

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI  
APENDEKTOMI DENGAN NYERI AKUT  
DI RUANG MELATI LANTAI IV  
RSUD DR SOEKARDJO  
TASIKMALAYA**

**KARYA TULIS ILMIAH**

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

**Oleh :**

**WINDA AMALIA SARI**

**AKX.17.088**



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

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Winda Amalia Sari

NIM : AKX.17.088

Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Apendiktomi Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

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

Bandung, 21 April 2020

Yang Membuat Pernyataan



Winda Amalia Sari

AKX. 17.088

**LEMBAR PERSETUJUAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

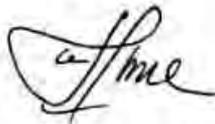
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI APENDEKTOMI  
DENGAN MASALAH NYERI AKUT DI RUANGAN MELATI LANTAI IV  
RSUD DR SOEKARDJO TASIKMALAYA**

**OLEH :  
WINDA AMALIA SARI  
AKX.17.088**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal 14 Juni  
2020

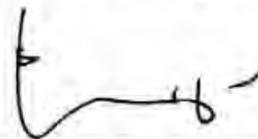
**Menyetujui,**

**Pembimbing Utama**



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

**Pembimbing pendamping**



**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep  
NIK : 02007020132**

**Mengetahui,**

**Ketua Prodi DIII Keperawatan**



**Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep  
NIK : 02001020009**

**LEMBAR PENGESAHAN  
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI APENDEKTOMI  
DENGAN MASALAH NYERI AKUT DI RUANGAN MELATI LANTAI IV  
RSUD DR SOEKARDJO TASIKMALAYA**

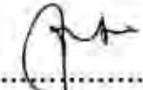
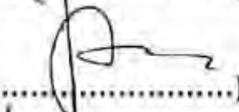
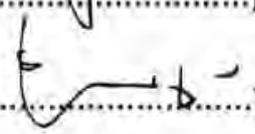
**OLEH  
WINDA AMALIA SARI  
AKX.17.088**

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 Bandung, pada tanggal  
20 Juni 2020

**PANITIA PENGUJI**

**Ketua : Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep** (.....)  
(Pembimbing Utama)

**Anggota :**

1. **Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep** (.....)  
(Penguji I)
2. **Drs. H. Rachwan H, BscAn., M.Kes** (.....)  
(Penguji II)
3. **Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep** (.....)  
(Pembimbing Pendamping)

**Mengetahui,**

**Dekan Fakultas Keperawatan**

  
**Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep**  
NIK : 02007020132

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Winda Amalia Sari  
NIM : AKX.17.088  
Fakultas : Keperawatan  
Prodi : DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul  
"Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Apendektomi Dengan Masalah  
Nyeri Akut Di Ruang Melati Lantai IV RSUD Dr Soekardjo Tasikmalaya"

**Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.**

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

Bandung, 06 September 2020

Yang membuat pernyataan,



Winda Amalia Sari

Pembimbing I

Vina Viniawati, S.Kep., Ners., M.Kep

Pembimbing II

Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI APENDEKTOMI DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI LANTAI IV RSUD DR SOEKARDJO TASIKMALAYA” dengan sebaik-baiknya.

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

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

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sustrisno, MH.Kes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana.
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan sekaligus Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana.
5. Vina Vitniawati, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Roni Husnara, S.Kep., Ners selaku CI Ruangan Melati Lantai IV yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

8. Ny. L dan Ny. U selaku pasien post operasi apendektomi yang telah bersedia menjadi responden dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Kepada kedua orang tua ku Ayahanda tercinta Rasmito, Ibunda tercinta Lismawati, Adinda tercinta Aurianto, Nadia Sutra Lismi dan Niki Khairun Nisa dan seluruh keluarga besar atas segala do'a, motivasi, semangat dan dukungan baik secara moral dan materiil selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
10. Kepada sahabatku Arasy Narawastu Yasvira, Kartika Rahmadenti dan Widya Larasati Sasqia Putri yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama proses pengumpulan data dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
11. Kepada sahabatku Mita Febriani, Elsy Yosita Utami, Dian Islamiyati dan Nunuk Alawiyah Darajat yang telah memberikan bantuan, semangat dan motivasi kepada penulis selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
12. Seluruh teman sejawat yang saling memberi dukungan selama proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

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

Bandung, 21 April 2020

Penulis

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Apendisitis merupakan peradangan dari apendik periformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Apendisitis memiliki potensi untuk terjadinya komplikasi parah jika tidak segera diobati, seperti perforasi atau sepsis dan bahkan dapat menyebabkan kematian. Tindakan bedah seperti apendektomi dapat dilakukan sebagai terapi apendisitis untuk mengurangi resiko terjadinya komplikasi. Pada umumnya post operasi apendektomi seseorang akan mengalami nyeri sebagai respon protektif tubuh apabila terdapat kerusakan jaringan. Nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-hari dan apabila tidak ditangani dapat mengakibatkan syok neurogenik, sehingga harus dilakukan penanganan nyeri yang sempurna. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/ fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien post operasi apendektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan nyeri akut pada klien 1 mengalami penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 1 sedangkan pada klien 2 terjadi penurunan skala nyeri dari 6 menjadi 2, kedua kasus ini dapat teratasi pada hari kedua. **Diskusi:** Pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien post operasi apendektomi hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien.

Keyword : Apendisitis, Post Operasi Apendektomi, Nyeri Akut, Asuhan Keperawatan.  
Daftar Pustaka : 17 buku (2010-2019), 3 jurnal (2017-2019), 4 website

## ABSTRAK

**Background:** Apendisitis is the inflammatory of apendiks vermiformis and is the most frequent cause of acute abdomen. Apendisitis has the potential for severe complications if untreated immediately, such as perforation or sepsis and it can even lead to death. Surgical actions such as an appendectomy can be performed as apendisitis therapy to reduce the risk of complications. In general post operative appendectomy someone will experience pain as a protective body response if there is tissue damage. Pain would affect daily activities and if not treated could result in neurogenic shock, so that it requires perfect pain management. **Method:** the case of study are to explore the problem or phenomenon with detailed limits, have a deep data retrieval and submit some sources of information. This case study was conducted in two patients with post operative appendectomy with acute pain nursing problems. **Results:** After nursing care was performed by providing nursing intervention, the problem of acute pain nursing on client 1 decreased in pain scale from 5 to 1 while in client 2 the pain scale decreased from 6 to 2, both cases were resolved on the second day. **Discussion:** patients with acute pain nursing problems, not always have the same response in every postoperative appendectomy patient, this is influenced by the client's previous health condition or status. So nurses must conduct comprehensive care to handle nursing problems in each patient.

Keyword : Apendisitis, Post Operative Appendectomy, Acute Pain, Nursing care.  
Bibliography : 17 books (2010-2019), 3 journals (2017-2019) and 4 website

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Gambar .....	x
Daftar Tabel.....	xi
Daftar Bagan.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Daftar Lambang, Singkatan dan Istilah .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian .....	5
1.3.1 Tujuan Umum .....	5
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Teori .....	8
2.1.1 Definisi .....	8
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi .....	10
2.1.3 Etiologi .....	12
2.1.4 Tanda dan Gejala .....	13
2.1.5 Patofisiologi .....	14
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	17
2.1.7 Penatalaksanaan .....	20
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	23
2.2.1 Pengkajian.....	24
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	32
2.2.3 Intervensi .....	32
2.2.4 Implementasi .....	46
2.2.5 Evaluasi .....	46
2.3 Konsep Nyeri .....	48
2.3.1 Definisi .....	48
2.3.2 Jenis dan Karakteristik Nyeri .....	49
2.3.3 Penilaian Nyeri .....	52
2.3.4 Penanganan Nyeri .....	53
2.4 Relaksasi Genggam Jari .....	56
2.4.1 Definisi .....	56
2.4.2 Tujuan .....	56

2.4.3 Langkah Pelaksanaan .....	57
2.4.4 Fisiologi Penurunan Nyeri .....	58
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain Penelitian .....	60
3.2 Batasan Istilah .....	60
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian .....	61
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	61
3.5 Pengumpulan Data .....	62
3.6 Uji Keabsahan Data .....	63
3.7 Analisa Data .....	63
3.8 Etik Penelitian .....	65
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil .....	68
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data .....	68
4.1.2 Pengkajian .....	69
4.1.3 Diagnosa Keperawatan .....	84
4.1.4 Intervensi .....	88
4.1.5 Implementasi .....	96
4.1.6 Evaluasi .....	103
4.2 Pembahasan .....	105
4.2.1 Pengkajian .....	106
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	107
4.2.3 Intervensi .....	113
4.2.4 Implementasi .....	122
4.2.5 Evaluasi .....	126
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
5.1 Kesimpulan .....	129
5.2 Saran .....	132
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Apendisitis .....	9
Gambar 2.2 Apendektomi .....	11
Gambar 2.3 Rovsing Sign .....	17
Gambar 2.4 Psoas Sign .....	18
Gambar 2.5 Obturator Sign .....	19
Gambar 2.6 Wong Baker Faces Pain Rating Scale.....	52
Gambar 2.7 Numerical Rating Scale .....	52
Gambar 2.8 Visual Analogue Scale .....	53
Gambar 2.9 Obat Farmakologi Untuk Penanganan Nyeri .....	54
Gambar 2.10 Terapi Untuk Penanganan Nyeri Berdasarkan Jenis Operasi .....	54

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tanda Dan Gejala Serta Rasional Apendisitis .....	13
Tabel 2.2 Intervensi nyeri akut .....	34
Tabel 2.3 Intervensi resiko infeksi.....	38
Tabel 2.4 Intervensi resiko kekurangan volume cairan .....	39
Tabel 2.5 Intervensi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh..	41
Tabel 2.6 Intervensi kecemasan.....	42
Tabel 2.7 Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan nafas .....	44
Tabel 4.1 Identitas klien .....	69
Tabel 4.2 Riwayat kesehatan .....	69
Tabel 4.3 Pola aktivitas sehari-hari .....	72
Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik .....	73
Tabel 4.5 Pemeriksaan psikologi .....	78
Tabel 4.6 Hasil laboratorium .....	79
Tabel 4.7 Hasil radiologi .....	80
Tabel 4.8 Program dan rencana pengobatan .....	80
Tabel 4.9 Analisa data .....	80
Tabel 4.10 Diagnosa keperawatan .....	84
Tabel 4.11 Intervensi .....	88
Tabel 4.12 Implementasi .....	96
Tabel 4.13 Evaluasi .....	103

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi Apendisitis .....	16
---	----

