nyeri akut berhubungan dengan pembedahan ditandai dengan : DS: Tn. A mengeluh nyeri pada luka operasi. DO: 1. Terdapat luka operasi 2. Skala nyeri 5 (0-10) 3. Tn. A tampak meringis 4. TTV : TD : 130/80	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam klien mengatakan nyeri berkurang, dengan kriteria hasil: 1. Tanda vital TD: 100/60 – 120/90 mmHg N:80-100x/menit R:12-20x/menit S:36,5-37,5 2. Klien tampak tidak meringis 3. Skala nyeri ringan (1-3)	Selidiki keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas (skala 0-10) dan factor pemberat/penghilang. Perhatikan petunjuk nonverbal missal melindungi otot, napas dangkal, respons emosi. Anjurkan pasien	Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal, diperberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual. Memberikan pasien rentang ketidaknyamanan sendiri, membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi keefektifan analgesi. Intervensi dini pada

mmHg Nadi: 110x/menit R : 20 x/menit Suhu : 36.7	untuk melaporkan nyeri segera saat mulai.	control nyeri memudahkan pemulihan otot/jaringan dengan menurunkan tegangan otot dan memperbaiki sirkulasi.
	Pantau tanda-tanda vital.	Respon autonomic meliputi perubahan TD, nadi, dan pernapasan, yang berhubungan dengan keluhan/penghilang nyeri.
	Berikan tindakan kenyamanan (mengatur posisi, tehnik relaksasi dan distraksi).	Memberikan dukungan (fisik, emosional) ; menurunkan tegangan otot ; meningkatkan relaksasi; memfokuskan ulang perhatian; meningkatkan rasa control dan kemampuan coping.
	Ambulasikan pasien sesering mungkin.	Menurunkan masalah yang terjadi karena imobilisasi.
	Ajarkan tentang non farmakologi: tehnik relaksasi nafas dalam	Menurunkan menelan udara dan distensi.
	Berikan analgesic, narkotik, sesuai indikasi	Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerjasama dengan aturan terapeutik.

Klien 2

Nyeri akut berhubungan dengan pembedahan insisi ditandai dengan:	Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil :	Selidiki keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas (skala 0-10) dan factor	Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal, diperberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual.
--	--	---	---

Ds :	- Tanda – tanda vital Tekanan darah : 110/80 mmHg Nadi : 90 x/menit Respirasi : 20 x/menit Suhu : 36,6	pemberat/penghilang. Perhatikan petunjuk nonverbal misal melindungi otot, napas dangkal, respons emosi.	Memberikan pasien rentang ketidaknyamanan sendiri, membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi keefektifan analgesi.
1. Tn. Y mengatakan sakit dibekas jahitan. 2. Tn. Y mengatakan skala nyeri 4 (0-10). Do :	- Klien tampak tidak meringis. - Tn. Y mampu melakukan cara teknik relaksasi - Skala nyeri ringan (1-3)	Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera saat mulai.	Intervensi dini pada control nyeri memudahkan pemulihan otot/jaringan dengan menurunkan tegangan otot dan memperbaiki sirkulasi.
1. Tanda – tanda vital Tekanan darah : 110/70 mmHg. Suhu : 36° C. Nadi : 80/menit. Respirasi:22x/menit. 2. Tn. Y tampak meringis		Pantau tanda-tanda vital.	Respon autonomic meliputi perubahan TD, nadi, dan pernapasan, yang berhubungan dengan keluhan/penghilang nyeri.
		Berikan tindak kenyamanan (mengatur posisi, tehnik relaksasi dan distraksi).	Memberikan dukungan (fisik, emosional) ; menurunkan tegangan otot ; meningkatkan relaksasi; memfokuskan perhatian; meningkatkan rasa control dan kemampuan coping.
		Ambulasikan pasien sesering mungkin.	Menurunkan masalah yang terjadi karena imobilisasi.
		Ajarkan tentang teknik non farmakologi: tehnik relaksasi nafas dalam	Mengurangi rasa nyeri klien secara nonfarmakologi
		Berikan analgesic, narkotik, sesuai indikasi	Mengontrol/mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat

dan meningkatkan kerjasama dengan aturan teurapeutik.

4.1.2.4 Implementasi

Tabel 4.13
Implementasi

Pelaksana an	Hari Ke 1		Hari ke 2		Hari ke 3	
	Tanggal 6 januari 2020		Tanggal 7 januari 2020		Tanggal 8 januari 2020	
Klien 1	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi
Nyeri akut <i>post op</i> laparatomi eksplorasi berhubung an dengan pembedah an insisi	10.15 WIB	1. Mengkaji karakteristik nyeri klien seperti lokasi, penyebab, skala dan sifat Hasil : Nyeri didaerah luka post op, skala nyeri 5 (0-10)	08.00 WIB	1. Mengobser vasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 4 (0-10)	08.30 WIB	1. Mengobser vasi skala nyeri Hasil : skala nyeri 3 (0-10)
	10.20 WIB	2. Mengobser vasi tanda – tanda vital klien Hasil : TD : 130/90 mmHg N : 110x/menit R : 20x/menit S : 36,7	08.05 WIB	2. Mengobser vasi tanda – tanda vital klien Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 96x/menit R : 20x/menit S : 36,5	09.00 WIB	2. Mengobser vasi tanda – tanda vital klien Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 89x/menit R : 20x/menit S : 36,3
	10.45 WIB	3. Mengajarkan klien untuk melakukan	08.30 WIB	3. Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam Hasil : Tn. A mengatakan nyeri berkurang	09.30 WIB	3. Menganjurkan untuk melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam Hasil : Tn. A skala nyeri berkurang

		teknik relaksasi tarik nafas dalam	09.00 WIB	4.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 4 (0-10)	09.45 WIB	4.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 2 (0-10)
		Tn. A mengatakan nyeri berkurang	11.30 WIB	5.	Memposisikan Tn. A dalam posisi semi fowler Hasil : Tn. A merasa nyaman,	11.00 WIB	5.	Memposisikan Tn. A dalam posisi semi fowler Hasil : Tn. A tampak tenang
10.50 WIB	4.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 5 (0-10)						
11.00 WIB	5.	Memposisikan Tn. A dalam posisi semi fowler Hasil : Klien merasa nyaman	12.15 WIB	6.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 4 (0-10)	12.00 WIB	6.	Berkolaborasi pemberian analgetik secara intravena Hasil: Diberikan analgetik ketorolac 30 mg iv
12.00 WIB	6.	Mengkaji skala nyeri hasil : Skala nyeri 5 (0-10)	14.00 WIB	7.	Berkolaborasi pemberian analgetik secara intravena Hasil : Diberikan analgetik kerorolac 30 mg iv	13.00 WIB	7.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 2 (0-10)
12.50 WIB	7.	Berkolaborasi pemberian analgetik secara intravena Hasil : Diberikan ketorolac 30 mg iv	14.50 WIB	8.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skla nyeri 3 (0-10)			
14.00 WIB	8.	Mengkaji skala nyeri Hasil :skala nyeri 4 (0-10)						
Pelaksana an	Tanggal	08 januari	Tanggal	08 januari	Tanggal	10 januari	Implementasi	Implementasi
2020	08 januari	2020	08 januari	2020	10 januari	2020	Jam	Jam
Klien 2	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi	Jam	Implementasi

Nyeri akut <i>post op</i> laparatomi eksplorasi berhubung an dengan pembedah an insisi	14.15 WIB	1.	Mengkaji karakteristik nyeri klien seperti lokasi, penyebab, skala dan sifat Hasil : Nyeri di daerah luka post op, skala nyeri 4 (0-10)	08.00 WIB	1.	Mengobser vasi skala nyeri Hasil : Skala nyeri 4 (0-10)	09.00 WIB	1.	Mengobserv asi skala nyeri Hasil : Skala nyeri 3 (0-10)	
				08.10 WIB	2.	Mengobser vasi tanda – tanda vital klien Hasil : TD : 120/80 mmHg N : 90x/menit R : 20x/menit S : 36,7	09.15 WIB	2.	Mengobserv asi tanda – tanda vital klien Hasil : TD : 110/80 mmHg N : 90x/menit R : 20x/menit S : 36,6	
		14.20 WIB	2.	Mengobserv asi tanda – tanda vital klien Hasil : TD : 120/90 mmHg N : 90x/menit R : 20x/menit S : 36,7	08.30 WIB	3.	Menganjurk an Tn. Y untuk melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam Hasil : Tn. Y mengatakan nyeri berkurang	09.35 WIB	3.	Menganjurk an Tn. Y untuk melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam Hasil : Tn. Y mengatakan nyeri berkurang
					08.50 WIB	4.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri (4)	09.50 WIB	4.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 2 (0-10)
		14.30 WIB	3.	Mengajarka n klien untuk melakukan teknik relaksasi tarik nafas dalam Hasil : Tn. A mengatakan nyeri berkurang	11.00 WIB	5.	Memposisi kan Tn. Y dalam posisi semi fowler Hasil : Tn. Y merasa tenang,	10.30 WIB	5.	Memposisik an Tn. Y dalam posisi semi fowler Hasil : Tn. Y tampak tenang dan nyaman,
		14.45 WIB	4.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 4 (0-10)						
	15.00 WIB	5.	Memposisik an Tn. Y dalam posisi semi fowler Hasil : Tn. Y merasa	11.30 WIB	6.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 4 (0-10)	11.00 WIB	6.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri	

		nyaman,				2 (0-10)
16.00 WIB	6.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 4 (0-10)	12.00 WIB	7.	Berkolaborasi pemberian analgetik secara intravena Hasil : Diberikan analgetik ketorolac 30mg iv	11.30 WIB
17.00 WIB	7.	Berkolaborasi pemberian analgetik secara intravena Hasil : Diberikan analgetik ketorolac 30mg iv	12.30 WIB	8.	Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 3 (0-10)	12.00 WIB
18.00 WIB	8.	Mengkaji skala nyeri Hasil :skala nyeri 4 (0-10)				8.
						Mengkaji skala nyeri Hasil : Skala nyeri 2 (0-10)

4.1.2.5 Evaluasi

Tabel 4.14
Evaluasi

No	Tanggal/hari Jam	Klien 1	Klien 2	Tanda tangan
		09 Januari 2020	11 Januari 2020	
1.		S :Klien mengatakan nyeri berkurang dan mampu mengontrol nyeri O : - Tanda-tanda vital Tekanan darah : 120/80 mmHg Nadi : 89 x/menit Respirasi : 20 x/menit Suhu : 36,3 - Klien tidak tampak meringis - Skala nyeri 2 (0-10) A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan pasien pulang	S : Klien mengatakan nyeri berkurang. O: - Tanda-tanda vital Tekanan darah : 110/80 mmHg Nadi : 90 x/menit Respirasi : 20 x/menit Suhu : 36,6 - Klien tidak tampak meringis - Skala nyeri 2 (0-10) A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan pasien pulang	

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan beberapa kelainan atas kesenjangan untuk diperbandingkan hasil asuhan keperawatan antara dua pasien dengan diagnose keperawatan yang sama (Post Op Laparotomi Eksplorasi dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut), dengan mengacu pada teori dan opini yang dapat disajikan oleh penulis. Asuhan keperawatan telah dilakukan pada klien Tn. A pada tanggal 06 Januari 2020 – 08 Januari 2020 dan pada Tn. Y pada tanggal 08 Januari 2020 – 10 Januari 2020 di ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.