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	: Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran III	: Lembar Observasi
Lampiran IV	: Lembar Justifikasi
Lampiran V	: Format Review Artikel
Lampiran VI	: Jurnal
Lampiran VII	: Satuan Acara Penyuluhan Teknik Relaksasi Genggam Jari
Lampiran VIII	: Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Genggam Jari
Lampiran IX	: Satuan Acara Penyuluhan Perawatan Luka
Lampiran X	: Leaflet Perawatan Luka
Lampiran XI	: Catatan Revisi Sidang Akhir KTI
Lampiran XII	: Berita Acara Perbaikan Hasil Sidang Akhir KTI
Lampiran XIII	: Riwayat Hidup Penulis

## DAFTAR SINGKATAN

WHO	= <i>World Health Organization</i>
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
Ny	= Nyonya
GALT	= <i>Gut Associated Lymphoid Tissue</i>
IgA	= Immunoglobulin A
GI	= Gastrointestinal
USG	= <i>Ultrasonography</i>
CT-Scan	= <i>Computerized Tomography Scan</i>
PAS	= <i>Pediatric Apendisitis Skor</i>
RS	= Rumah Sakit
Medrec	= <i>Medical Record</i>
GCS	= <i>Glasgow Coma Scale</i>
LED	= Laju Endap Darah
NIC	= <i>Nursing Interventions Classification</i>
NOC	= <i>Nursing Outcomes Classification</i>
BB	= Berat Badan
TB	= Tinggi Badan
IV	= Intravena
IM	= Intramuskular
RDA	= <i>Recommended daily allowance</i>
O <sub>2</sub>	= Oksigen
TTV	= Tanda-tanda Vital
TD	= Tekanan Darah
N	= Nadi
R	= Respirasi
S	= Suhu
C	= Celsius
IASP	= <i>International Association For The Study Of Pain</i>
TENS	= <i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>

IGD	= Instalasi Gawat Darurat
dr.	= Dokter
Nacl	= Natrium Chlorida
RL	= Ringer Laktat
ml	= Mililiter
Tpm	= Tetesan Infus Per Menit
TTL	= Tempat Tanggal Lahir
TBC	= Tuberculosis
HIV	= Human Immunodeficiency Virus
BAB	= Buang Air Besar
ROM	= <i>Range of Motion</i>
BT	= Waktu perdarahan
CT	= Waktu pembekuan

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Apendisitis merupakan peradangan dari apendik periformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering (Dermawan dan Rahayuningsih, 2010). Apendisitis memiliki potensi untuk terjadinya komplikasi parah jika tidak segera diobati, seperti perforasi atau sepsis, dan bahkan dapat menyebabkan kematian. Dalam hal ini perlu dilakukan tindakan bedah seperti apendektomi sebagai terapi apendisitis untuk mengurangi resiko terjadinya komplikasi. Pilihan apendektomi dapat dilakukan secara cito (segera) untuk apendisitis akut, abses, dan perforasi, sedangkan pilihan apendektomi elektif dapat dilakukan untuk pasien apendisitis kronik.

Penelitian menunjukkan 7% penduduk di negara barat menderita apendisitis dan terdapat lebih dari 200.000 apendektomi dilakukan di Amerika Serikat setiap tahunnya. Selain itu, dilaporkan bahwa angka morbiditas penyakit apendisitis di Amerika Serikat pertahunnya mencapai  $\pm 250.000$  kasus dan angka mortalitas mencapai 426 kematian/tahun (WHO, 2017; Doenges et al, 2019). Di Indonesia, berdasarkan data yang diperoleh dari Departemen Kesehatan (2016) menunjukkan kasus penderita apendisitis pada tahun 2016 sebanyak 65.755 orang dan pada tahun 2017 jumlah penderita apendisitis meningkat menjadi 75.601 orang. Sedangkan di Jawa Barat menurut data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat pada tahun 2014 jumlah kasus penyakit sistem pencernaan 475.174 kasus (16,09%) untuk usia 5-14 tahun, 996.672 kasus

(19,64%) untuk usia 15-44 tahun dan 907.861 kasus (16,82%) untuk usia 45- >75 tahun. Pada tahun 2013 dilaporkan jumlah kasus apendisitis mencapai 1.148 kasus (1,94%) untuk usia 5-14 tahun dan 6.018 kasus (2,22%) untuk usia 15-44 tahun. Data dari rekam Medik RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya menunjukkan bahwa angka kejadian kasus apendisitis pada bulan Januari-November 2019 sebanyak 487 orang. Sepanjang tahun 2019 setidaknya terdapat 90 kasus penderita apendisitis yang dirawat di ruang Melati Lantai IV.

Apendisitis paling sering terjadi pada usia 10-30 tahun. Kasus pada perempuan dan laki-laki umumnya sebanding, kecuali pada umur 20-30 tahun laki-laki lebih beresiko terkena penyakit apendisitis dibandingkan perempuan. Hal ini dikarenakan laki-laki lebih banyak menghabiskan waktu di luar rumah untuk bekerja dan lebih cenderung mengonsumsi makanan cepat saji sehingga memicu komplikasi atau obstruksi pada usus yang dapat menimbulkan masalah pada sistem pencernaan salah satunya yaitu apendisitis. Apendisitis perforata (kebocoran) sering terjadi pada anak-anak usia kurang dari 5 tahun atau pada usia lebih dari 60 tahun, sedangkan pada anak kurang dari satu tahun kasus apendisitis jarang ditemukan (Handaya,2017).

Hampir semua kasus pada klien dengan tindakan bedah apendektomi menimbulkan permasalahan keperawatan diantaranya nyeri akut, resiko infeksi, resiko kekurangan volume cairan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, ansietas, serta ketidakefektifan bersihan jalan napas (Herdman dan Kamitsuru,2018). Menurut Gannong (2008) dikutip dalam Hasaini (2019) pada umumnya post operasi apendektomi seseorang akan

mengalami nyeri sebagai respon protektif tubuh apabila terdapat kerusakan jaringan. Setiap pasien pasca pembedahan harus dilakukan penanganan nyeri yang sempurna karena dampak dari nyeri itu sendiri akan menimbulkan rasa ketidaknyamanan dan respon stres metabolik yang akan mempengaruhi semua sistem tubuh dan memperberat kondisi pasiennya. Nyeri ini akan berdampak pada aktivitas sehari-hari seseorang seperti pemenuhan kebersihan diri (mandi, berpakaian, dsb), pemenuhan kebutuhan istirahat tidur, aspek interaksi sosial (menghindari percakapan, menarik diri) dan apabila tidak ditangani dengan baik nyeri dapat mengakibatkan terjadinya syok neurogenik. Nyeri pasca operasi merupakan bagian dari nyeri akut yang memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat).

Peran seorang perawat adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan atau *care provider*. Peran ini dilaksanakan secara *komprehensif* atau menyeluruh. Salah satu tindakan dalam pemberian asuhan keperawatan adalah dengan membantu meredakan nyeri dengan memberikan intervensi pereda nyeri. Penanganan nyeri pasca pembedahan yang efektif harus mengetahui patofisiologi dan pathway dari nyeri sehingga penanganan nyeri dapat dilaksanakan dengan menggunakan manajemen nyeri yang dapat dilakukan dengan melakukan observasi secara menyeluruh terhadap intensitas nyeri pasien post operasi apendektomi, termasuk observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, mengkaji kultur yang mempengaruhi nyeri, melakukan evaluasi pengalaman dan ketidakefektifan penanganan nyeri pada masa lalu, kontrol lingkungan dan kurangi faktor presipitasi nyeri, tingkatkan istirahat,

ajarkan pasien tentang teknik non farmakologi melalui fisioterapi seperti terapi fisik (dingin, panas), akupuntur dan psikoterapi melalui terapi musik, hipnosis, terapi kognitif, relaksasi, distraksi, serta melakukan evaluasi keefektifan kontrol nyeri dan penerimaan pasien tentang manajemen nyeri. Selain itu perawat dapat melakukan kolaborasi dengan dokter dalam melakukan manajemen farmakologi yang dapat dilakukan dengan pemberian obat-obatan analgesia. Obat-obat analgesia dalam intervensi penanganan nyeri terbagi menjadi 2 jenis yakni analgetik opioid seperti fentanyl, morfin dan pethidine serta analgetik non-opioid seperti ketorolac, ibuprofen, dll.

Penanganan penyakit apendisitis ini dapat dilakukan di RSUD dr Soekardjo karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit umum daerah milik Pemerintah dan merupakan salah satu rumah sakit tipe B yang terletak di wilayah Tasikmalaya, Jawa Barat. Rumah sakit ini memberikan pelayanan di bidang kesehatan yang didukung oleh layanan dokter spesialis, salah satunya dokter spesialis bedah digestif yang menangani masalah, komplikasi atau problematika penyakit pada perut/ dinding perut, organ cerna dan saluran cerna seperti penyakit apendisitis. Rumah sakit ini ditunjang dengan fasilitas yang memadai untuk menangani berbagai kasus penyakit. Selain itu RSUD dr Soekardjo juga sebagai rumah sakit rujukan untuk wilayah Tasikmalaya dan sekitarnya dan menjadi alasan peneliti untuk meneliti di rumah sakit ini.

Berdasarkan uraian yang dipaparkan diatas bahwa apendisitis merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering terjadi serta salah satu kasus paling sering menjalani operasi gawat darurat abdomen. Untuk

mengurangi dampak yang terjadi pasca operasi terutama nyeri akut peran perawat sangat di butuhkan. Maka dari itu penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan proses keperawatan dalam sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Apendektomi Dengan Nyeri Akut di Ruang Melati Lantai IV RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya.”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas dapat ditarik rumusan masalah bagaimana asuhan keperawatan pada pasien post operasi apendektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Melati Lantai IV RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post operasi apendektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Melati Lantai IV RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien post operasi apendektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Melati Lantai IV RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya

- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan pada pasien post operasi apendektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Melati Lantai IV RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada pasien post operasi apendektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Melati Lantai IV RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien post operasi apendektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Melati Lantai IV RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya
- 5) Melakukan evaluasi pada pasien post operasi apendektomi dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang Melati Lantai IV RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi dunia keperawatan khususnya pada keperawatan medical bedah sebagai informasi dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien post operasi apendektomi dengan nyeri akut.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **a. Bagi Rumah Sakit**

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dengan

pasien post apendektomi dengan nyeri akut di rumah sakit khususnya di ruang medical bedah.

b. Bagi Perawat

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi referensi perawat dalam menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien post operasi apendektomi serta acuan dalam penerapan manajemen nyeri sehingga dapat di aplikasikan untuk menurunkan intensitas nyeri.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Penulis mengharapkan karya tulis ini dapat menjadi referensi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada pasien post apendektomi dengan nyeri akut untuk mengurangi intensitas nyeri pada klien.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori**

##### **2.1.1 Definisi**

Menurut Mansjoer, 2001 dikutip dalam Mardalena, 2018: 149 apendisitis adalah peradangan dari apendiks dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Menurut Wilson dan Goldman, 1989 dikutip dalam Mardalema, 2018: 149 penyebab yang paling umum dari apendisitis adalah obstruksi lumen oleh feses yang akhirnya merusak suplai aliran darah dan mengikis mukosa menyebabkan inflamasi. Menurut Williams dan Wilkins dalam Indri dkk, 2014 dikutip dalam Mardalena, 2018: 149 apendisitis merupakan peradangan pada apendiks yang berbahaya dan jika tidak ditangani dengan segera akan terjadi infeksi berat yang bisa menyebabkan pecahnya lumen usus.

Radang usus buntu atau apendisitis adalah infeksi pada usus buntu yang dapat merembet ke usus besar dan menyebabkan peradangan pada selaput rongga perut. Radang usus ini dapat di tandai dengan gejala-gejala seperti nyeri yang menetap pada perut, demam ringan, mual dan muntah, spasme otot, konstipasi, diare dan selera makan berkurang. (Koes Irianto, 2014)

Apendisitis adalah peradangan dari apendik periformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Apendisitis akut adalah keadaan yang disebabkan oleh peradangan yang mendadak pada suatu apendiks. (Dermawan dan Rahayuningsih, 2010)

Appendicitis adalah radang pada usus buntu dalam bahasa latinnya *apendiks vermiformis*, yaitu suatu organ yang berbentuk kerucut memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah. (Handaya, 2017)

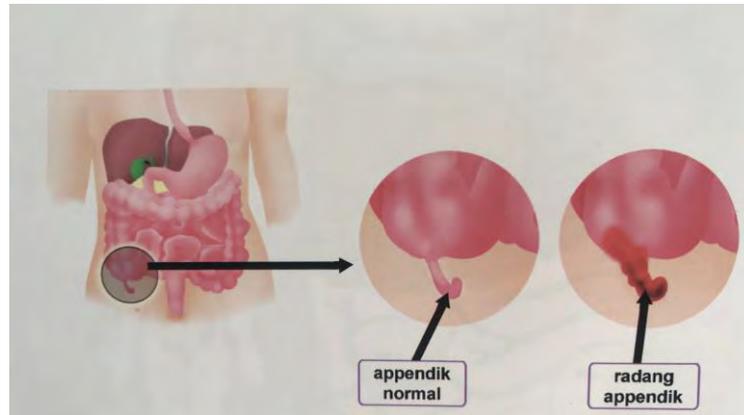
Apendektomi merupakan pengangkatan terhadap apendiks terinflamasi (Haryono,2012). Apendektomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks, pembedahan diindikasikan bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan. Hal ini dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi (Sulung dan Rani, 2017).

Apendektomi adalah operasi pengangkatan usus buntu. Operasi dilakukan untuk penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Usus buntu yang terinflamasi/ apendisitis dapat pecah dan melepaskan bakteri dan kotoran ke rongga perut (Whalen et al, 2017).

Menurut penulis apendisitis adalah peradangan pada apendiks yang apabila tidak ditangani dengan segera akan menimbulkan berbagai komplikasi yang mengancam jiwa dimana dapat terjadi perforasi ataupun kejadian abses pada apendiks dan sekitarnya. Apendisitis merupakan salah satu penyakit kegawatan abdomen akut yang paling sering terjadi. Sedangkan apendektomi adalah pembedahan atau operasi pengangkatan usus buntu yang dilakukan bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan. Apendektomi dapat dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko terjadinya perforasi yang menyebabkan bakteri dan kotoran menyebar ke rongga perut.

## 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

### 2.1.2.1 Anatomi



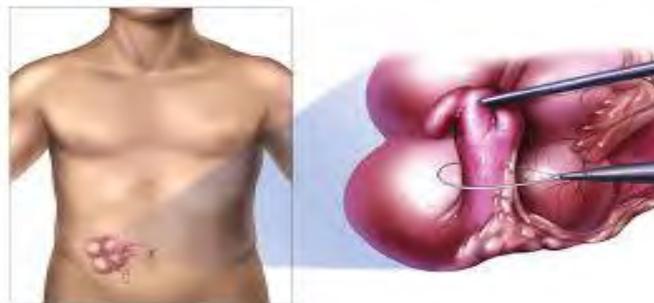
Gambar 2.1 Apendisitis (Handaya, 2017)

Umbai cacing atau apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu. Secara anatomi apendiks merupakan tabung berujung buntu dengan diameter kurang lebih sebesar pensil dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar di bagian distal. Namun demikian, pada bayi apendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit ke arah ujungnya. Dinding apendiks berisi jaringan limfatik yang merupakan bagian dari sistem kekebalan tubuh untuk membuat antibodi. Pada orang dewasa, apendiks rata-rata berukuran 10 cm tetapi juga dapat bervariasi dari 2 sampai 20 cm. Walaupun lokasi apendiks selalu tetap, lokasi ujung apendiks bisa berbeda-beda, mungkin berada di *retrocaecal* atau di pinggang (pelvis), namun yang jelas tetap terletak di *peritoneum*.

Persarafan parasimpatis dari apendiks berasal dari cabang nervus vagus yang mengikuti arteri mesenterika superior dan arteri apendikularis,

sedangkan persarafan simpatis berasal dari nervus torakalis X. Peredaran darah apendiks berasal dari arteri apendikularis yang merupakan arteri tanpa kolateral.

Posisi apendiks yang normal adalah apendiks yang terletak pada dinding abdomen di bawah titik *Mc. Burney*. Menentukan titik *Mc. Burney* dilakukan dengan cara menarik garis semu dari umbilikal kanan ke *anterior superior iliac spina* kanan dan  $\frac{2}{3}$  dari garis tersebut merupakan titik *Mc Burney*. Operasi membuang umbai cacing dikenal sebagai apendektomi. (Shanty, 2011; Warsinggih, 2016)



Gambar 2.2 Apendektomi (Whalen et al, 2017)

#### 2.1.2.2 Fisiologi

Secara fisiologi apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari, lendir yang di hasilkan akan di hantarkan ke dalam lumen yang selanjutnya mengalir ke dalam sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks berperan pada patogenesis apendisitis.

Apendiks mempunyai peranan dalam mekanisme imunologik. Immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh *Gut Associated Lymphoid Tissue* (GALT) yang terdapat di sepanjang saluran cerna termasuk apendiks adalah IgA. Immunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi.

Namun demikian, pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfe disini sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan di seluruh tubuh (Katz, 2009 dikutip dalam Warsinggih, 2016)

### 2.1.3 Etiologi

Penyebab radang usus buntu karena adanya penyumbatan/obstruksi lumen atau rongga apendiks oleh feses (fecalith), pembesaran kelenjar sekitar apendiks, tumor dan benda asing bisa berupa biji-bijian yang akan menyebabkan infeksi. Ketika apendiks mengalami obstruksi maka terjadi inflamasi dan infeksi pada apendiks. (Hurst,2016; Handaya,2017)

Menurut Haryono, 2012 Apendisitis akut dapat disebabkan oleh beberapa sebab, diantaranya :

#### 1) Factor Sumbatan

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

#### 2) Factor Bakteri

Infeksi enterogen merupakan factor pathogenesis primer pada apendisitis akut. Pada kultur didapatkan terbanyak ditemukan adalah kombinasi antara *Bacteriodes fragililis* dan *E.coli*, lalu *Splanchicus*, *lacto-bacilus*, *Pseudomonas*, *Bacteriodes splanicus*. Sedangkan kuman yang

menyebabkan perforasi adalah kuman anaerob sebesar 96% dan aerob lebih dari 10%.

### 3) Kecenderungan Familiar

Hal ini dihubungkan dengan kebiasaan makanan dalam keluarga terutama dengan diet rendah serat dapat memudahkan terjadinya fekalith dan mengakibatkan obstruksi lumen.

### 4) Factor Ras dan Diet

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

## 2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala	Rasional
Nyeri	Nyeri terjadi akibat pembengkakan yang disebabkan oleh inflamasi. Ruptur apendiks dapat memicu peningkatan nyeri.
a. Biasanya di sekitar area umbilicus	
b. Nyeri akan berkembang ke kuadran kanan bawah yang dikenal sebagai titik McBurney (sepertiga jarak dari spina iliaca anterior superior ke umbilikus), tempat yang biasanya menjadi letak dasar apendiks.	
c. Nyeri tekan pantul (nyeri setelah abdomen ditekan dan dilepaskan secara mendadak) terjadi pada lokasi ini.	
d. Nyeri meningkat saat batuk atau pergerakan mendadak, yang	

	dapat menunjukkan terjadinya iritasi peritoneal.
e.	Posisi janin dapat membantu meredakan gejala yang merupakan petunjuk jelas terjadinya apendisitis.
Kekakuan abdomen	Berhubungan dengan aktivitas melindungi abdomen atau perforasi apendiks dengan peritonitis
Mual dan muntah	Dapat terjadi akibat nyeri atau proses inflamasi di saluran GI. Mual dan muntah paling cenderung terjadi selama awitan nyeri umbilicus.
Peningkatan jumlah sel darah putih dan demam	Saat bakteri terperangkap didalam apendiks, inflamasi dan infeksi terjadi. Demam dapat dimulai pada derajat rendah, tapi dapat naik sampai diatas 38,3°C, kita harus menganggap terjadinya peritonitis.
Kehilangan nafsu makan	Disebabkan oleh nyeri, mual dan muntah

Tabel 2.1 Tanda Dan Gejala Serta Rasional Apendisitis (Hurst, 2016)

### 2.1.5 Patofisiologi

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

Penyebab utama apendisitis 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 lainnya misalnya keganasan (karsinoma karsinoid).

Obstruksi apendiks itu menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa apendiks terbungkus tidak bisa masuk caecum, semakin lama mucus yang terbungkus makin banyak dan menekan dinding apendiks, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intra lumen. Tekanan tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan oedem, ulserasi mukosa serta merangsang tunika serosa dan peritoneum visceral. Oleh karena itu persarafan apendiks sama dengan usus yaitu torakal X maka rangsangan itu dirasakan sebagai rasa sakit disekitar umbilicus, memberikan keluhan mual dan muntah.