Hal yang mempermudah melakukan asuhan keperawatan adalah respon dari klien dan kooperatif dan membantu dalam mengumpulkan data-data yang dibutuhkan dan kesamaan bahasa antara penulis dengan klien. Adapun uraian secara lengkap pembahasan dari asuhan keperawatan pada Tn. A 47 tahun dan Tn. Y 40 tahun dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis, sebagai berikut:

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap pertama yang penulis lakukan didalam proses keperawatan. Dalam melakukan pengkajian, penulis lebih dahulu melakukan pendekatan tarapeutik dan membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien. Pada tahap ini penulis mengumpulkan data subjektif dan objektif, melakukan observasi, catatan keperawatan dan pemeriksaan fisik.

Pada keluhan utama saat masuk Rumah Sakit kedua klien mengeluh nyeri dibagian kanan bawah. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Deden Dermawan & Tutik Rahayuningsih, 2010) yang mengatakan keluhan utama yang lazim didapatkan adalah keluhan nyeri pada kuadran kanan bawah (local : pada titik mc burney). Sifat nyeri tekan lepas, Demam ringan, Mual muntah, Anoreksia, Spasme otot abdomen – tungkai sulit untuk diluruskan dan konstipasi atau diare.

Pada keluhan utama saat dikaji ditemukan kedua klien yang merupakan POD 1 Post Operasi Laparotomi Eksplorasi mengeluh nyeri, yang dirasakan seperti di sayat – sayat dibagian abdomen bekas operasi, nyeri dirasakan saat klien beraktivitas dan berkurang pada saat istirahat dengan skala nyeri klien pertama 5 (0-10) dan klien kedua dengan skala 4 (0-10). Hal ini sesuai dengan teori (NANDA, 2015) yang mengatakan bahwa keluhan utama pada pasien Post Operasi Laparotomi Eksplorasi umumnya mengeluh nyeri. Nyeri tersebut adalah akut disebabkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan.

Terjadi perbedaan antara klien 1 dengan klien 2 mengenai skala nyeri, hal ini dikaitkan dengan perbedaan persepsi dan respon setiap orang dalam menghadapi sakitnya, dan juga disebabkan akibat perbedaan usia, klien pertama 47 tahun dan klien kedua 40 tahun. Bisa

juga terjadi dengan ukuran luka yang berbeda. Klien pertama dengan ukuran luka ± 12 cm dan klien kedua dengan ukuran luka ± 11 cm.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Dari hasil pengkajian pada kedua klien, penulis menemukan permasalahan dan kemudian dirumuskan menjadi diagnose keperawatan. Diagnosa tersebut di antaranya :

- a. Diagnosa keperawatan yang sering muncul:
 - 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen fisik : insisi bedah, distensi abdomen
 - 2) Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan atau mengabsorpsi nutrient cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic, status puasa: aspirasi NG/usus
 - 3) Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan faktor eksternal ; insisi bedah, radiasi, faktor internal ; obat-obatan, perubahan status nutrisi, perubahan sirkulasi, faktor mekanis; tekanan, friksi.
 - 4) Konstipasi atau diare berhubungan dengan efek-efek anestesi, manipulasi pembedahan, ketidakaktifan fisik, imobilisasi ; inflamasi, iritasi, malabsorpsi usus, nyeri efek obat.
 - 5) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang mengingat, tidak mengenal sumber informasi, salah interpretasi informasi.

- 6) Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan secara oral, (proses penyakit/ prosedur pembedahan), kehilangan berlebihan melalui rute oral ; muntah, diare, kehilangan cairan dari rute abnormal ; *drain indwelling*, penghisap NG, hemoragi, penggantian tak cukup, demam.
 - 7) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer, missal penyakit kronis, prosedur invasive, malnutrisi, lubang dari rongga abdomen/usus dengan kemungkinan kontaminasi, stasis cairan tubuh, perubahan peristaltik.
- b. Diagnosa yang muncul dilapangan namun tidak muncul dalam teori:
- 1) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan adanya keterbatasan gerak. Pada saat pengkajian diagnosa ini muncul pada klien 1 dan 2. Data yang ditemukan adalah klien mengatakan tidak bias melakukan aktivitas mandiri. Hambatan mobilitas fisik adalah keadaan ketika seseorang tidak dapat bergerak bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan, berhubungan dengan cedera fisik pasca operasi.
- c. Diagnosa pada teori yang tidak muncul pada klien 1 dan 2:

- 1) Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pemasukan cairan secara oral. Pada kedua klien tidak ditemukan diagnose ini karena pada saat pengkajian tidak ada tanda-tanda klien 1 maupun 2 mengalami masalah kekurangan cairan dan ditunjang dengan tidak terjadinya penurunan pada natrium.
- 2) Kerusakan integritas jaringan tidak muncul pada klien 1 dan 2 karna tidak terdapat tanda-tanda terjadinya infeksi dan luka klien menunjukkan tanda tanda membaik.
- 3) Kosntipasi atau diare berhubungan dengan efek-efek anestesi, manipulasi pembedahan, ketidakaktifan fisik, imobilisasi ; inflamasi, iritasi, malabsorpsi usus, nyeri efek obat. Pada saat pengkajian klien 1 dan 2 tidak ada tanda-tanda diare.

d. Diagnosa pada teori yang muncul dilapangan:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen fisik: insisi bedah, distensi abdomen. Pada klien 1 dan klien 2 ditemukan keluhan nyeri pada bagian luka operasi dan klien juga tampak meringis kesakitan.
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan primer. Masalah keperawatan ini muncul pada kedua klien terdapat luka operasi dan luka operasi bias menjadi pintu masuk microorganisme dan terjadi infeksi.

- 3) Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan atau mengabsorpsi nutrient cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic, status puasa: aspirasi NG/usus. Pada klien 1 dan 2 terdapat masalah ini pada saat pengkajian, karena pada klien 1 maupun 2 masih puasa dan dipasang NGT.
- 4) Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurang mengingat, tidak mengenal sumber informasi, salah interpretasi informasi. Karena Tn. A selalu bertanya tentang penyakitnya.

Diagnosa yang muncul pada klien adalah nyeri akut berhubungan dengan insisi bedah, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan gerak, resiko infeksi berhubungan dengan insisi kuman pada luka operasi, dan pemenuhan kebutuhan nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

4.2.3 Perencanaan

Perencanaan asuhan keperawatan pada klien post laparotomi eksplorasi dengan diagnosa keperawatan yang diangkat untuk dilakukan analisis asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yaitu nyeri akut berhubungan dengan pembedahan insisi., penulis membuat rencana sesuai dengan langkah dalam tinjauan teoritis yang disesuaikan dengan

kemampuan klien, keluarga dan faktor pendukung sarana prasarana yang tersedia di rumah sakit,

1. Selidiki keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas (skala 0-10) dan factor pemberat/penghilang. Perhatikan petunjuk nonverbal missal melindungi otot, napas dangkal, respons emosi.
2. Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera saat mulai.
3. Pantau tanda-tanda vital.
4. Berikan tindak kenyamanan (mengatur posisi, tehnik relaksasi dan distraksi).
5. Ajarkan tentang tehnik non farmakologi: tehnik relaksasi nafas dalam
6. Ambulasikan pasien sesering mungkin.
7. Berikan analgesic, narkotik, sesuai indikasi

Hal ini tidak sesuai dengan teori karena tidak semua intervensi diberikan pada kedua klien, disesuaikan dengan situasi dan kondisi klien saat itu. Sehingga tidak sesuai dengan sumber Doengoes (2014) yang mengatakan intervensi dapat diberikan pada pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri akut diantaranya :

- a. Selidiki keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas (skala 0-10) dan factor pemberat/penghilang. Perhatikan petunjuk nonverbal missal melindungi otot, napas dangkal, respons emosi.
- b. Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera saat mulai.
- c. Pantau tanda-tanda vital.

- d. Kaji insisi bedah, perhatikan edema ; perubahan kontur luka (pembentukan hematoma) ; atau inflamasi, mengeringnya tepi luka.
- e. Berikan tindak kenyamanan (mengatur posisi, tehnik relaksasi dan distraksi).
- f. Berikan perawatan oral sering, lumasi bibir dan cuping hidug (bila ada selang NG). plester selang sehingga tidak ada tekanan cuping hidung.
- g. Pertahankan kepatenan selang NG/ drainase intestinal, irigasi sesuai indikasi. Perhatikan adanya nyeri gas pasase dari flatus.
- h. Palpasi kandung kemih terhadap distensi bila berkemih ditunda.
- i. Ambulasikan pasien sesering mungkin.
- j. Anjurkan napas melalui hidung sebagai pengganti mulut.
- k. Berikan analgesic, narkotik, sesuaiindikasi,
- l. Kateterisasi sesuai kebutuhan

Adapun rencana keperawatan yang penulis dapatkan dalam teori namun tidak dilakukan di kllien :

- a Berikan perawatan oral sering, lumasi bibir dan cuping hidug (bila ada selang NG). plester selang sehingga tidak ada tekanan cuping hidung.

Intervensi ini tidak dilakukan karena pada klien 1 dan 2 tidak ada terdapat cuping hidung dan tidak terdapat selang NGT.

- b. Palpasi kandung kemih terhadap distensi bila berkemih ditunda.

Intervensi ini tidak dilakukan karena klien sudah terpasang kateter dan tidak terdapat distensi kandung kemih.

c. Kateterisasi sesuai kebutuhan

Intervensi ini tidak dilakukan karena klien sudah terpasang kateter.

d. Pertahankan kepatenan selang NG/ drainase intestinal, irigasi sesuai indikasi. Perhatikan adanya nyeri gas pasase dari flatus.

Intervensi ini tidak dilakukan karena klien tidak terpasang NGT.

4.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilaksanakan sesuai perencanaan yang telah dibuat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post laparatomi eksplorasi dan kondisi klien di lapangan. Adapun hal yang mendukung dalam hal ini adalah kesediaan klien dan keluarga dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Implementasi dari diagnose keperawatan nyeri akut yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 adalah:

1. Mengkaji karakteristik nyeri klien seperti lokasi, penyebab, skala dan sifat
2. Mengobservasi tanda-tanda vital
3. Mengajarkan tehnik non farmakologi : tehnik relaksasi nafas dalam
4. Mengkaji skala nyeri setelah melakukan terapi non farmakologi
5. Memposisikan klien dalam posisi semi fowler
6. Memberikan terapi analgetik

Dengan hasil yang didapat penulis setelah melakukan implementasi sebagai berikut :

Pada hari pertama dilakukan intervensi kepada klien 1 dan klien 2 didapatkan hasil: pada klien 1 di hari pertama yaitu mengatur posisi semi fowler, mengajarkan terapi nafas dalam, dan memberikan terapi farmakologis analgetik ketorolac 30mg melalui iv, setelah dilakukan evaluasi terjadi penurunan skala nyeri dari skala 5 menjadi 4 (0-10), klien tampak nyaman setelah diberikan posisi semi fowler sedangkan pada klien 2 tidak terjadi penurunan skala nyeri 4 (0-10) klien tampak tenang dan nyaman.

Pada hari kedua dilanjutkan dengan memberikan intervensi yang sama seperti hari pertama yaitu mengatur posisi semi fowler, mengobservasi terapi nafas dalam, dan memberikan terapi analgetik ketorolac 30 mg melalui iv, hasil yang didapatkan yaitu pada pasien pertama terjadi perubahan skala nyeri namun tidak sesuai dengan kriteria hasil dimana skala nyeri klien pertama 3 (0-10). Namun, pada pasien kedua terjadi perubahan yang positif dimana skala nyeri pada pasien kedua menurun menjadi 3 (0-10) ditandai dengan klien mengatakan nyeri berkurang dan pasien merasa nyaman dan tenang dan mampu menontrol nyeri sendiri.