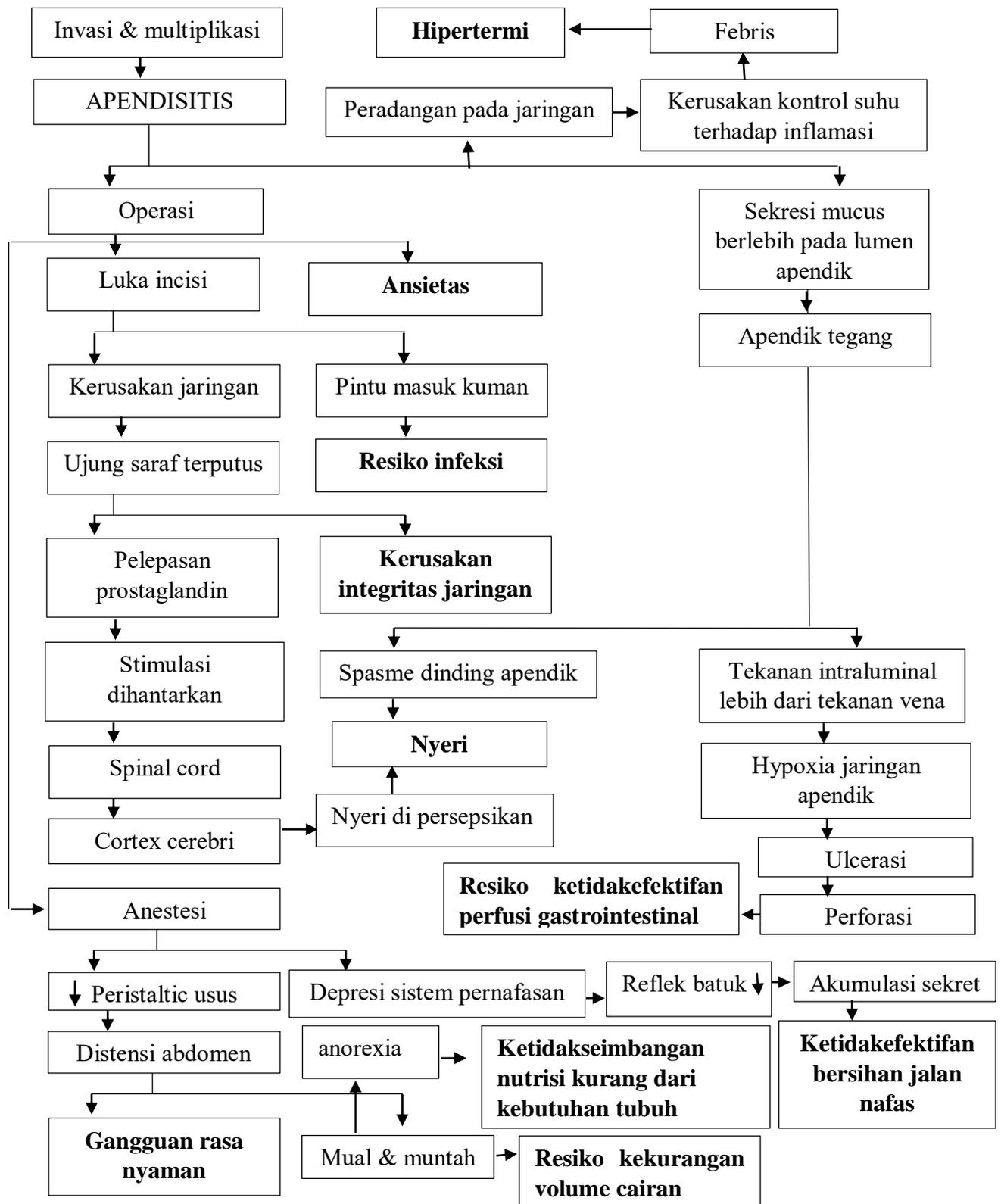
Mucus yang terkumpul itu lalu terinfeksi oleh bakteri menjadi nanah, kemudian timbul gangguan aliran vena, sedangkan arteri belum terganggu, peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum parietal setempat, sehingga menimbulkan rasa sakit dikanan bawah, keadaan ini disebut dengan apendisitis supuratif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

Bila kemudian aliran arteri terganggu maka akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti ganggren. Stadium 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 suatu masa local, keadaan ini disebut sebagai apendistis abses. Bila proses berjalan

lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak kearah apendiks hingga muncul infiltrate appendikkularis.

Pada anak-anak karena omentum masih pendek dan tipis, apendiks yang relative lebih panjang, dinding apendiks yang lebih tipis dan daya tahan tubuh yang masih kurang, demikian juga pada orangtua karena telah ada gangguan pembuluh darah, maka perforasi terjadi lebih cepat. Bila apendisitis infiltrate ini menyembuh dan kemudian gejalanya hilang timbul dikemudian hari maka terjadi apendisitis kronis. (Junaidi, 1982 dikutip dalam Dermawan dan Rahayuningsih,2010 ; Rudi H,2012 ; Handaya, 2017)

Bagan 2.1 Patofisiologi Apendisitis (Nurarif dan Kusuma, 2015)

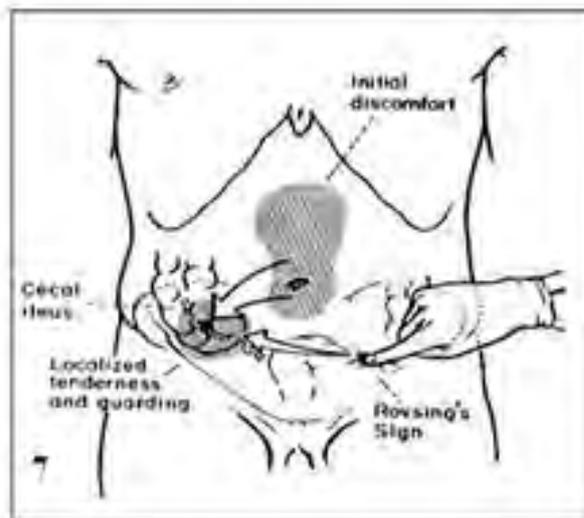


### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Penegakkan diagnosis dan pemeriksaan penunjang pada pasien apendisitis adalah :

1. Anamnesis (tanya jawab) untuk mengetahui factor risiko dan riwayat sebelumnya yang terkait. Apakah terdapat nyeri, muntah ataupun panas.
2. Pemeriksaan fisik
  - a. Rovsing sign

Pada penekanan pada perut bagian kontra McBurney (kiri) terasa nyeri di McBurney (kanan) karena tekanan tersebut merangsang peristaltic usus dan juga udara dalam usus, sehingga bergerak dan menggerakkan peritoneum sekitar apendiks yang sedang meradang sehingga terasa nyeri.



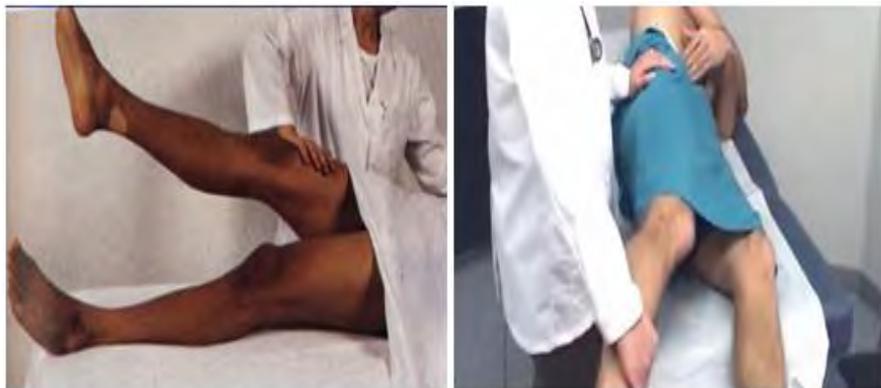
Gambar 2.3 Rovsing Sign (Ubaidi, 2016)

b. Psoas sign

Pasien terlentang, tungkai kanan lurus dan ditahan oleh pemeriksa. Pasien disuruh aktif memfleksikan articulation coxae (sendi paha) kanan, akan terasa nyeri diperut kanan bawah.

Pasien miring ke kiri, paha kanan dihiperekstensi oleh pemeriksa, akan terasa nyeri diperut kanan bawah.

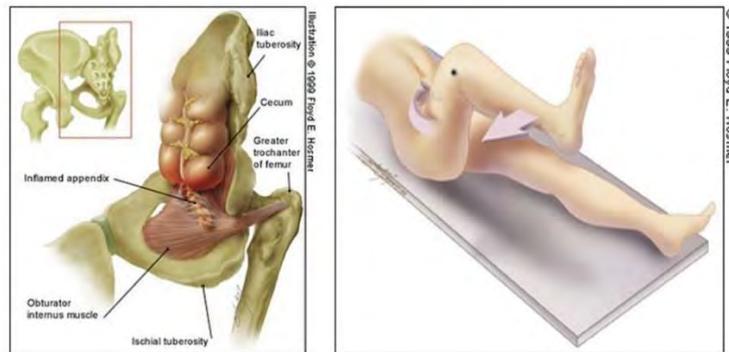
Nyeri pada cara ini menggambarkan iritasi pada otot psoas kanan dan indikasi iritasi retrocaecal dan retroperitoneal dari phlegmon atau abscess. Dasar anatomis terjadinya psoas sign adalah apendiks yang terinflamasi yang terletak retroperitoneal akan kontak dengan otot psoas pada saat dilakukan manuver ini.



Gambar 2.4 Psoas Sign (Ubaidi, 2016)

c. Obturator sign

Dengan gerakan fleksi dan endorotasi articulation coxae (sendi paha) pada posisi supine akan menimbulkan nyeri. Bila nyeri berarti kontak dengan m.obturator internus, artinya apendiks terletak di pelvis.



Gambar 2.5 Obturator Sign (Dermawan dan Rahayuningsih,2010)

3. Pemeriksaan laboratorium
  - a. Pada pemeriksaan laboratorium darah, yang dapat ditemukan adalah kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000–18.000/mm<sup>3</sup>. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah)
  - b. Urinalisis untuk menentukan apakah adanya infeksi saluran kemih yang dapat memiliki gejala serupa.
4. Pemeriksaan penunjang lainnya adalah USG perut (abdomen) mengetahui adanya apendisitis dan komplikasi yang ditimbulkannya, yaitu infiltrate dan pernanahan (abses) disekitar apendiks.
5. CT-Scan dilakukan untuk menentukan apakah apendiks mengalami inflamasi. Diagnosis apendisitis dengan CT-scan ditegakkan jika apendiks dilatasi lebih dari 5-7 mm pada diameternya.
6. Penilaian dengan **skor Alvarado** yang bisa diterapkan pada dewasa maupun anak-anak. Tanda klinis yang diperiksa pada skor Alvarado, yaitu:

**Tanda**

- a. Nyeri yang berpindah : Skor 1
- b. Nafsu makan menurun : Skor 1
- c. Mual dan muntah : Skor 1

**Gejala**

- a. Dinding perut kanan bawah tegang : Skor 2
- b. Nyeri lepas tekan perut kanan bawah : Skor 1
- c. Peningkatan suhu  $> 37,5^{\circ}\text{C}$  : Skor 1

**Pemeriksaan Laboratorium**

- a. Peningkatan angka leukosit  $>10.000\mu\text{L}$  : Skor 2
- b. Segmen  $>75\%$  : Skor 1

Total skor  $> 7$  berarti apendisitis akut, bila kurang apendisitis kronis.