Pada hari ketiga setelah dilakukan intervensi terjadi perubahan yang positif pada klien pertama dimana skala nyeri dari 3 menurun

menjadi 2 (0-10) ditandai dengan klien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang, klien tampak tenang dan nyaman. karena Kedua klien masih memiliki skala nyeri, hal ini bisa terjadi karena persepsi setiap orang terhadap skala nyeri itu berbeda, dan bisa juga karena POD kedua klien masih terbilang dini sehingga persepsi terhadap nyeri masih terasa.

Hal ini sesuai dengan intervensi dari sumber setiadi (2012) yang mengatakan tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan.

4.2.5 Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang dilakukan, dengan mengacu pada tujuan yang terdapat pada perencanaan, dimana tahap ini berguna untuk menilai kemajuan atau kemunduran kondisi klien setelah dilakukan asuhan keperawatan dari evaluasi didapatkan persamaan antara klien 1 dan 2 walaupun skala nyeri awal klien berbeda dan teknik yang dilakukan pada klien sama yaitu teknik relaksasi nafas dalam. Adapun perbedaan antara klien 1 dan 2 pada evaluasi hari 3 yaitu

- a. Klien 1 yaitu Tn. A keluhan nyeri pada saat dikaji berada pada skala 5 (1-10) dan saat di evaluasi hari ke-3 yaitu 2 (0-10).
- b. Klien 2 yaitu Tn. Y pada saat dikaji skala nyeri 4 (0-10) dan pada hari ke-3 klien mengatakan skala nyerinya 2 (0-10)

Tidak sepenuhnya skala nyeri dapat berkurang menjadi 0 karena observasi hanya dilakukan selama 3 hari. Dan penurunan intensitas nyeri dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam antara 2 sampai 3 skala nyeri saja. Penurunan nyeri juga berhubungan dengan proses penyembuhan luka pada yaitu berada pada fase proliferasi. Intervensi pada kedua klien dilanjutkan di rumah, dikarenakan klien pulang. Intervensi yang dilanjutkan yaitu relaksasi nafas dalam.

Evaluasi di lapangan dilakukan pada hari ketiga pelaksanaan asuhan keperawatan dengan metode SOAP, karena kedua klien diperbolehkan pulang sesuai advis dokter dan telah mencapai kriteria hasil. Dimana klien pertama mengatakan nyeri berkurang dan mampu mengontrol nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam, Tanda-tanda vital dalam batas normal Tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi : 89 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 36,3 , Klien tidak tampak meringis, Skala nyeri berkurang dari 5 menjadi 2 (0-10). Klien kedua mengatakan nyeri berkurang dan mampu mengontrol nyeri dengan tehnik relaksasi nafas dalam, Tanda-tanda vital dalam batas normal Tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 90 x/menit, Respirasi : 20 x/menit, Suhu : 36,6 , Klien tidak tampak meringis, Skala nyeri berkurang dari 4 menjadi 2 (0-10).

Hal ini sesuai dengan teori dari sumber Dermawan (2012) yang mengatakan Menurut Dermawan (2012) untuk memudahkan perawat

mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan metode SOAP / SOAPIE / SOAPIER..

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Setelah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien *Post Op* Laparatomy Eksplorasi atas indikasi Appendisit Perforasi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di ruang Wijaya Kusuma RSUD Ciamis klien 1 Tn. A selama 3 hari yang mulai tanggal 6 Januari 2020 – 8 Januari 2020 dan klien 2 Tn. Y dimulai tanggal 8 Januari 2020 – 10 Januari 2020 dengan menggunakan proses keperawatan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan yaitu :

5.1.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap pertama yang penulis lakukan didalam proses keperawatan. Dalam melakukan pengkajian, penulis lebih dahulu melakukan pendekatan tarapeutik dan membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien. Pada tahap ini penulis mengumpulkan data subjektif dan objektif, melakukan observasi, catatan keperawatan dan pemeriksaan fisik.

Pada keluhan utama saat masuk Rumah Sakit kedua klien mengeluh nyeri dibagian kanan bawah. Hal ini sesuai dengan teori menurut (Deden Dermawan & Tutik Rahayuningsih, 2010) yang mengatakan keluhan utama yang lazim didapatkan adalah keluhan nyeri pada kuadran kanan bawah (local : pada titik mc burney). Sifat

nyeri tekan lepas, Demam ringan, Mual muntah, Anoreksia, Spasme otot abdomen – tungkai sulit untuk diluruskan dan konstipasi atau diare.

Pada keluhan utama saat dikaji ditemukan kedua klien yang merupakan POD 1 Post Operasi Laparatomi Eksplorasi mengeluh nyeri, yang dirasakan seperti di sayat – sayat dibagian abdomen bekas operasi, nyeri dirasakan saat klien beraktivitas dan berkurang pada saat istirahat dengan skala nyeri klien pertama 5 (0-10) dan klien kedua dengan skala 4 (0-10). Hal ini sesuai dengan teori (NANDA, 2015) yang mengatakan bahwa keluhan utama pada pasien Post Operasi Laparatomi Eksplorasi umumnya mengeluh nyeri. Nyeri tersebut adalah akut disebabkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan.

Terjadi perbedaan antara klien 1 dengan klien 2 mengenai skala nyeri, hal ini dikaitkan dengan perbedaan persepsi dan respon setiap orang dalam menghadapi sakitnya, dan juga disebabkan akibat perbedaan usia, klien pertama 47 tahun dan klien kedua 40 tahun. Bisa juga terjadi dengan ukuran luka yang berbeda. Klien pertama dengan ukuran luka ± 12 cm dan klien kedua dengan ukuran luka ± 11 cm.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah data-data dikumpulkan maka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 1 adalah nyeri akut post op laparatomy eksplorasi berhubungan dengan insisi bedah, hambatan mobilitas fisik post op

laparotomy eksplorasi berhubungan dengan keterbatasan gerak, resiko infeksi post op laparotomy eksplorasi berhubungan dengan infeksi kuman pada luka operasi, Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan. Diagnosa yang muncul pada klien II adalah adalah nyeri akut post op laparotomy eksplorasi berhubungan dengan insisi bedah, hambatan mobilitas fisik post op laparotomy eksplorasi berhubungan dengan keterbatasan gerak, resiko infeksi post op laparotomy eksplorasi berhubungan dengan infeksi kuman pada luka operasi, Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

5.1.3 Perencanaan

Perencanaan asuhan keperawatan pada klien post laparotomi eksplorasi dengan diagnosa keperawatan yang diangkat untuk dilakukan analisis asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 yaitu nyeri akut berhubungan dengan pembedahan insisi. penulis membuat rencana sesuai dengan langkah dalam tinjauan teoritis yang disesuaikan dengan kemampuan klien, keluarga dan faktor pendukung sarana prasarana yang tersedia di rumah sakit.

1. Selidiki keluhan nyeri, perhatikan lokasi, intensitas (skala 0-10) dan factor pemberat/penghilang. Perhatikan petunjuk nonverbal misal melindungi otot, napas dangkal, respons emosi.
2. Anjurkan pasien untuk melaporkan nyeri segera saat mulai.

3. Pantau tanda-tanda vital.
4. Berikan tindak kenyamanan (mengatur posisi, tehnik relaksasi dan distraksi).
5. Ajarkan tentang tehnik non farmakologi: tehnik relaksasi nafas dalam
6. Ambulasikan pasien sesering mungkin.
7. Berikan analgesic, narkotik, sesuai indikasi

5.1.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilaksanakan sesuai perencanaan yang telah dibuat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post laparatomi eksplorasi dan kondisi klien di lapangan. Adapun hal yang mendukung dalam hal ini adalah kesediaan klien dan keluarga dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Implementasi dari diagnose keperawatan nyeri akut yang dilakukan pada pasien 1 dan 2 adalah:

1. Mengkaji karakteristik nyeri klien seperti lokasi, penyebab, skala dan sifat
2. Mengobservasi tanda-tanda vital
3. Mengajarkan tehnik non farmakologi : tehnik relaksasi nafas dalam
4. Memposisikan klien dalam posisi semi fowler
5. Memberikan terapi analgetik

Pada pelaksanaan pertama klien diajarkan tindakan relaksasi nafas dalam dengan sepenuhnya dibantu penulis, sedangkan pada pelaksanaan kedua penulis hanya mengobservasi hasil dari tindakan relaksasi nafas dalam dan pelaksanaan teknik relaksasi nafas dalam dilakukan secara mandiri.

5.1.5 Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan adalah hasil dari asuhan keperawatan berdasarkan observasi langsung dan pernyataan baik dari klien maupun keluarga klien. Dilihat dari keberhasilan asuhan keperawatan pada Klien 1 dan Klien 2 semua masalah teratasi sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

5.2. Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 Post Op Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Appendisit Perforasi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis, klien 1 dimulai dari tanggal 6 Januari 2020 – 8 Januari 2020 dan klien 2 dimulai dari tanggal 08 Januari 2020 – 10 Januari 2020, ada beberapa hal yang penulis saran kan yaitu, untuk :

5.2.1 Untuk Institusi Pendidikan

Penulis berkeinginan agar penulisan ini menambah referensi tentang Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Laparatomi Eksplorasi dengan nyeri akut baik di dalam kampus maupun diluar kampus Universitas Bhakti Kencana Bandung.

5.2.2 Untuk Rumah Sakit

Diharapkan kepada lembaga rumah sakit agar dapat menangani klien dengan cepat, siaga dan sesuai dengan standar prosedur keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Dermawan, Denden. Rahayuningsih, Tutik. (2010). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

Doengoes, M.E Moorhouse. M.F dan Geissler (2014). *Rencana Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.

https://www.researchgate.net/figure/pain-score-categorization-of-the-Numerical-Rating-Scale_fig2_277086616 (Diakses pada tanggal 12 April 2020)

https://www.researchgate.net/figure/Visual-analogue-scale-VAS-for-assessment-of-childrens-pain-perception_fig1_259499877 (Diakses pada tanggal 12 April 2020)

Jitowiyono, Sugeng. Kristianasari, Weni. (2012). *Asuhan Keperawatan Post Operasi*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Josef E. Fischer, K. I. (2018). *mastery of surgery*.

Notoamodjo, S. (2018). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Paulina, S. (2015). *Appendicitis*. U.S Dapartemen of Health and hum*in.

Retrieved Juni senin, 2020, from <http://www.helathfinder.gov>.

Sjamsuhidajat, R. W. (2010). *Buku Ajar Ilmu Bedah Edisi 3*. Jakarta Indonesia: EGC.

Sulistiyo, Andarmoyo. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media.

Syaifudin. (2011). *Anatomi Fisiologi Sistem Pencernaan kurikulum berbasis kompetensi*. Buku Kedokteran.

Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Suriana, Endang Ninik, Baiq Dewi H., Wahyu Eko Suciati, 2014. Penurunan Nyeri Pasca Laparatomi Menggunakan Tehnik Relaksasi Pernafasan. *Jurnal Keperawatan*




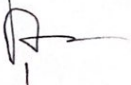
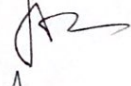
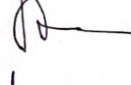
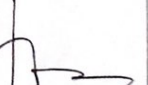
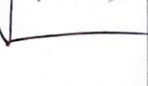
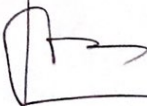
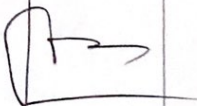
Yuzrial, Zarni Zamzahar, Elisa Anas, 2012. Pengaruh Tehnik Relaksasi Nafas Dalam dan Masase Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Pasca Apendiktomi di Ruang Bedah RSUD DR.M.Zein Painan. *Jurnal Ilmu Kesehatan*

EMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Lalu Riath Afriza Adha

NIM : AKX.17.039

Nama Pembimbing : Drs. H. Rachwan Herawan, Bsc.An.,M.Kes





NO	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	11 April 2020	Bimbingan bab 1	
2.	12 April 2020	Bimbingan bab 1	
3.	13 April 2020	Bimbingan BAB 1	
4.	22 April 2020	Bimbingan Bab 1	
5.	28 April 2020	Bimbingan Bab 2, 3, 4, 5	
6.	1 Mei 2020	Bimbngan Bab 2, 3, 4, 5	
7.	10 Mei 2020	Bimbingan bab 2, 3, 4, 5	
8.	12 Mei 2020	Bimbingan bab 2, 3, 4, 5	
9.	18 Mei 2020	Bimbingan bab 1, 2, 3, 4, 5 acc	
10.	18 juli 2020	Kirim draf acc daftar sidang	




LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Lalu Riath Afriza Adha

NIM : AKX.17.039

Nama Pembimbing : Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep

NO	TANGGAL	SARAN & PERTIMBANGAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	22 April 2020	Bimbingan bab 1 via google meet latar belakang mengerucut dari penyakit antar paragraph yang berkaitan, data terbaru BAB II, BAB III, BAB IV	
2.	26 April 2020	BAB I <ul style="list-style-type: none">- Angka kejadian di ringkas- Tahun sumber cari terbaru	
3.	1 Mei 2020	Bimbingan BAB II <ul style="list-style-type: none">- Tambahkan anatomi appendik- Konsep askep cekk lagi	
4.	04 Mei 2020	Bimbingan Bab III <ul style="list-style-type: none">- Kesan penelitian	

		dijelaskan	
		- Batasan istilah disesuaikan dengan judul dan jelaskan etika penelitian	
5.	12 Mei 2020	Bimbingan Bab IV	
		- Keluhan utama tidak usah pakai data luka	
		- Etiologi tanda panah kebawah	
6.	28 Mei 2020	Bab IV	
		- Pemberin intervensi harus komprehensif	
		- Implementasi disesuaikan	
7.	26 Juli 2020	- Lengkapi draft KTI	
		- Acc sidang	

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)

MENJADI PASIEN KELOLAAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : Tn. A

Jenis Kelamin/ No RM : Laki-laki / 442610

Umur : 47 tahun

Diagnosa medis/ Ruang : Apandisitisi Perforasi / Wiyak Kencana

Alamat : Rt. 03 / Rw. 18 Ling. Kalapajajar Lab Ciamis

telah memperoleh penjelasan dan bersedia dengan sepenuhnya untuk menjadi pasien ketolan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa :

Nama Mahasiswa : Lalu Prath Amza Adha

NIM : Alex. 17.039

Fakultas : Keperawatan

Institusi : Universitas Bhakti Kencana Bandung

Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

di Jakarta 2019

Pasien



Tn. A
Tanda tangan dan nama lengkap





LEMDAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Lola Riadh Aprina Arha
NIM : 17.039
NAMA PASIEN : Tn. A
DIAGNOSA MEDIS : APENDISITIS PERITONIAS

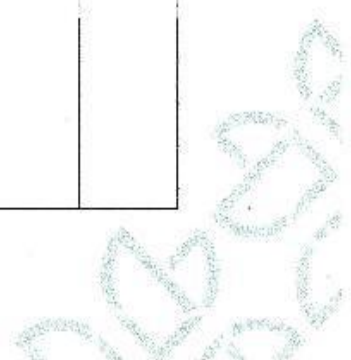
No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
1	01/Jan/2020	10.00		Mengaji karakteristik nyeri klien seperti iritasi, penyebab skala dan sifat hasil : Nyeri di daerah luka post op. skala nyeri 5.		Pmb.
		10.20		Mengobservasi tanda-tanda vital klien hasil : TO : 130mmHg N : 110 x/menit. R : 20 x/menit.		Pmb.
		10.45		Mengajarkan klien teknik relaksasi napas dalam hasil : Tn. A mengatakan nyeri berkurang.		Pmb.
		10.50		Mengaji skala nyeri hasil : skala nyeri 5 (0-10).		Pmb.
		11.00		Memposisikan Tn. A dalam posisi semi Fowler. Hasil : Klien merasa nyaman.		Pmb.

01/Jan/2020

LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA :
 NIM :
 NAMA PASIEN :
 DIAGNOSA MEDIS :

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	06/09/20	12.00		Mengkas: skala nyeri Hasil: skala nyeri 3 (0-10).	Ar	Rmb
		12.50		Berpartisipasi pemberian Analgetik secara Intravena. Hasil: Analgetik ketorelac Zony IV.		
		14.00		Mengkas: skala nyeri. Hasil: Skala nyeri 4 (0-10)	Ar	Rmb

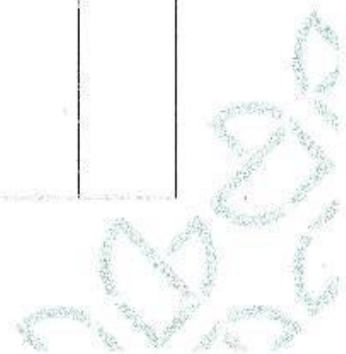




LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASULIAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Lalea Rialia Azzahra
NIM : AK 17 039
NAMA PASIEN : Tia A
DIAGNOSA MEDIS : Appendisitis Perforasi

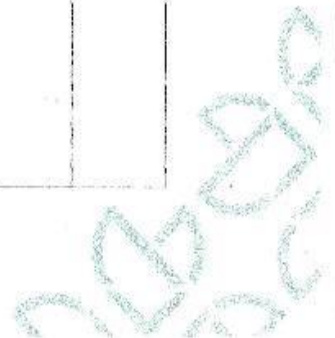
No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	07/07/20	08.00		Mengobservasi skala nyeri & hasil: Skala nyeri 4 (0-10).	/r	Riant
		08.05		Mengobservasi tanda-tanda vital hasil: TD: 120/80 N: 96 x/menit R: 20 x/menit		
		08.30		Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam. hasil: Tia A mengatakan nyeri berkurang.		
		09.00		Mengkas skala nyeri & hasil: Skala nyeri 4 (0-10).		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Lulu Puath Arita A
 NIM : 2107039
 NAMA PASIEN : Tn. A
 DIAGNOSA MEDIS : Appendisitis Perforasi

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	09/02/20	11.30		Memposisikan klien dalam posisi semi Fowler hasil: Tn. A merasa nyaman		Puath
		12.15		Mengukur skala nyeri hasil: skala nyeri 4 (0-10)		
		14.00		Berkonsultasi pemberian analgesik hasil: pemberian ketorolac 30mg IV		Puath
		14.50		Mengukur skala nyeri hasil: skala nyeri 3		





LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASIHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOJAAAN

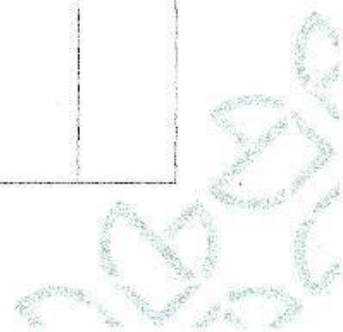
NAMA MAHASISWA: Lulu Reth Apriza Adha
NIM: Ak. 17.039
NAMA PASIEN: M. A.
DIAGNOSA MEDIS: appendisitis perforans

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	18/01/20	08.30		Mengobservasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 3 (0-10)	An	Reth
		09.00		Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD: 20/80 mmHg N: 89 x/menit P: 20 x/menit S: 36,3°C		
		09.30		Mengajarkan untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Hasil: M. A. mengatakan skala nyeri berkurang.	An	Reth

LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUIAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Natu Puah Atewa - A.
 NIM : 202117039
 NAMA PASIEN : Tn. A
 DIAGNOSA MEDIS : Art. pascaxeni

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	08/01/20	11.00		- menempatkan klien dalam posisi semi pronen +last : klien tidak tampak sesak, jalan napas nyaman.	<i>Ar</i>	<i>Puah</i>
		13.00		- Mengkas: skala nyeri Hasil: skala nyeri 2(0-6)	<i>Ar</i>	<i>Puah</i>



SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN (PSP)
MENJADI PASIEN KELOLAAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Pasien : Tn. Y
Jenis Kelamin/ No RM : Laki - Laki / 552161
Umur : 40 Tahun
Diagnosa medis/ Ruang : Appendicitis Perforasi
Alamat : Ciamis Laki RT. 09 / RW. 08. Ciamis

telah memperoleh penjelasan dan bersedia dengan sepenuhnya untuk menjadi pasien kelolaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa :

Nama Mahasiswa : Lulu Rizka Afana Adha
NIM : Akd. 17.039
Fakultas : Keperawatan
Institusi : Universitas Bhakti Kencana Bandung

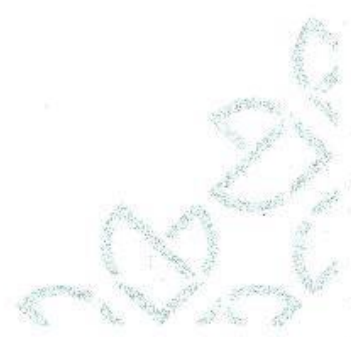
Demikian surat pernyataan persetujuan ini saya sampaikan.

di Ciamis Jawa Barat 2019

Pasien

Tn. Y
Tn. Y

Tanda tangan dan nama lengkap





LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

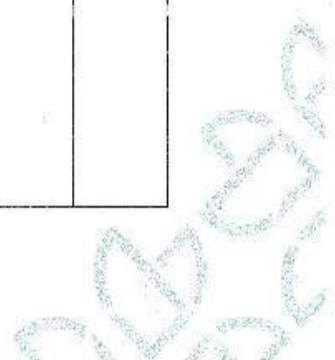
NAMA MAHASISWA : Laila Rianti Azzahra A
NIM : 19.029
NAMA PASIEN : J.A.
DIAGNOSA MEDIS : Hipertensi

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan ITD Pasien	Nama Dan ITD Mhs
	08/0/20	19.15		Mengungkap karakteristik Nyeri, seperti lokasi, skala dan sifat. Hasil: Nyeri 8 derajat luka post op, skala nyeri 4 (0-10).		Ya
		19.20		Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD: 120/90. N: 90 x/menit. R: 20 x/menit.		Ya
		19.35		Mengajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam Hasil: Th. X mengatakan nyeri berkurang.		
		19.40		Mengkaji skala nyeri: Hasil: Skala nyeri 4 (0-10)		

LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Lulu Riadh Afriya - A
 NEM : Alex 17 039
 NAMA PASIEN : Imy
 DIAGNOSA MEDIS : App. perforce