Pada anak dan remaja bisa menggunakan *Pediatric Apendisitis Skor (PAS)* dengan penambahan kriteria adanya nyeri di kanan bawah pada saat batuk (skor 2). Total skor  $>8$  berarti apendisitis akut, bila kurang apendisitis kronis. (Handaya, 2017; Haryono,2012; Hurst, 2016; Dermawan dan Rahayuningsih, 2010; Warsinggih,2016).

**2.1.7 Penatalaksanaan**

Pengobatan apendisitis dapat berupa tindakan operasi maupun non-operasi. Pengobatan non-operasi digunakan apabila operasi tidak tersedia, jika seseorang tidak cukup sehat untuk menjalankan operasi, atau jika diagnosa tidak jelas. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa apendisitis

bisa membaik tanpa operasi. Pengobatan non-operasi meliputi pemberian antibiotic untuk mengobati infeksi dan diet cairan atau makanan lunak sampai infeksi mereda. (Shanty, 2011)

Penatalaksanaan apendisitis menurut Dermawan dan Rahayuningsih, 2010 antara lain :

1. Sebelum operasi

- a. Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis seringkali belum jelas. Dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan. Pasien dipuasakan dan melakukan tirah baring. Pemberian laksatif tidak boleh diberikan bila ada kecurigaan adanya apendisitis atau bentuk peritonitis lainnya. Pemeriksaan abdomen, rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik. Pemeriksaan radiologi seperti foto abdomen dan thoraks dilakukan untuk mencari penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnose ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di bagian abdomen kuadran kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

- b. Antibiotik

Terapi antibiotic jangan diberikan jika diagnosa diragukan, karena obat ini dapat menyamarkan perforasi. Pada

kasus apendisitis ganggrenosa atau apendisitis perforasi, para pasien diberikan terapi antibiotik.

## 2. Operasi

### a. Apendektomi

Operasi yang dilakukan dengan membuat irisan pada bagian kanan bawah abdomen atau titik Mc Burney untuk mengikat dan memotong apendiks yang meradang.

### b. Laparatomi

Pada kasus apendisitis komplikata dengan ditemukannya peradangan jaringan yang hebat, adanya abses disekitar apendiks atau adanya kebocoran pada apendiks dapat dilakukan operasi dengan membuat irisan pada pertengahan perut untuk mengikat dan memotong apendiks selain itu juga akan dilakukan pembersihan abses dengan mencuci bersih rongga perut dengan cairan steril.

### c. Laparaskopi

Laparaskopi atau operasi minimal invasive adalah operasi yang dilakukan dengan membuat irisan kecil 3 titik dengan kamera, monitor dan alat khusus. Keuntungan dari operasi ini adalah irisan pada tempat operasi lebih kecil, nyeri lebih ringan, penyembuhan lebih cepat. Operasi dengan prosedur laparaskopi dilakukan baik pada kasus apendisitis simple ataupun komplikata.

### 3. Pasca operasi

Pasca operasi perlu dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan. Pasien dikatakan baik apabila dalam kurun waktu 12 jam tidak terjadi gangguan. Selama itu pasien dipuaskan. Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada kasus perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal.

Setelah 4-5 jam pasca operasi klien bisa diberikan test feeding dengan diberikan minum mulai 15ml/jam lalu dinaikkan menjadi 30 ml/jam. Penatalaksanaan test feeding ini dilakukan dengan berkolaborasi terlebih dahulu dengan dokter dan petugas instalasi gizi. Keesokan harinya pasien diberikan makanan saring, dan hari berikutnya diberikan makanan lunak. Satu hari pasca operasi pasien disarankan untuk duduk tegak di tempat tidur.

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan baik pada individu maupun kelompok, baik actual maupun potensial yang kemudian dilakukan perencanaan tindakan untuk menyelesaikannya, mengurangi maupun mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan

keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan yang dilaksanakan. (Rohmah dan Walid, 2014)

## **2.2.1 Pengkajian**

### **2.2.1.1 Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan yang merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan perawat dalam mengidentifikasi masalah keperawatan dalam tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Diagnosa yang di ambil akan menentukan bagaimana perencanaan keperawatan yang akan di terapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang telah di buat. Maka dari itu pengkajian keperawatan harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga segala kebutuhan perawatan pasien dapat diidentifikasi (Rohmah dan Walid, 2014). Adapun kegiatan yang dilakukan dalam pengkajian diantaranya :

#### **1. Identitas pasien**

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor medrec, diagnosa medik dan alamat.

#### **2. Identitas penanggung jawab**

Identitas penanggung jawab diisi oleh biodata dari seseorang yang memiliki hubungan keluarga dengan klien baik ayah, ibu, suami, istri,

atau pun anak yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

### 3. Riwayat kesehatan

#### a) Riwayat kesehatan sekarang

##### 1) Keluhan utama pasien saat masuk Rumah Sakit

Pasien datang ke RS dengan keluhan rasa nyeri di sekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Nyeri yang dirasakan bersifat terus menerus, atau hilang timbul dalam waktu yang lama. Keluhan yang menyertai biasanya pasien mengeluh rasa mual dan muntah serta demam (Mardalena, 2018).

##### 2) Keluhan utama saat dikaji

Menurut Dermawan dan Rahayuningsih, 2010 keluhan utama saat dikaji merupakan penjelasan terkait keluhan yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian. Pengkajian pada pasien dengan post operasi apendektomi sering ditemukan keluhan nyeri saat dikaji. Riwayat kesehatan sekarang dikaji dengan pendekatan PQRST.

#### P : Provokatus – Paliatif

Pengkajian yang dilakukan untuk menilai apa yang menyebabkan gejala nyeri terasa, apa yang memperberat nyeri, apa yang mengurangi nyeri pada post operasi apendektomi.

Q : Kualitas – Quantitas

Pengkajian yang dilakukan pada pasien post operasi apendektomi untuk menilai bagaimana rasa nyeri yang dirasakan, sejauh mana nyeri dirasakan dan seberapa sering pasien merasakan nyeri.

R : Region – Radiasi

Pengkajian yang dilakukan untuk mengetahui dimana rasa nyeri dirasakan oleh pasien, apakah nyeri yang dirasakan menyebar atau tidak. Pada pasien post operasi apendektomi nyeri dirasakan di abdomen kuadran kanan bawah.

S : Skala – Severity

Pengkajian yang dilakukan untuk mendeteksi bagaimana tingkat keparahan nyeri yang dirasakan, pada skala berapa nyeri dirasakan. Pada pasien post operasi apendektomi nyeri yang dirasakan oleh dapat bervariasi (ringan-berat). Perbedaan skala nyeri ini dipengaruhi oleh berbagai factor seperti usia, jenis kelamin, pengaruh social budaya, pengaruh psikologis.

T : Time

Pengkajian yang dilakukan untuk mengidentifikasi kapan rasa nyeri mulai timbul, seberapa sering nyeri dirasakan, tiba-tiba atau bertahap, seberapa lama nyeri dirasakan.  
(Rohmah dan Walid, 2014)

b) Riwayat kesehatan masa lalu

Mengkaji riwayat penyakit yang diderita oleh pasien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita pasien saat ini. Misalnya tanyakan apakah pasien sedang menjalankan program diet atau memiliki kebiasaan makan makanan rendah serat serta bagaimana kebiasaan eliminasi pasien (Mardalena, 2018; Rohmah dan Walid, 2014).

c) Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian ini dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, dan penyakit menular akibat kontak langsung maupun kontak tidak langsung antar anggota keluarga. Pada pengkajian ini apabila terdapat penyakit keturunan maka dibuat genogram yang dituliskan dalam tiga generasi sesuai dengan kebutuhan. Genogram ini dapat menunjukkan garis anggota keluarga yang menderita penyakit. (Rohmah dan Walid, 2014)

4. Pola aktivitas sehari-hari

Diisi dengan pola aktivitas sehari-hari yang berhubungan dengan perubahan fungsi pada klien sebelum sakit di rumah sampai dengan saat sakit selama di RS. Pengkajian pola aktivitas ini meliputi pola nutrisi, eliminasi, istirahat tidur, personal hygiene dan aktivitas. Setelah operasi apendektomi pasien dipuaskan sampai bising usus kembali normal.

Pada pengkajian pola aktivitas klien, pada pasien post operasi apendektomi, pasien mengalami gangguan aktivitas karena kelemahan fisik akibat adanya luka operasi (Mardalena, 2018).

#### 5. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menggunakan empat cara yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.

##### 1) Status kesehatan umum

Keadaan umum pada pasien post operasi apendektomi tampak nyeri ringan/sedang/berat, gelisah, rewel, lemah.

Kesadaran, dapat diisi dengan tingkat kesadaran secara kualitatif atau kuantitatif yang dipilih sesuai dengan kondisi pasien. Secara kuantitatif, tingkat kesadaran dapat dinikai dengan pengukuran GCS (Glasgow Coma Scale). Sedangkan, secara kualitatif tingkat kesadaran dimulai dari composmentis, apatis, samnolen, sopor dan koma.

##### 2) Sistem sirkulasi/ kardiovaskuler

Pada pasien post operasi apendektomi terdapat peningkatan denyut nadi (takikardia) dan tekanan darah.

##### 3) Sistem respirasi

Pengkajian sistem respirasi pada pasien post operasi apendektomi ditemukan data pasien mengalami takipnoe (peningkatan frekuensi pernapasan) serta cenderung mengalami pernapasan dangkal.

##### 4) Sistem pencernaan

Terdapat penurunan bising usus pada klien post operasi apendektomi serta terdapat rasa nyeri pada luka operasi di kuadran kanan bawah abdomen.

5) Sistem genitourinaria

Terjadi penurunan jumlah output urine pada klien post operasi apendektomi akibat pembatasan intake oral.

6) Sistem muskuloskeletal

Terjadi kelemahan (malaise) pada pasien post operasi apendektomi akibat pengaruh anestesi pada saat operasi namun keadaan ini akan berangsur-angsur kembali normal.

6. Data psikologis

Data psikologi yang dikaji pada klien meliputi status emosi, kecemasan dan pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri.

Konsep diri terdiri atas lima komponen yaitu :

a. Citra tubuh

Sikap ini mencakup persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

b. Ideal diri

Persepsi klien terhadap tubuh, posisi, status, tugas, peran, lingkungan dan terhadap penyakitnya.

c. Harga diri

Penilaian/penghargaan orang lain, hubungan klien dengan orang lain.

d. Identitas diri

Status dan posisi klien sebelum dirawat dan kepuasan klien terhadap status dan posisinya.

e. Peran

Seperangkat perilaku/tugas yang dilakukan dalam keluarga dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas

Pengkajian dari data psikologis pada pasien post operasi apendektomi biasanya memiliki kekhawatiran pada proses penyembuhan luka dan terkadang cepat tersinggung atau cepat marah.

7. Data Sosial

Data ini diambil dari interaksi social dalam hubungan keluarga, tetangga, masyarakat,perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya termasuk gaya hidup, faktor sosial kultural dan support sistem.

8. Data Spiritual

Pada data spiritual ini menyangkut masalah keyakinan terhadap tuhan Yang Maha Esa, sumber kekuatan, sumber kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan dan kegiatan keagamaan yang ingin dilakukan selama sakit serta harapan klien akan kesembuhan penyakitnya.

9. Pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium

- a. Pemeriksaan laju endap darah (LED) meningkat pada keadaan apendisitis infiltrate

- b. Pemeriksaan urine rutin penting di lakukan untuk melihat apakah terdapat infeksi pada ginjal
- c. Peningkatan leukosit, hingga sekitar 10.000–18.000/mm<sup>3</sup>. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah)

## 2) Radiologi

- a. Pemeriksaan USG untuk mengetahui adanya apendisitis dan komplikasi yang ditimbulkannya, yaitu infiltrat, apendiks non perforasi dan abses apendiks.
- b. CT-Scan dilakukan untuk menentukan apakah apendiks mengalami inflamasi. Diagnosis apendisitis dengan CT-scan ditegakkan jika apendiks dilatasi lebih dari 5-7 mm pada diameternya.

### **2.2.1.2 Analisa Data**

Analisa data merupakan kegiatan pengelompokkan dan menginterpretasikan kelompok data itu serta mengkaitkannya untuk menarik kesimpulan kemudian membandingkan dengan standar yang normal serta menentukan masalah atau penyimpangan baik actual maupun potensial yang merupakan suatu kesimpulan dengan demikian akan ditemukan masalahnya dan menentukan data subjektif dan objektif lain dibuat intervensinya.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia baik individu atau kelompok terhadap masalah kesehatan actual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk menjaga status kesehatan atau mengurangi, menyingkirkan dan mencegah perubahan (Rohmah dan Walid, 2014). Secara garis besar diagnosa keperawatan pada pasien post operasi apendektomi menurut Herdman dan Kamitsuru, 2018 adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan adanya insisi pembedahan
2. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive (insisi pembedahan)
3. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pasca operasi (puasa)
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis (mual, muntah)
5. Kecemasan berhubungan dengan prognosis penyakit dan prosedur pembedahan
6. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

### **2.2.3 Intervensi**

Perencanaan adalah pengembangan strategi untuk menyelesaikan, mengurangi serta mencegah masalah-masalah yang telah teridentifikasi

dalam diagnosa keperawatan serta menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara untuk menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah dan Walid, 2014).

Menurut Herdman dan Kamitsuru, 2018 tindakan keperawatan pada pasien post operasi apendektomi atas indikasi apendisitis adalah sebagai berikut:

## a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya insisi pembedahan

Tabel 2.2 Intervensi nyeri akut (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)

Diagnosa	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut b.d adanya insisi pembedahan</p> <p><b>Definisi :</b> Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual dan potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (International Association for the study of Pain); awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.</p> <p><b>Batasan karakteristik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan selera makan</li> <li>- Diaphoresis</li> <li>- Perilaku distraksi</li> <li>- Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya</li> <li>- Perilaku ekspresif</li> </ul>	<p><b>Tujuan (NOC)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrol nyeri</li> <li>- Tingkat nyeri</li> </ul> <p><b>Kriteria hasil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab dari gejala, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mampu mencari bantuan)</li> <li>- Tanda tanda vital dalam batasan normal</li> <li>- mampu mengenali nyeri (skala,intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)</li> <li>- mampu melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri</li> <li>- Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</li> </ul>	<p><b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b></p> <p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>a) Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.</p> <p>b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.</p> <p>c) Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.</p> <p>d) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p> <p>e) Evaluasi pengalaman nyeri masa lalu</p>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>a) Nyeri merupakan pengalaman subjektif. Pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas medikasi dan kemajuan penyembuhan.</p> <p>b) Isyarat non verbal dapat atau tidak dapat mendukung intensitas nyeri klien, tetapi mungkin merupakan satu-satunya indicator jika klien tidak dapat menyatakannya secara verbal</p> <p>c) Memberikan keyakinan bahwa klien tidak sendiri atau di tolak; memberikan respek dan penerimaan individu, mengembangkan kepercayaan</p> <p>d) Budaya adalah sesuatu cara hidup yang dimiliki bersama oleh sekelompok orang dan diwariskan dari generasi ke generasi</p> <p>e) Penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekspresi wajah nyeri</li> <li>- Sikap tubuh melindungi</li> <li>- Sikap melindungi area nyeri</li> <li>- Laporan tentang perilaku nyeri/perubahan aktivitas</li> <li>- Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri</li> <li>- Keluhan tentang karakteristik nyeri dengan menggunakan standar instrument nyerii</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>f) Evaluasi bersama pasien dan kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</li> <li>g) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.</li> <li>h) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.</li> <li>i) Kurangi factor presipitasi nyeri</li> <li>j) Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal)</li> <li>k) Kaji dan tipe sumber nyeri untuk menentukan intervensi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>f) Penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan</li> <li>g) Penggunaan persepsi sendiri / perilaku untuk menghilangkan nyeri dapat membantu klien mengatasinya lebih fektif.</li> <li>h) Untuk meningkatkan manajemen nyeri nonfarmakologi</li> <li>i) Perubahan berat / lamanya dapat mengindikasikan kemajuan proses penyakit / terjadinya komplikasi</li> <li>j) Ada dua cara penanganan nyeri yaitu menggunakan farmakologi dan nonfarmakologi</li> <li>k) Nyeri insisi bermakna pada fase pasca operasi awal. Di perberat oleh gerakan, batuk, distensi abdomen, mual.membiarkan klien rentang ketidaknyamanan sendiri membantu mengidentifikasi intervensi yang tepat dan mengevaluasi ketidakefektifan analgesia.</li> </ul>
<p><b>Factor yang berhubungan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agens cedera biologi</li> <li>- Agens cedera kimiawi</li> <li>- Agens cedera fisik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>l) Ajarkan tentang tehnik nonfarmakologi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>l) Manajemen nyeri non farmakologis lebih aman digunakan karena tidak menimbulkan efek samping .</li> </ul>

---

m) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	m) Meningkatkan kenyamanan dan memfasilitasi kerja sama dengan intervensi terapeutik lain
n) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	n) Penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan
o) Tingkatkan istirahat	o) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik
p) Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	p) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik
q) Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri	q) Penurunan ansietas / takut meningkatkan relaksasi kenyamanan
<b>Pemberian Analgesik</b>	<b>Pemberian Analgetik</b>
a) Tentukan lokasi karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat	a) <b>Dosis</b> adalah banyaknya suatu obat yang dapat dipergunakan atau diberikan kepada seorang penderita
b) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi	b) Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang di inginkan
c) Cek riwayat alergi	c) Alergi adalah suatu respon abnormal sistem kekebalan tubuh
d) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu	d) Kolaborasi penanganan nyeri untuk mencapai kriteria hasil yang di inginkan

---

- 
- |  |   |
|--|---|
| e) Tentukan pilihan analgetik tergantung tipe dan beratnya nyeri             | e) Pertimbangan pemilihan guna mencapai kriteria hasil yang diinginkan  |
| f) Pilih rute pemberian secara IV, IM, untuk pengobatan nyeri secara teratur | f) Rute pemberian obat terutama ditentukan oleh sifat dan tujuan dari penggunaan obat sehingga dapat memberikan efek terapi yang tepat  |
| g) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik pertama kali   | g) Respons autonomic meliputi perubahan pada tekanan darah, nadi, dan pernafasan, yang berhubungan dengan keluhan / penghilangan nyeri. Abnormalitas tanda vital terus menerus memerlukan evaluasi lanjut |
| h) Berikan analgetik tepat waktu terutama saat nyeri hebat                   | h) Pemberian obat yang terlalu cepat atau terlalu lambat dapat berakibat serius   |
| i) Evaluasi efektivitas analgetik, tanda dan gejala.                         | i) Mengontrol / mengurangi nyeri untuk meningkatkan istirahat dan meningkatkan kerja sama dengan aturan teraapeutik   |
-

## b. Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive (insisi pembedahan)

Tabel 2.3 Intervensi resiko infeksi (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive (insisi pembedahan) <b>Definisi :</b> Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan <b>Factor risiko :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan peristalsis</li> <li>- Gangguan integritas jaringan</li> <li>- Vaksinasi tidak adekuat</li> <li>- Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pathogen</li> <li>- Malnutrisi</li> <li>- Obesitas</li> <li>- Merokok</li> <li>- Status cairan tubuh</li> </ul> <b>Populasi berisiko :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tepajan pada wabah</li> </ul> <b>Kondisi terkait :</b>	<b>Tujuan (NOC)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Status imunitas</li> <li>- Kontrol resiko</li> <li>- Pengetahuan: pengendalian infeksi</li> <li>- Pemulihan pembedahan: penyembuhan</li> </ul> <b>Kriteria hasil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terbebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Mampu mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya</li> <li>- Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>- Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>- Menunjukkan perilaku sehat</li> </ul>	<b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b> <b>Kontrol Infeksi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien</li> <li>b) Pertahankan tehnik isolasi</li> <li>c) Batasi pengunjung bila perlu</li> <li>d) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung</li> <li>e) Gunakan antiseptik untuk cuci tangan</li> <li>f) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan</li> <li>g) Gunakan baju, sarung tangan sesuai alat pelindung</li> </ul>	<b>Kontrol Infeksi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Untuk meningkatkan pemulihan dan mencegah terjadinya komplikasi</li> <li>b) Meminimalkan patogen yang berada di sekitar pasien</li> <li>c) Membatasi pajanan terhadap agens infeksius. Isolasi proktetif dapat diperlukan pada anemia aplastic, ketika respons imun sangat mengalami gangguan</li> <li>d) Menurunkan resiko penyebaran bakteri</li> <li>e) Menghindari penularan dan resiko penyebaran bakteri</li> <li>f) Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan dapat meminimalkan kotoran-kotoran penyebab infeksi dan mencegah terjadinya infeksi</li> <li>g) Mencegah kontaminasi silang atau kolonasi bakteri.</li> <li>g) Sebagai alat proteksi dan mencegah penyebaran kuman</li> </ul>