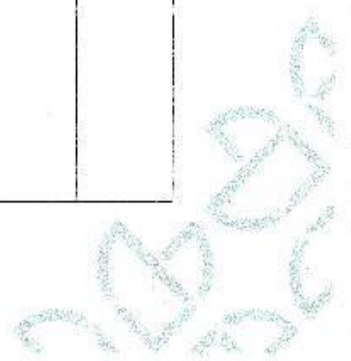
No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	08/01/20	15.00		- memposisikan klien dalam posisi semi Fowler Hasil : klien tampak tidak mengis dan merasa tenang		
		16.00		- mengukur skala nyeri Hasil : skala nyeri 9 (0-10)		
		17.00		- Berkolaborasi pemberian analgetik secara IV. Hasil : pemberian analgetik ketorolac sang IV.		
		18.00		- Mengukur skala nyeri Hasil : skala nyeri 3 (0-10)		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN



NAMA MAHASISWA : Lulu Diah Afrida
 NIM : 17.0239
 NAMA PASIEN : Siti Y.
 DIAGNOSA MEDIS : App Postpartum

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	09/01/2020	08.00		Mengobservasi skala nyeri Hasil : skala nyeri nyeri : 9 (0-10)	<u>Ym</u>	
		08.10		mengobservasi tanda-tanda vital Hasil : TD : 120 / 80 mmHg N : 90 x/menit		
		08.30		Mengajarkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam. Hasil : klien mengatakan nyeri berkurang	<u>Ym</u>	
		08.40		Mengukur skala nyeri Hasil : skala nyeri 9 (0-10)		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUIAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Lulu Nieth Arna A
 NIM : 20.19.039
 NAMA PASIEN : Thy
 DIAGNOSA MEDIS : Asp. Refractor

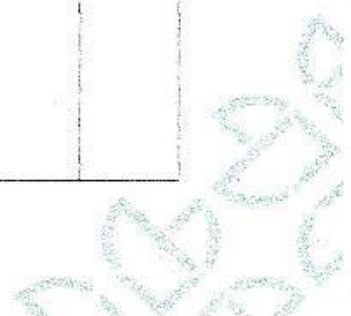
No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	09/01/20	11.00		menposisikan kaki jalan posisi semi Fowler. hasil : pasien merasa tenang.		
		11.20		mengkaji skala nyeri. hasil : skala nyeri 9 (0-10)		
		12.00		Berkelambas pemberian analgetik W. hasil : pemberian analgetik ketorolak 30mg secara W.		
		12.30		mengkaji skala nyeri. hasil : skala nyeri 9 (0-10)		

(Faint blue watermark or stamp)

LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Lalu Riata Afriza A
 NIM : 16.13.039
 NAMA PASIEN : Tn. Y
 DIAGNOSA MEDIS : DM perorangan

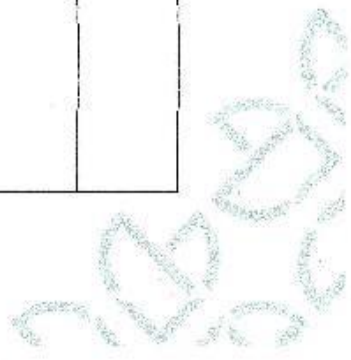
No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	14/01/20	09.00		- mengobservasi skala nyeri 3 hasil : skala nyeri 3 (0-10)		
		09.15		- mengobservasi tanda-tanda vital : Tensi : TD : 110/80 mmHg. N : 90x/menit. R : 20x/menit.		
		09.30		- mengajarkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam hasil : Tn. Y mengatakan nyeri berkurang		
		09.50		- mengukur skala nyeri hasil : skala nyeri 2 (0-10)		



LEMBAR OBSERVASI MAHASISWA
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN KELOLAAN

NAMA MAHASISWA : Lulu Liath Afrida
 NIM : 17.030
 NAMA PASIEN : Tasya
 DIAGNOSA MEDIS : ppp pertama

No	Tanggal	Jam	Dx	Implementasi Dan Hasil	Nama Dan TTD Pasien	Nama Dan TTD Mhs
	09/01/2019			- memposisikan klien dalam posisi semi Fowler Hasil : klien tampak lebih tenang dan merasa nyaman.	Ym	
		11.00		- mengukur skala nyeri Hasil : skala nyeri 2 (0-10).		
		11.30		- berkolaborasi pemberian analgetik Hasil : pemberian analgetik ketorolac 30 mg IV.	Ym	
		12.00		- mengukur skala nyeri Hasil : skala nyeri 2 (0-10).		





LEMBAR JUSTIFIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : NINA UHNIAWATI, S.Kep., Ners., M.Kep.

NIK : 02.009072017

Menyatakan bahwa mahasiswa :

Nama : Lala Ruth Afrida Adha

NIM : Akx.17.039

Prodi : DIK. KEPERAWATAN

Judul : ASIHAN KEPERAWATAN PADA TN A POST OP LAPARATOMI EKSPLORASI ATAS INDIKASI APENDISITIS PERFORASI DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG WILAJADA KUSUMA RSUD CIAMIS

Masalah Keperawatan : NYERI AKUT ~~BERDASAR KASUS KEPERAWATAN~~

Telah selesai melakukan justifikasi pada tanggal 03 Bulan 01 Tahun 2020 bertempat RSUD CIAMIS dan dinyatakan setuju untuk melanjutkan pengambilan kasus kedua serta penyusunan laporan Karya Tulis Ilmiah nya.
Demikian Surat Pernyataan ini saya buat untuk di gunakan sebagaimana mestinya.

Dosen Yang Justifikasi

(Nina Uhaniawati, S.Kep., Ners., M.Kep.)

Tanda tangan dan nama lengkap



Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Masase Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien Pasca Apendiktomi di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan

Yusrizal^a, Zarni Zamzahar^b,
Eliza Anas^c

^aRSUD Painan

^bRSUP Dr.M.Djamil Padang

^cUniversitas Andalas

Abstract: *The purpose of this study was to determine the effect of deep breathing relaxation techniques and massage to decrease pain in patients with post appendiktomi in Surgical Room Dr M Zein Painan hospital. This research uses quasi-experimental design with pretest-posttest design with control group. The sampling technique is purposive sampling with a sample of 20 people. Data collection is done by using a verbal description scale (verbal descriptor scale) for pain scale. Data analysis is done with a paired t test to assess the differences before and after intervention in each group and mann whitney test to assess differences between groups. The results of this study indicate differences in the average level of pain control group pretest- posttest is 2.30 and the average difference in the pain level experiments before and after deep breathing relaxation techniques and massage are 3:50 Results of statistical tests and the control group experiment in getting value $p = 0.000$ ($p < 0.05$). Be concluded that the technique of deep breathing and relaxation massage can reduce pain scale at the post appendiktomi clients. It is advisable to apply a deep breath and relaxation techniques of massage as one of the non- pharmacological techniques to reduce pain in post-appendiktomi clients.*

Keywords: *Relaxation Techniques Breath In and Massase, Pain Scale, Apendiktomi*

Abstrak: Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi nafas dalam dan masase terhadap penurunan nyeri pada pasien pasca apendiktomi di ruangan bedah RSUD Dr. M. Zein Painan. Penelitian ini menggunakan desain *quasi-eksperimen* dengan rancangan *pretest-posttest with control group*. Teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling* dengan sampel 20 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan skala deskripsi verbal (*verbal descriptor scale*) untuk skala nyeri. Analisa data dilakukan dengan uji t berpasangan untuk menilai perbedaan sebelum dan sesudah intervensi pada masing-masing kelompok dan uji *mann whitney* untuk menilai perbedaan antar kelompok. Hasil penelitian ini menunjukkan perbedaan rata-rata skala nyeri kelompok kontrol pretest–posttest adalah 2,30 dan perbedaan rata-rata skala nyeri kelompok eksperimen sebelum dan sesudah pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan masase adalah 3.50. Hasil uji statistik kelompok eksperimen dan

kontrol di dapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$). Di simpulkan bahwa teknik relaksasi nafas dalam dan masase dapat menurunkan skala nyeri pada klien pasca apendiktomi. Disarankan untuk menerapkan teknik relaksasi nafas dalam dan masase sebagai salah satu teknik non farmakologi yang dapat menurunkan nyeri pada klien pasca apendiktomi.

Kata Kunci: Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Masase, Skala Nyeri, Apendiktomi

Apendisitis adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran kanan bawah rongga abdomen, penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer, 2001). Apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering (Mansjoer, 2000).

Apendisitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun jarang dilaporkan. Insiden tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun, setelah itu menurun. Insiden pada laki-laki dan perempuan umumnya sebanding, kecuali pada umur 20-30 tahun insiden laki-laki lebih tinggi (Sjamsuhidajat, 2005)

Keluhan apendisitis biasanya bermula dari nyeri di daerah umbilikus atau periumbilikus yang disertai dengan muntah. Dalam 2-12 jam nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan. Terdapat juga keluhan anoreksia, malaise, dan demam yang tidak terlalu tinggi. Biasanya juga terdapat konstipasi, tetapi kadang-kadang terjadi diare, mual, dan muntah. Pada permulaan timbulnya penyakit belum ada keluhan abdomen yang menetap. Namun dalam beberapa jam nyeri abdomen bawah akan semakin progresif, dan dengan pemeriksaan seksama akan dapat ditunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Perkusi ringan pada kuadran kanan bawah dapat membantu menentukan lokasi nyeri. Nyeri lepas dan spasme biasanya juga muncul. Bila tanda rovsing, psoas, dan obturator positif, akan semakin meyakinkan diagnosa klinis (Mansjoer, 2000).

Menurut *International Association for Study of Pain* (IASP), nyeri adalah sensori subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang didapat terkait dengan

kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Tamsuri, 2007).

Nyeri pasca operasi mungkin sekali disebabkan oleh luka operasi, tetapi kemungkinan sebab lain harus dipertimbangkan. Sebaiknya pencegahan nyeri sebelum operasi direncanakan agar penderita tidak terganggu oleh nyeri setelah pembedahan. Cara pencegahan tergantung pada penyebab dan letak nyeri dan keadaan penderitanya (Sjamsuhidajat, 2002).

Penanganan nyeri dengan teknik non farmakologi merupakan modal utama menuju kenyamanan (Catur, 2005). Dipandang dari segi biaya dan manfaat, penggunaan manajemen non farmakologi lebih ekonomis dan tidak ada efek sampingnya jika dibandingkan dengan penggunaan manajemen farmakologi. Selain juga mengurangi ketergantungan pasien terhadap obat-obatan (Burroughs, 2001).

Selain penanganan secara farmakologi, cara lain adalah dengan manajemen nyeri non farmakologi dengan melakukan teknik relaksasi, yang merupakan tindakan eksternal yang mempengaruhi respon internal individu terhadap nyeri. Manajemen nyeri dengan tindakan relaksasi mencakup relaksasi otot, nafas dalam, masase, meditasi dan perilaku. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan

intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenisasi darah (Smeltzer & Bare, 2002). Massase didefinisikan sebagai tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau meningkatkan sirkulasi (Henderson, 2006 Dikutip dari Yunita,2010).

Penelitian yang telah membuktikan tentang keberhasilan teknik relaksasi nafas dalam dan masase menurunkan tingkat nyeri diantaranya penelitian Maulana (2003) yang meneliti tentang “Pengaruh Pemberian Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Tingkat Nyeri Post Partum Di RSUD Bantul”. Dari hasil penelitiannya tersebut menunjukkan bahwa ada pengaruh yang bermakna pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan tingkat nyeri post partum di RSUD Bantul. Juga penelitian Siswati (2010) tentang pengaruh masase kulit terhadap penurunan rasa nyeri pada pasien post apendiktomi di Rindu B2 RSUP H. Adam Malik Medan. menunjukkan bahwa ada pengaruh yang bermakna pemberian masase kulit terhadap penurunan nyeri post apendiktomi.

Pelaksanaan manajemen nyeri non farmakologi di lapangan belum sepenuhnya dilakukan oleh perawat dalam mengatasi nyeri. RSUD Dr. M. Zein Painan adalah rumah sakit pemerintah yang menjadi pusat rujukan bagi puskesmas di wilayah kabupaten Pesisir Selatan dan jumlah pasien rawat inap yang terlalu banyak, rata-rata pasien 120-130 perbulan sehingga membuat perawat sibuk dalam menjalankan pekerjaannya tersebut, Jumlah perawat di ruangan bedah hanya

16 orang. Perawat hanya menjalankan terapi yang sudah diatur oleh dokter sehingga manajemen non farmakologi dalam mengatasi nyeri belum dilakukan dengan maksimal. Kebanyakan perawat melaksanakan program terapi hasil dari kolaborasi dengan dokter untuk menghilangkan atau meringankan nyeri pada pasien. Jika dengan manajemen nyeri

non farmakologi belum juga berkurang atau hilang maka barulah diberikan analgesik.

Studi pendahuluan yang peneliti lakukan di RSUD Dr. M. Zein Painan dari catatan medical record (MR) yang dilihat 3 bulan terakhir yaitu pada bulan September-November 2011, didapatkan jumlah pasien yang terdiagnosa apendisitis yaitu 45 orang dan apendisitis merupakan penyakit terbanyak di ruangan bedah RSUD Dr. M. Zein Painan. Dari survei peneliti di ruangan bedah terdapat 18 orang pasien, 6 orang di antaranya pasca apendiktomi, yang masing-masing 4 orang diantaranya mengalami nyeri berat dan 2 orang mengalami nyeri ringan. Pasien mengatakan mereka mendapatkan obat untuk mengurangi nyeri sesudah operasi, namun setelah minum obat, 4 orang mengatakan masih nyeri dan 2 orang mengatakan nyerinya berkurang sedikit. Kalau nyeri tidak juga teratasi maka akan memberikan dampak kepada pasien seperti meningkatnya tekanan darah, takikardi, tidak bisa tidur/istirahat, cemas dan lain- lain.

Berdasarkan wawancara dengan tiga orang perawat, mereka mengetahui teknik relaksasi nafas dalam dan masase dapat menurunkan nyeri, namun mereka belum mau melaksanakan teknik relaksasi ini, karena mereka menganggap bahwa penggunaan analgesik memberikan efek kerja yang lebih cepat dari pada menggunakan teknik relaksasi atau tindakan non farmakologi. Fakta yang terjadi saat ini di RSUD Dr. M. Zein Painan, perawat belum secara efektif melaksanakan intervensi keperawatan teknik relaksasi nafas dalam dan masase dalam penanganan nyeri pasca apendiktomi, sehingga tidak diketahui secara pasti apakah memang benar ada pengaruh teknik relaksasi nafas dalam dan masase terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca apendiktomi sesuai dengan referensi atau teori yang ada.

Berdasarkan fenomena diatas, peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian mengenai pengaruh teknik relaksasi nafas

dalam dan masase terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca apendiktomi di ruangan bedah RSUD Dr. M. Zein Painan tahun 2012.

METODE

M. Penelitian ini menggunakan desain *quasi-eksperimen* dengan rancangan *Pretest-Posttest with Control Group* (Notoatmojo, 2005). Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien pasca apendiktomi di ruangan bedah RSUD Dr.M Zein Painan dengan jumlah populasi rata-rata perbulan adalah 15 orang yang dilihat dari bulan September-November 2011. Sampel yang di gunakan dalam penelitian ini adalah pasien pasca apendiktomi yang mengalami nyeri di ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan dan memenuhi kriteria inklusi. Teknik sampling yang di gunakan dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* yaitu *purposive sampling*. Penelitian ini dibagi dalam 10 orang untuk kelompok eksperimen dan 10 orang untuk kelompok control dengan kriteria inklusi:

- a) Bersedia diberikan teknik relaksasi nafas dalam dan masase
- b) Bersedia diberikan teknik relaksasi nafas dalam
- c) Bersedia dilakukan pengukuran skala nyeri
- d) Skala nyeri ringan sampai nyeri berat terkontrol
- e) Pasien pasca apendiktomi hari 1-3

- f) Pasien yang baru pertama kali menjalani operasi
- g) Pasien yang telah mendapatkan analgetik

Penelitian ini di lakukan di RSUD Dr.

M. Zein Painan dari bulan Mei sampai Juni 2012, dengan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dalam bentuk observasi menggunakan lembar ceklist yang di buat peneliti sendiri. Artinya setiap jawaban telah di siapkan dalam lembar ceklist peneliti tinggal memberikan tanda ceklis (√) pada jawaban dari pertanyaan tersebut. Skala nyeri menggunakan skala nyeri *Verbal Descriptor Scale* (VDS) Smeltzer, 0-10.

Analisa univariat digunakan untuk menggunakan distribusi frekuensi dari tiap variabel yang yang diteliti. Anlisis bivariat digunakan uji *paired t-test* dan *uji mann whitney*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Kelompok Eksperimen Dan Kelompok Kontrol Di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan tahun 2012

No	Karakteristik Responden	Kriteria	Eksperimen		Kontrol	
			f	%	f	%
1	Umur.	13-20 tahun	0	0	3	30
		21-30 tahun	8	80	6	60
		31-40 tahun	2	20	1	10
	JUMLA H		10	100	10	100
2	Jenis kelamin	Perempuan	4	40	4	40
		Laki – laki	6	60	6	60
	JUMLA H		10	100	10	100
3	Pendidikan	SD	1	10	1	10
		SMP	4	40	2	20
		SMA	5	50	5	50
		PT	-	-	2	20
	JUMLA H		10	100	10	100
4	Pekerjaan	PNS	-	-	2	20
		Petani	2	20	-	-
		Nelayan	3	30	3	30
		Swasta	1	10	1	10
		Ibu Rumah Tangga	2	20	-	-
		Tidak bekerja	2	20	2	20
		Lain-lain	-	-	2	20
	JUMLA H		10	100	10	100

Dari tabel 1 memperlihatkan karakteristik dari 20 orang responden penelitian yang terdiri dari 10 kelompok eksperimen dan 10 kelompok kontrol. Proporsi responden berdasarkan umur lebih dari separuh responden kelompok eksperimen dan kontrol berada pada usia 21-30 tahun, proporsi responden dilihat dari jenis kelamin lebih dari separuh responden berjenis kelamin laki-laki pada kelompok kontrol dan eksperimen masing (60%). Berdasarkan pendidikan separuh responden berpendidikan SMA dan dengan proporsi pekerjaan terbanyak adalah nelayan pada kelompok eksperimen dan kontrol (30%).

Gambaran Skala Nyeri Responden Tabel 2.

Gambaran Skala Nyeri Responden Kelompok Eksperimen Di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan Tahun 2012

No	Kelompok Eksperimen		Penurunan Skala Nyeri
	Pretest	Posttest	
1	6	2	4
2	7	3	4
3	5	1	4
4	7	4	3
5	4	1	3
6	6	2	4
7	5	1	4

8	6	3	3
9	7	4	3
10	6	3	3

	M = 5,90	M = 2,40	Mean = 3,50
	SD = 0,994	SD = 1,174	SD = 0,527

Tabel 2 menunjukkan bahwa semua responden pada kelompok eksperimen mengalami penurunan skala nyeri dengan rata-rata penurunan setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam dan masase adalah 3,50 skala nyeri.

Tabel 3.

Gambaran Skala Nyeri Responden Kelompok Kontrol Di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan Tahun 2012

No	Kelompok Kontrol		Penurunan Skala Nyeri
	Pretest	Posttest	
1	7	5	2
2	6	3	3
3	6	4	2
4	5	3	2
5	7	4	3
6	4	2	2
7	6	4	2
8	5	3	2
9	4	2	2
10	5	2	3
	M = 5,50	M = 3,20	M = 2,30
	SD = 1,080	SD = 1,033	SD = 0,483

Tabel 3 memperlihatkan bahwa semua responden pada kelompok kontrol mengalami penurunan skala nyeri dengan rata-rata penurunan setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah 2,30 skala nyeri.

Analisa Bivariat

Sebelum analisa bivariat di lakukan uji normalitas untuk menentukan uji yang akan di gunakan. pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol menggunakan uji t berpasangan. Hasil uji normalitas pada tabel Shapiro-Wilk kelompok eksperimen nilai

$p=0,152$ ($p>0,05$) untuk pretest dan $p=0,124$ ($p>0,05$) untuk posttest, karena kedua kelompok memiliki nilai kemaknaan $> 0,05$ dapat di simpulkan data berdistribusi normal, maka uji yang di gunakan adalah uji t berpasangan (*paired t test*). Pada kelompok kontrol di dapatkan nilai $p= 0,258$ ($p>0,05$) untuk pretest dan $p=0,191$ ($p>0,05$) untuk posttest, karena kedua kelompok memiliki nilai kemaknaan $> 0,05$ dapat di simpulkan data berdistribusi normal, maka uji yang di lakukan adalah *uji paired t test*. Pada kelompok eksperimen di dapatkan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$), begitu juga pada kelompok kontrol nilai $p=0,000$ ($p<0,05$) karena kedua kelompok mempunyai kemaknaan

$<0,05$ maka dapat di simpulkan data berdistribusi tidak normal maka uji yang di gunakan adalah uji *mann withney*.

Kelompok Kontrol

Tabel 4 Perbedaan Skala Nyeri Pretest-Posttest Klien Pasca Apendiktomi Pada Kelompok Kontrol Di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan Tahun 2012

Kelompok Kontrol	M	N	SD	Std. Error Mean	p
Skala Nyeri Pretest	5,50	10	1,080	0,342	0,000
Skala Nyeri Posttest	3,20	10	1,033	0,327	

Dari tabel 4 diketahui bahwa rata-rata tingkat nyeri pretest kelompok kontrol adalah 5,50 dengan standar deviasi 1,080. Sedangkan rata-rata tingkat nyeri posttest pada kelompok kontrol adalah 3,20 dengan standar deviasi 1,033. Hasil uji statistik menggunakan *uji paired t test* didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p<0,05$), maka dapat disimpulkan terdapat penurunan skala

nyeri pretest - posttest pada kelompok kontrol sebesar 2,30 skala.

Kelompok Eksperimen

Tabel 5 Perbedaan Skala Nyeri Pretest-Posttest Pasien Pasca Apendiktomi Pada Kelompok Eksperimen Di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan Tahun 2012

Kelompok Eksperimen	M	N	SD	Std. Error Mean	p
Skala Nyeri Pretest	5,90	10	0,994	0,314	0,000
Skala Nyeri Posttest	2,40	10	1,174	0,371	

Dari tabel 6 memperlihatkan hasil penelitian dengan uji *Mann-Whitney* rata-rata tingkat nyeri kelompok kontrol sebelum dan sesudah pemberian teknik relaksasi nafas dalam adalah 2,30 dengan standar deviasi 0,483 dan rata-rata tingkat nyeri kelompok eksperimen sebelum dan sesudah pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan masase adalah 3,50 dengan standar deviasi 0,527. Hasil uji statistik menggunakan uji *mann-whitney* perbedaan nilai rata-rata pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), maka dapat disimpulkan terdapat pengaruh pemberian teknik relaksasi nafas dalam dan masase terhadap skala nyeri pada pasien pasca apendiktomi di ruang bedah RSUD Dr. M. Zein Painan tahun 2012.

Dari tabel 5 diketahui bahwa rata-rata tingkat nyeri sebelum di berikan teknik relaksasi nafas dalam dan masase adalah 5,90 dengan standar deviasi 0,994. Sedangkan rata-rata tingkat nyeri setelah di berikan teknik relaksasi nafas dalam dan masase adalah 2,40 dengan standar deviasi 1,174. Hasil uji statistik menggunakan *uji paired t test* didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), maka dapat disimpulkan terdapat penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah di berikan teknik relaksasi nafas dalam dan masase sebesar 3,50 skala.

3. Kelompok Kontrol dan Eksperimen Tabel 6 Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Masase Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Pasca Apendiktomi Di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan Tahun 2012

Kelompok Kontrol dan Eksperimen Tabel 6 Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Dan Masase Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Pasca Apendiktomi Di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan Tahun 2012

	M	SD	Std. Error Mean	p
Skala Nyeri Kontrol	2,30	0,483	0,153	0,000
Skala Nyeri Eksperimen	3,50	0,527	0,167	

Banyak penelitian membuktikan bahwa kombinasi terapi farmakologi dengan teknik nafas dalam efektif untuk mengurangi nyeri namun belum dapat menghilangkan nyeri berat. Namun terbukti teknik nafas dalam bisa di katakan tidak ada efek samping. Sebanyak 60 % responden yang di berikan teknik relaksasi nafas dalam, terjadi penurunan skala nyeri dari nyeri sedang menjadi ringan dan hilangnya respon nyeri seperti mengaduh, menangis, gelisah dan fokus pada aktivitas menghilangkan nyeri. Oleh karena itu di anjurkan kepada rumah sakit untuk lebih mengutamakan teknik non farmakologi di samping menggunakan farmakologi.

Responden kelompok eksperimen di dapatkan perubahan respon nyeri sebelum dan sesudah intervensi, pada respon tingkah laku terhadap nyeri rata-rata responden mengaduh, menangis gelisah dan fokus aktivitas menghilangkan nyeri serta respon emosional berupa menangis dan diam namun setelah di lakukan intervensi yaitu teknik relaksasi nafas dalam dan masase di dapatkan respon tingkah laku terhadap nyeri sudah berkurang begitu juga respon muscular ikut berkurang. Teknik relaksasi nafas dalam dan masase terlihat memberikan efek relaksasi kepada pasien hal ini terbukti bahwa selama di lakukan intervensi tidak ada pasien yang menolak ketika di beri perlakuan, tekanan darah dan nadi dalam batas normal dan semua klien mengalami penurunan skala nyeri antara 3- 4 dengan skala nyeri sedang dan ringan.

Menurut Asmadi (2008) nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual. Secara umum, nyeri dapat diartikan sebagai suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik secara sensori maupun emosional yang berhubungan dengan adanya suatu kerusakan jaringan atau faktor lain, sehingga individu merasa tersiksa, menderita yang akhirnya akan mengganggu aktivitas sehari-hari, psikis, dan lain-lain (Yunita, 2010).

Penanganan nyeri bisa dilakukan secara farmakologi yaitu dengan pemberian obat-obatan analgesik dan penenang. Sedangkan secara non farmakologi melalui distraksi, relaksasi, kompres hangat atau dingin, aromaterapi, hypnotis, dll (Rezkiyah, 2011). Pengkombinasian antara teknik non farmakologi dan teknik farmakologi adalah cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri terutama nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan berhari-hari (Smeltzer dan Bare, 2002). Penanganan nyeri dengan teknik non farmakologi merupakan modal utama menuju kenyamanan (Catur, 2005). Dipandang dari segi biaya dan manfaat, penggunaan manajemen non farmakologi lebih ekonomis dan tidak ada efek sampingnya jika dibandingkan dengan penggunaan manajemen farmakologi. Selain juga mengurangi ketergantungan pasien terhadap obat-obatan (Burroughs, 2001).

Massase didefinisikan sebagai tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau meningkatkan sirkulasi (Henderson, 2006 Dikutip dari Yunita,2010). Penelitian Siswati (2010) tentang pengaruh masase kulit terhadap penurunan rasa nyeri pada pasien post apendiktomi di Rindu B2 RSUP H. Adam Malik Medan, menunjukkan bahwa ada pengaruh yang bermakna pemberian masase kulit terhadap penurunan nyeri post apendiktomi.

Seluruh responden yang di berikan teknik relaksasi nafas dalam dan masase terjadi penurunan skala nyeri dari nyeri sedang menjadi ringan dan hilangnya respon nyeri seperti mengaduh, menagis, gelisah dan fokus pada aktivitas menghilngkan nyeri. Hasil penelitian ini melihatkan bahwa kombinasi antara beberapa terapi non farmakologi dapat memberikan perubahan yang baik terhadap

penurunan skala nyeri dan nyeri dapat menurun tanpa menunggu waktu yang lama.

Teknik relaksasi merupakan tindakan pereda nyeri non invasive, teknik relaksasi yang teratur dapat bermanfaat untuk mengurangi kelelahan dan ketegangan otot yang dapat menurunkan kualitas nyeri (Brunner & Suddarth, 2002). Teknik relaksasi efektif dilakukan pada pasien-pasien yang mengalami nyeri kronis ataupun pasca operasi. (Brunner dan Suddarth, 2002). Kombinasi teknik relaksasi nafas dalam dan masase merupakan terapi non farmakologi yang sangat bagus di gunakan untuk penghilang nyeri dengan lebih cepat.

KESIMPULAN & SARAN

Berdasarkan penelitian ini maka dapat di simpulkan bahwa terdapat penurunan skala nyeri pada pasien pasca apendiktomi di ruangan bedah RSUD Dr.

M. Zein Painan pada kelompok eksperimen dengan penurunan sebesar 3,50 skala nyeri. Dan secara keseluruhan terdapat pengaruh teknik relaksasi nafas dalam dan masase terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca apendiktomi di ruangan bedah RSUD Dr. M. Zein Painan tahun 2012.

Peneliti menyarankan perawat di Rumah Sakit mengambil kebijakan dalam upaya mengurangi tingkat nyeri pada pasien, terutama pada pasien pasca apendiktomi, seperti dapat menggunakan teknik relaksasi nafas dalam dan masase sebagai alternative dalam penanganan nyeri khususnya pada pasien pasca apendiktomi. Bagi peneliti selanjutnya, untuk dapat meneliti lebih lanjut tentang pengaruh tentang teknik relaksasi nafas dalam dan masase terhadap penurunan skala nyeri pada pasien pasca apendiktomi atau nyeri operasi lainnya dengan meningkatkan frekuensi dan durasi nafas dalam dan masasenya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul. A. (2005). *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC
- Arifianto, dkk (2009). Metodologi penelitian eksperimen. http://infokursus.net/download/0604091354metode_penelitian_pengemb_pembelajaran.pdf
- Brunner & Suddarth.(2002). *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Dahlan, M. Sopiudin. (2009). *Statistik Untuk Kedokteran Kesehatan*. Edisi 4 Jakarta: Salemba Medika
- Dhonirezkiyah, (2010). *Manajemen Dan Penatalaksanaan Serta Penanganan Nyeri Secara Farmakologi Dan Non Farmakologi*. Diakses pada tanggal 12 Desember 2011 dari <http://www.scribd.com/doc/39158086/Makalah-Nyeri-Dhoni-Rezkiyah>
- Ghandi (2010). *Apa itu nyeri??* Di akses 21 Desember 2011 dari <http://www.scribd.com/doc/51101784/PENGAJIAN-NYERI>
- Heri, p. Yunita. (2010). *Laporan pendahuluan gangguan pemenuhan rasa nyaman nyeri*. Di akses tanggal 23 Desember 2011 dari <http://yunitaheripuspito.blogspot.com/2010/07/laporan-pendahuluan-askep-nyeri.html>
- Mansjoer, Arif.(2000). *Kapita Selekt Kedokteran*. Edisi 3. Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rhineka Cipta: Jakarta
- Potter & Perry. (2006). *Fundamental of Nursing*. Volume 2. Jakarta: EGC

Priyanto, AS. (2010). *Kamus Lengkap Bahasa Indonesia*. Jakarta: Kartika

<http://qittun.blogspot.com/2008/10/konsep-dasar-nyeri.htm>

Qittun . (2008). *Konsep dasar Nyeri*. Di akses tanggal 12 Desember 2011 dari

Rekam Medik RSUD Dr. M. Zein Painan. (2011). *Register Pasien Rawat Inap di Ruang Bedah*

Siswati. S (2010). *Pengaruh Masase Kulit Terhadap Penurunan Rasa Nyeri Pada Pasien Post Apendektomi di Rindu B2 RSUP H. Adam Malik Medan Tahun 2010*. Thesis FK USU

Sjamsuhidajat & Win De Jong. (2005). *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 2. Jakarta: EGC

Smart . (2009). *Teori Nyeri*. Di akses tanggal 12 Desember 2011 dari <http://smartnbe.blogspot.com/2009/04/teori-nyeri.html>

Tamsuri, Anas. (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri* (Cet. I). Jakarta: Buku Kedokteran EGC

Wahyuningsih, Merry. (2011). *Penghilang Rasa Sakit Tanpa Efek Samping*. Di akses tanggal 12 Desember 2011 dari <http://bintangklik.wordpress.com/2011/04/11/penghilang-rasa-sakit-tanpa-efek-samping/>

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Bidang studi	: D III Keperawatan
Topik	: Penatalaksanaan pada Appendisitis
Sub Topik	: Menjelaskan tentang penyakit Appendisitis
Sasaran	: Klien dan keluarga klien
Hari/Tanggal	: Klien 1 : Selasa, 07 Januari 2020 Klien 2 : Kamis, 09 Januari 2020
Jam	: 13.30 WIB
Waktu	: 30 menit
Tempat	: Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis
Penyaji	: Lalu Riath Afriza Adha

A. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti penyuluhan ini, di harapkan sasaran mampu memahami mengenai Appendisitis dengan benar dan cara menanganinya.

B. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan ini selama 20 menit, klien diharapkan:

1. Mampu menyebutkan pengertian Appendisitis.
2. Mampu menyebutkan penyebab Appendisitiis
3. Mampu menyebutkan komplikasi Appendisitis.
4. Mampu menyebutkan klasifikasi Appendisitis.

5. Mampu menyebutkan penaalaksanaan appendisitis
6. Mampu menyebutkan pencegahan appendisitiis.

C. Materi Penyuluhan

1. Memahami pengertian appendisitis
2. Memahami penyebab appendisitis
3. Memahami komplikasi apendsisitis
4. Memahami klasifikasi appendisitis
5. Memahami penatalaksanaan
6. Memahami pencegahan appendicitis

D. Media

Media : Leaflet

E. Metode

1. Tanya Jawab
2. Leaflet

F. Kegiatan Penyuluhan

Tahap kegiatan	Kegiatan pelaksana	Kegiatan klien	Waktu
Pendahuluan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Kontrak waktu 3. Menjelaskan TIK 4. Appersepsi (menggali sejauh mana pasien/ keluarga mengetahui penyakit apendik) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Menyetujui kesepakatan waktu pelaksanaan penkes 3. Mendengarkan dan memperhatikan Penyuluhan 4. Menjawab sesuai pengetahuan audien tentang apendik 	5 menit

Penyajian materi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan Pengertian appendisitis 2. Menjelaskan Penyebab apendik 4. menjelaskan klasifikasi Apendik 4. Menjelaskan Penatalaksanaan apendik 5. Menjelaskan pencegahan Apendik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan/ Mendengarkan 2. Menanyakan materi yang belum jelas. 3. Mendengarkan/ memperhatikan 4. Mendengarkan/ memperhatikan 5. Mendengarkan/ memperhatikan 	10 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan Materi 2. Menutup acara dan mengucapkan salam serta terimakasih pada sasaran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengerti dan memberikan respon Baik 2. Mendengarkan penyuluhan menutup acara dan menjawab Salam 	10 menit

i. Evaluasi :

Evaluasi dilakukan dalam bentuk tanya jawab secara lisan dengan pertanyaan

1. Mampu menyebutkan pengertian appendisitis
2. Mampu menyebutkan penyebab appendisitis
3. Mampu menyebutkan klasifikasi appendisiis
4. Mampu menyebutkan penatalaksanaan
5. Mampu menyebutkan pencegahan apendik

ii. Setting Tempat

Untuk klien 1 kegiatan penyuluhan dilakukan pada tanggal 07 Januari 2020 pada jam 13.30 WIB, dilakukan di kamar 2 di Ruang Wijaya Kusuma I RSUD Ciamis, untuk Untuk klien 2 kegiatan penyuluhan dilakukan pada tanggal 09 Januari 2020 pada jam 13.30 WIB,

dilakukan di kamar 1 di Ruang Wijaya Kusuma III RSUD Ciamis.

iii. Pengorganisasian

1. Pembawa acara : Lalu Riath Afriza Adha
2. Pemateri : Lalu Riath Afriza Adha
3. Noulis : Lalu Riath Afriza Adha

MATERI PENYULUHAN

APPENDISITIS

A. Pengertian Appendisitis

Appendiksitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (appendiks). Infeksi ini mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (NANDA NIC NOC, 2015).

B. Faktor – Faktor penyebab Appendisitis

Apendiks belum diketahui fungsinya, merupakan bagian dari sekum. Peradangan pada apendiks dapat terjadi oleh adanya ulserasi dinding mukosa atau obstruksi lumen (biasanya oleh fecalit/feases yang keras). Penyumbatan pengeluaran sekret mukus mengakibatkan perlengketan, infeksi dan terhambatnya aliran darah. Dari keadaan hipoksia mengakibatkan gangren atau ruptur dalam waktu 24-36 jam. Bila proses ini berlangsung terus-menerus organ disekitar dinding apendiks terjadi perlengketan dan akan menjadi akses (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 selalu menimbulkan nyeri didaerah abdomen.

C. Klasifikasi

1. Appendisitis akut

Appendisitis akut merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu hiperplasia jaringan limfoid, fekalit (tinja/batu), tumor apendiks dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasite (*E.histolytica*).

2. Appendisitis kronis

Apendiditis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 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 menghilang setelah apendektomi

D. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan medis

- a. Pembedahan (konvensional atau laparaskopi) apabila *diagnose* apendisitis telah ditegakkan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi resiko perforasi.
- b. Berikan obat antibiotik dan cairan intra vena sampai tindakan pembedahan dilakukan.

- c. Agen analgesik dapat diberikan setelah *diagnose* ditegakkan.
- d. Operasi (apendiktomi), bila *diagnose* telah ditegakkan yang harus dilakukan adalah operasi membuang apendiks (apendiktomi). Penundaan apendiktomi dengan cara pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses apendiks dilakukan *drainage*. (Brunner & Suddarth, 2014)

2. Penatalaksanaan keperawatan

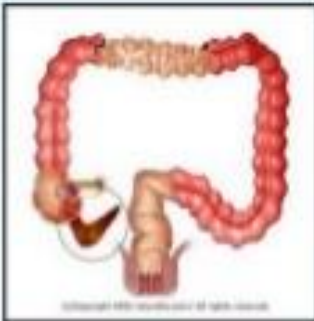
- a. Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri , mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi resiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi yang optimal.
- b. Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur intra vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastrik (bila terbukti ada ileus paralitik), jangan berikan laksatif.
- c. Setelah operasi, posisikan pasien fowler tinggi, berikan analgetik narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi.
- d. Jika drain terpasang di area insisi, pantau secara ketat adanya tanda tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder atau abses sekunder (Brunner & Suddath, 2014).

e. Pencegahan

pencegahan pada appendisitis yaitu dengan menurunkan resiko obstruksi dan peradangan pada lumen apendiks. Pola eliminasi klien harus dikaji, sebab obstruksi oleh fekalit dapat terjadi karena tidak adanya serat. Perawatan dan pengobatan penyakit cacing juga menimbulkan resiko. Pengenalan yang cepat terhadap tanda dan gejala appendisitis dapat menurunkan resiko terjadinya gangren, peritonitis, perforasi.

PENCEGAHAN

Pencegahan pada appendiksitis yaitu dengan menurunkan resiko obstruksi dan peradangan pada lumen appendiks. Pola eliminasi klien harus dikaji, sebab obstruksi oleh fekalit dapat terjadi karena tidak ada kuatnya diet tinggi serat. Perawatan dan pengobatan penyakit cacing juga menimbulkan resiko. Pengenalan yang cepat terhadap gejala dan tanda appendiksitis menurunkan resiko terjadinya gangren, perforasi dan peritonitis



PENATALAKSANAAN

Pada appendiksitis akut, pengobatan yang paling baik adalah operasi appendiks. Dalam waktu 48 jam harus dilakukan. Penderita di observasi, istirahat dalam posisi fowler, diberikan antibiotik dan diberikan makanan yang tidak merangsang persialitik, jika terjadi perforasi diberikan drain di perut kanan bawah.

- Tindakan pre operatif, meliputi penderita di rawat, diberikan antibiotik dan kompres untuk menurunkan suhu penderita, pasien diminta untuk tirabaring dan dipuasakan.
- Tindakan operatif ; appendiktomi.
- Tindakan post operatif, satu hari pasca bedah klien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2 x 30 menit, hari berikutnya makanan lunak dan berdiri tegak di luar kamar, hari ketujuh luka jahitan diangkat, klien pulang.

APENDISITIS

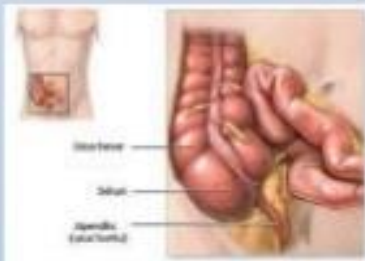
LALU RIATH AFRIZA
ADHA
AKX.17.039



DIII KEPERAWATAN
KONSENTRASI ANESTESI
UNIVERSITAS BHAKTI
KENCANA BANDUNG

Pengertian apendisitis

Apendisitis adalah kondisi di mana 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 terawat, angka kematian cukup tinggi, dikarenakan oleh peritonitis (peradangan peritonium ,biasanya disebabkan oleh penyebaran infeksi dari organ abdomen berfurasi apendik atau saluran cerna atau luka tembus abdomen) dan shock ketika umbai cacing yang terinfeksi hancur. (Anonim, Apendisitis, 2007)



KLASIFIKASI

Klasifikasi apendisitis terbagi atas 2 yakni :

1. Apendisitis akut, dibagi atas:
Apendisitis akut fokal atau segmentalis, yaitu setelah sembuh akan timbul striktur lokal. Apendisitis purulenta difusi, yaitu sudah bertumpuk nanah.
2. Apendisitis kronis, dibagi atas:
Apendisitis kronis fokal atau parsial, setelah sembuh akan timbul striktur lokal. Apendisitis kronis obliterativa yaitu apendiks miring, biasanya ditemukan pada usia tua.



PATOFISIOLOGI

Penyebab utama apendisitis adalah obstruksi penyumbatan yang dapat disebabkan oleh hiperplasia dari polikelimoid merupakan penyebab terbanyak adanya fekalit dalam lumen apendik. Adanya benda asing seperti : cacing, striktur karena fibrosis akibat adanya peradangan sebelumnya. Sebab lain misalnya : keganasan (Karsinoma Karsinoid).

KOMPLIKASI

- Perforasi dengan pembentukan abses
- Peritonitis generalisata
- Pileoflebitis dan abses hati, tapi jarang.



CATATAN REVISI
SEMINR PROPOSAL & UJIAN KTI

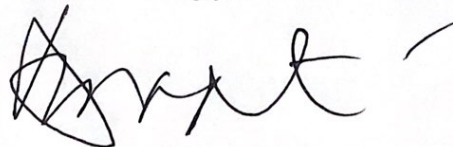
Nama Mahasiswa : Lalu Riath Afriza Adha

NIM : AKX.17.039

No	Halaman	BAB	Saran Perbaikan
1	65-68	IV	Perbaiki tanggal pengkajian
2	55	III	Perpanjangan waktu dihapus saja jika tidak ada penambahan waktu saat praktek Tambahkan lokasi dan waktu pengkajian
3	56	III	Diagnose sesuaikan dengan teori Tambahkan perbedaan nyeri pasien post OP LE di
4		IV	pembahasan
5		IV	Hapus yang tidak dilakukan

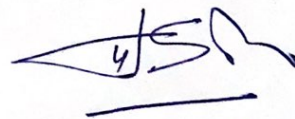
Bandung, Juli 2020

Penguji I



(Agus Mi'raj Darajat, S.Pd., S.Kep.,Ners.,M.Kes)

Penguji II



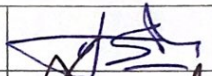
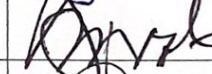
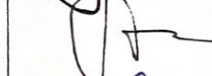
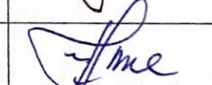
(Sri Sulami S.Kep.,M.M)

BERITA ACARA PERBAIKAN HASIL SIDANG AKHIR

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama	Lalu Riath Afriza Adha
NIM	AKX.17.039
Prodi	DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi Dan Gawat Darurat Medik Universias Bhakti Kencana
Judul KTI	Asuhan Keperawatan Pada Klien <i>Post OP</i> Laparatomi Eksplorasi atas indikasi Appendisit Perforasi Dengan Nyeri Akut

Telah melakukan perbaikan hasil siding akhir sesuai dengan masukan dari para penelaah baik penguji maupun pembimbing. Dengan berita acara ini dibuat untuk dipergunakan sebagai syarat melanjutkan penelitian laporan akhir KTI

Penguji I Hj. Sri Sulami, S.Kep.,M.M		
Penguji II Agus Mi'raj Darajat, S.Pd., S.Kep.,Ners.,M.Kes		
Pembimbing I Drs. H. Rachwan Herawan, Bsc., M.Kes		
Pembimbing II Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Lalu Riath Afriza Adha

Nim : Akx.17.039

Agama : Islam

Jenis Kelamin : Laki – laki

Tempat Tanggal Lahir: Bangkang, 06 April 1999

Alamat : Bangkang Desa Prabu Kec Pujut
Kab Lombok Tengah NUSA
TENGGARA BARAT

Riwayat Pendidikan :

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| 1. SDN Bangkang | 2005 - 2011 |
| 2. MTs Nurussalam Reak Tanak Awu | 2011 - 2014 |
| 3. SMAN 7 Mataram | 2014 - 2017 |
| 4. Universitas Bhakti Kencana | 2017 - 2020 |
- Program Studi DIII Keperawatan Konsentrasi
Anestesi Dan Gawat Darurat Medik