- Perubahan pH sekresi	h) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.	h) Mengurangi risiko infeksi dan kolonisasi bakteri.
- Penyakit kronis		
- Penurunan kerja siliaris	i) Berikan terapi antibiotik bila perlu	i) Menurunkan jumlah organisme (pada infeksi yang telah ada sebelumnya) untuk menurunkan penyebaran dan pertumbuhannya pada rongga abdomen
- Penurunan hemoglobin		
- Imunosupresi		
- Prosedur invasive		
- Leukopenia	j) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local	j) Menyatakan keberadaan infeksi, perkembangan sepsis, yang memerlukan evaluasi dan terapi.
- Pecah ketuban dini		
- Pecah ketuban lambat	k) Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	k) Agar pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi
- Supresi respon inflamasi	l) Ajarkan cara menghindari infeksi	l) Supaya pasien dan keluarga bisa terhindar dari infeksi

c. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pasca operasi (puasa)

Tabel 2.4 Intervensi resiko kekurangan volume cairan (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan pasca operasi (puasa)	<b>Tujuan (NOC)</b> - Keseimbangan cairan - Hidrasi <b>Kriteria hasil</b> - Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB - Tekanan darah, nadi,suhu tubuh dalam rentang batas normal	<b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b> <b>Manajemen Cairan</b> a) Pertahankan catatan intake output yang akurat  b) Monitor hidrasi (kelembapan membrane mukosa, nadi	<b>Manajemen Cairan</b> a) Penurunan output sehingga urine menjadi pekat dengan peningkatan berat jenis mengindikasikan dehidrasi dan peningkatan akan kebutuhan cairan b) Indicator keadekutan sirkulasi perifer dan hidrasi seluler
<b>Definisi :</b> Penurunan cairan intravascular, interstisial, dan/atau intaseluler. Ini mangacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saja tanpa perubahan kadar natrium			

<b>Batasan karakteristik :</b>	- Tidak terdapat tanda dehidrasi	adekuat, tekanan darah ortostatik) jika diperlukan	
- Perubahan status mental	- Elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembap, tidak ada rasa haus yang berlebihan	c) Monitor tanda tanda vital	c) Membantu fluktuasi volume intravascular atau perubahan tanda-tanda vital yang berkaitan dengan respon imun terhadap inflamasi
- Penurunan turgor kulit		d) Monitor masukan makanan/ cairan dan hitung intake kalori harian	d) Penurunan haluaran urine dengan peningkatan berat jenis menyatakan dehidrasi dan peningkatan kebutuhan cairan
- Penurunan tekanan darah		e) Kolaborasi dalam pemberian cairan intravena dan elektrolit	e) Diperlukan untuk meningkatkan homeostasis untuk kesejahteraan menyeluruh dan penyembuhan pascaoperasi.
- Penurunan tekanan nadi			
- Penurunan volume nadi			
- Penurunan turgor lidah			
- Penurunan haluaran urine			
- Penurunan pengisian vena			
- Membran mukosa kering			
- Peningkatan suhu tubuh		<b>Manajemen Hipovolemia</b>	<b>Manajemen Hipovolemia</b>
- Peningkatan frekuensi nadi		a) Pemasangan infus	a) Memfasilitasi pemberian terapi serta untuk mempertahankan atau mengganti cairan tubuh
- Peningkatan hematocrit		b) Terapi intravena (IV)	b) Mempertahankan volume sirkulasi, meningkatkan fungsi ginjal
- Haus		c) Monitor berat badan	c) Peningkatan BB > 0,5 kg perhari diduga adanya retensi cairan
- Peningkatan konsentrasi urine			

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis (mual,muntah)

Tabel 2.5 Intervensi Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)

Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan factor biologis (mual,muntah) <b>Definisi :</b> Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic <b>Batasan karakteristik :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kram abdomen</li> <li>- Nyeri abdomen</li> <li>- Gangguan sensai rasa</li> <li>- BB 20% atau lebih dibawah rentang BBI</li> <li>- Kerapuhan kapiler</li> <li>- Diare</li> <li>- Enggan makan</li> <li>- Asupan makan kurang dari <i>Recommended daily allowance (RDA)</i></li> <li>- Bising usus hiperaktif</li> <li>- Tonus otot menurun</li> <li>- Membrane mukosa pucat</li> <li>- Ketidakmampuan memakan makanan</li> </ul>	<b>Tujuan (NOC)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Status nutrisi</li> <li>- Status nutrisi: asupan nutrisi</li> <li>- Berat badan : massa tubuh</li> </ul> <b>Kriteria hasil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya peningkatan BB sesuai dengan tujuan</li> <li>- BBI sesuai dengan tinggi badan</li> <li>- Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>- Tidak terdapat tanda malnutrisi</li> <li>- Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dan menelan</li> <li>- Tidak terjadi penurunan BB yang berarti</li> </ul>	<b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b> <b>Manajemen Nutrisi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Kaji adanya alergi makanan</li> <li>b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan</li> <li>c) Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori</li> <li>d) Monitor adanya penurunan berat badan</li> <li>e) Rekomendasikan makanan selingan</li> <li>f) Motivasi dan bantu oral hygiene</li> </ul>	<b>Manajemen Nutrisi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mengidentifikasi defisien dan kebutuhan untuk membatu dalam pilihan intervensi.</li> <li>b) Bermanfaat dalam, mengkaji kebutuhan nutrisi klien akibat perubahan pada fungsi pencernaan dan usus, termasuk absorpsi vitamin dan mineral</li> <li>c) Pantau asupan kalori atau insufisiensi kualitas makanan yang dikonsumsi.</li> <li>d) Pantau penurunan berat badan dan keefektifan intervensi nutrisi.</li> <li>e) Dapat meningkatkan asupan ketika mencegah distensi lambung.</li> <li>f) Meningkatkan nafsu makan dan asupan oral. Menurunkan pertumbuhan bakteri, meminimalkan kemungkinan infeksi.</li> </ul>

- 
- Sariawan rongga mulut
  - Kelemahan otot pengunyah dan menelan
  - Penurunan BB dengan asupan makan adekuat

**Factor yang berhubungan :**

Asupan diet kurang

**Populasi resiko :**

- Factor biologis
- Kesulitan ekonomi

**Kondisi terkait :**

- Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
  - Ketidakmampuan mencerna makanan
  - Ketidakmampuan makan
  - Gangguan psikososial
- 

- e. Kecemasan berhubungan dengan prognosis penyakit dan prosedur pembedahan

Tabel 2.6 Intervensi kecemasan (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al,2013; Doenges et al, 2019)

<b>Diagnosa</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Kecemasan berhubungan dengan prognosis penyakit dan prosedur pembedahan	<b>Tujuan (NOC)</b> - Tingkat kecemasan - Tingkat kecemasan social	<b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b> <b>Pengurangan Kecemasan</b> a) Gunakan pendekatan yang menenangkan	<b>Pengurangan Kecemasan</b> a) Dapat menghilangkan ketegangan terhadap
<b>Definisi :</b>			

<p>Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon otonom (sumber seringkali tidak spesifik atau tidak dapat diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman</p>	<p>- Koping</p> <p><b>Kriteria hasil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas</li> <li>- Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas</li> <li>- Tanda tanda vital dalam batas normal</li> <li>- Ekspresi waja, bahasa tubuh, postur tubuh, menunjukkan berkurangnya kecemasan</li> </ul>	<p>kekhawatiran yang tidak diekspresikan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>b) Pengetahuan tentang kemajuan situasi memberikan dukungan emosi, membantu menurunkan ansietas</li> <li>c) Meningkatkan relaksasi dan menurunkan kecemasan</li> <li>d) Digunakan dalam mengevaluasi efektivitas tindakan dalam menurunkan kecemasan</li> <li>e) Cemas berkelanjutan memberikan dampak serangan jantung selanjutnya</li> <li>f) Meningkatkan kenyamanan serta relaksasi untuk menurunkan kecemasan</li> </ul>
<p><b>Batasan karakteristik :</b></p>		
<p><i>Perilaku</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelisah</li> <li>- Perilaku mengintai</li> <li>- Insomnia</li> </ul>		
<p><i>Afektif</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesedihan yang mendalam</li> <li>- Menggemerutkan gigi</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri</li> <li>- Ketakutan</li> </ul>		
<p><i>Fisiologi</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah tegang</li> <li>- Tangan tremor</li> <li>- Peningkatan keringat</li> </ul>		
<p><i>Simpatis:</i> diare, gangguan pola pernapasan</p>		
<p><i>Parasimpatis :</i> nyeri abdomen, perubahan pola tidur</p>		
<p><i>Kognitif :</i> gangguan konsentrasi</p>		

**Factor yang berhubungan :**

- Stressor
- Ancaman kematian
- Ancaman pada status terkini
- Kebutuhan yang tidak terpenuhi

**Populasi berisiko :**

- Perubahan besar
- Terpapar pada toksin
- Krisis situasi
- Hereditas

- f. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi).

Tabel 2.7 Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan nafas (Herdman dan Kamitsuru, 2018; Bulechek et al, 2013; Moorhead et al, 2013; Doenges et al, 2019)

<b>Diagnosa</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas (mukus dalam jumlah berlebihan), jalan nafas alergik (respon obat anestesi). <b>Definisi :</b> Ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas. <b>Batasan karakteristik :</b>	<b>Tujuan (NOC)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Status pernapasan : kepatenan jalan napas</li> <li>- Status pernapasan : pertukaran gas</li> <li>- Status pernapasan : ventilasi</li> </ul> <b>Kriteria hasil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan</li> </ul>	<b>Tindakan Keperawatan (NIC)</b> <b>Manajemen Jalan Napas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>b) Keluarkan secret dengan batuk atau suction</li> <li>c) Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan</li> </ul>	<b>Pengurangan Kecemasan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Meningkatkan drainase sekresi, kerja pernapasan dan ekspansi paru</li> <li>b) Memobilisasi secret untuk membersihkan jalan napas dan membantu mencegah komplikasi pernapasan.</li> <li>c) Adanya mengi/ronki menunjukkan sekret tertahan, mengindikasikan</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada batuk</li> <li>- Suara napas tambahan</li> <li>- Perubahan pola napas</li> <li>- Perubahan frekuensi napas</li> <li>- Sianosis</li> <li>- Kesulitan verbalisasi</li> <li>- Penurunan bunyi napas</li> <li>- Dyspnea</li> <li>- Sputum dalam jumlah yang berlebihan</li> <li>- Batuk yang tidak efektif</li> <li>- Ortopnea</li> <li>- Gelisah</li> <li>- Mata terbuka lebar</li> </ul>	<p>dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal)</li> <li>- Mampu mengidentifikasi dan mencegah factor yang dapat menghambat jalan napas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>d) Berikan bronkodilator bila perlu</li> <li>e) Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>f) Berikan pelembab udara dengan kassa lembab di berikan NaCl</li> </ul>	<p>kebutuhan intervensi lebih agresif.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>d) Digunakan untuk memperluas saluran pernafasan agar pernafasan menjadi lebih baik</li> <li>e) Perubahan pada respirasi mengindikasikan terjadinya hipoksia/pengaruh terhadap pernapasan.</li> <li>f) Menurunkan risiko muntah/regurgitasi dan aspirasi.</li> </ul>
---	--	---	--

### 2.2.4 Implementasi

Pelaksanaan adalah realisasi dari perencanaan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan serta menilai data yang baru. (Rohmah dan Walid,2014)

### 2.2.5 Evaluasi

Menurut Rohmah dan Walid (2014) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Untuk memudahkan perawat dalam melakukan evaluasi atau memantau perkembangan pasien, digunakan komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Adapun pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut:

S : Data subjektif

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

O : Data objektif

Data berdasarkan hasil pengamatan perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

A : Analisis

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

P : *Planning*

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dalam rencana tindakan keperawatan yang telah di tentukan sebelumnya.

I : Implementasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen perencanaan.

E : Evaluasi

Respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

R : *Reassessment*

Pengkajian ulang terhadap perencanaan setelah dilakukan evaluasi, apakah perencanaan tindakan keperawatan perlu dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambah.

Evaluasi terdiri dari 2 macam jenis yaitu :

1. Evaluasi proses (formatif)

- a. Evaluasi yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan
- b. Berorientasi pada etiologi

- c. Dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai
2. Evaluasi hasil (sumatif)
    - a. Evaluasi yang dilakukan setelah akhir dari tindakan keperawatan secara paripurna
    - b. Berorientasi pada masalah keperawatan
    - c. Menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan
    - d. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan

## **2.3 Konsep Nyeri**

### **2.3.1 Definisi**

Nyeri adalah respon subjektif terhadap stressor fisik dan psikologis.  
(Lemone et al, 2016)

Menurut International Association For The Study Of Pain (IASP) dikutip dalam Lemone et al, 2016 Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik aktual maupun potensial, yang dapat terjadi akibat proses penyakit atau tindakan (*treatment*) seperti pengobatan atau pembedahan.

Nyeri adalah reaksi fisiologis karena reaksi protektif untuk menghindari stimulus yang membahayakan tubuh. Tetapi bila nyeri tetap berlangsung walaupun stimulus penyebab sudah tidak ada, berarti telah

terjadi perubahan patofisiologis yang justru merugikan tubuh. Sebagai contoh, nyeri karena pembedahan. (Kurniawan,2015)

### 2.3.2 Jenis dan Karakteristik Nyeri

Menurut Lemone et al, 2016 dan Kurniawan, tahun 2015 nyeri dapat di bedakan dalam beberapa cara yakni :

#### 1. Nyeri Menurut Durasinya

##### 1) Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial atau kerusakan dengan durasi kurang dari 3 bulan. (Herdman dan Kamitsuru, 2018)

Nyeri akut memiliki awitan yang mendadak, paling sering terjadi akibat cedera jaringan akibat trauma, pembedahan, atau inflamasi, biasanya membuat diri menjadi terbatas dan terlokalisasi meskipun dapat menjalar. Penyebab nyeri akut biasanya dapat diidentifikasi. Penyembuhan jaringan mengurangi nyeri. Nyeri akut di alami segera setelah pembedahan sampai tujuh hari kedepan. Jenis- jenis nyeri akut meliputi :

- a. *Nyeri Somatik*, yang berasal dari reseptor saraf kulit (misalnya laserasi), jaringan subkutan, atau struktur tubuh dalam seperti periosteum, otot, tendon, sendi dan

pembuluh darah. Nyeri somatic dideksripsikan sebagai rasa nyeri yang tajam dan terlokalisasi. Contohnya nyeri insisi bedah

- b. *Nyeri Viseral*, yang berasal dari organ tubuh. Nyeri visceral ini bersifat tumpul dan tidak terlokalisasi dengan baik karena jumlah nosiseptor yang rendah. Nyeri visceral biasanya menjalar dan menuju ke daerah permukaan tubuh yang jauh dari tempat nyeri namun berasal dari dermatom yang sama dengan asal nyeri. Contohnya dismenore, nyeri robekan atau bacokan, nyeri kolik, gastroenteritis.

## 2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang memanjang, atau nyeri yang menetap setelah kondisi yang menyebabkan nyeri tersebut hilang serta berlangsung lebih dari 3 bulan. Nyeri kronis dapat dibagi menjadi tiga kategori yaitu :

- a. *Nyeri akut berulang*, dicirikan dengan episode nyeri yang mudah ditemukan dan diselingi dengan episode bebas nyeri. Contohnya migraine.
- b. *Nyeri maglina kronis*, disebabkan oleh berkembangnya penyakit yang mengancam jiwa atau berkaitan dengan terapi. Contohnya nyeri pada penyakit kanker.

c. *Nyeri nonmaligna kronis*, nyeri yang tidak mengancam jiwa dan tidak terjadi melebihi waktu penyembuhan yang diharapkan. Contohnya *low back pain* (nyeri pinggang bawah).

## 2. Nyeri Berdasarkan Patofisiologi

### 1) Nyeri Nosiseptif

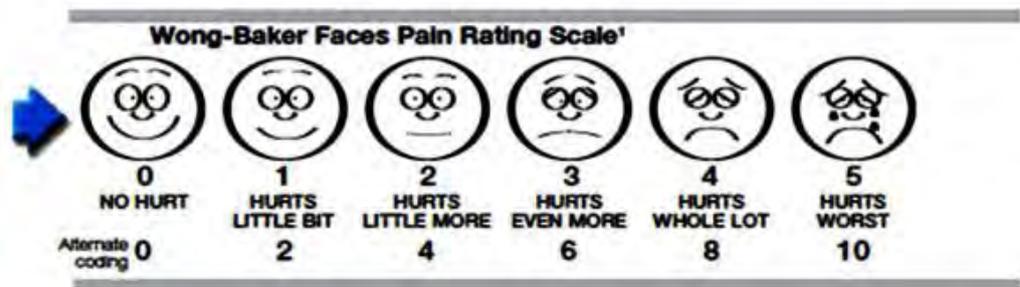
Nyeri nosiseptif adalah nyeri yang dihasilkan oleh rangsangan kimia, mekanik dan suhu yang menyebabkan aktivasi maupun sensitisasi pada nosiseptor perifer (saraf yang bertanggung jawab terhadap rangsang nyeri). Nyeri ini umumnya terlokalisasi dan responsif terhadap terapi seperti pemberian analgesic opioid atau non opioid. Nyeri nosiseptif dapat bersifat akut atau kronis, disebabkan oleh proses penyakit, trauma jaringan, terapi medis seperti pembedahan.

### 2) Nyeri Neuropatik

Nyeri neuropatik disebabkan oleh cedera saraf perifer yang menyebabkan impuls abnormal yang diproses oleh system saraf perifer dan pusat. Meskipun nyeri neuropatik dapat bersifat akut, namun biasanya bersifat kronis. Nyeri neuropatik terjadi akibat hiperaktivitas neuron pada medulla spinalis dan thalamus. Hiperaktivitas neuron menghasilkan impuls *detopik* (berasal dari bagian yang abnormal), mengakibatkan paresthesia spontan, mati rasa, nyeri dan nyeri tekan, selain gangguan saraf perifer.

### 2.3.3 Penilaian Nyeri

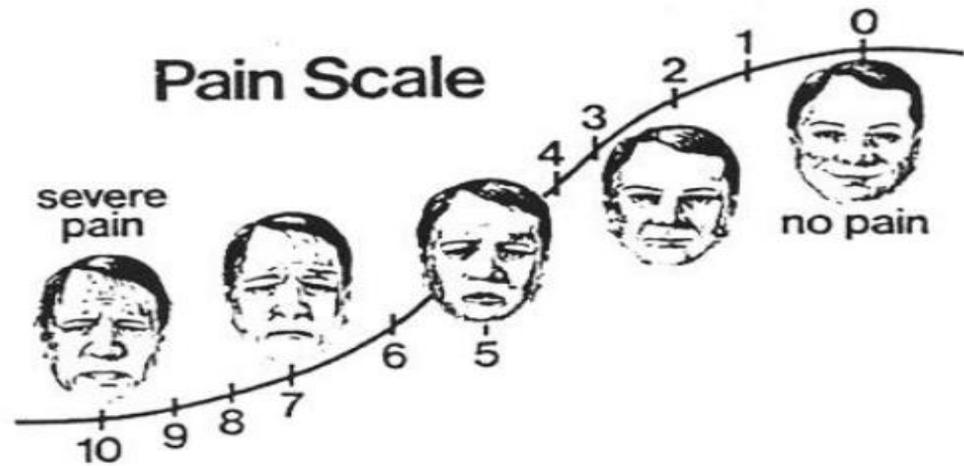
Menurut Kurniawan, 2015 penilaian nyeri adalah elemen yang penting untuk menentukan tindakan/terapi nyeri yang efektif. Skala penilaian nyeri dan keterangan pasien dapat digunakan untuk menilai derajat nyeri.



Gambar 2.6 Wong Baker Faces Pain Rating Scale (Kurniawan,2015)



Gambar 2.7 Numerical Rating Scale (Kurniawan, 2015)



Gambar 2.8 Visual Analogue Scale (Kurniawan,2015)

#### 2.3.4 Penanganan Nyeri

Penanganan nyeri paska pembedahan yang efektif harus mengetahui patofisiologi dan pathway nyeri sehingga penanganan nyeri dapat dilakukan dengan cara farmakoterapi, pembedahan, serta teknik non-farmakologi (fisioterapi, psikoterapi).

##### 1. Farmakologis

Penatalaksanaan farmakologis merupakan penanganan nyeri dengan menggunakan agen farmakologis. Analgesic adalah metode yang paling sering digunakan. (Hariyanto dan Sulistyowati, 2015)

Modalitas analgetik paska pembedahan termasuk didalamnya analgesik oral parenteral, blok saraf perifer, blok neuroaksial dengan anestesi lokal dan opioid intraspinal. Pemilihan teknik analgesia secara umum berdasarkan tiga hal yaitu pasien, prosedur dan pelaksanaannya. Ada empat grup

utama dari obat-obatan analgetik yang digunakan untuk penanganan nyeri paska pembedahan.

Non-opioid analgesics	Paracetamol NSAIDs, including COX-2 inhibitors* Gabapentin, pregabalin <sup>†</sup>
Weak opioids	Codeine Tramadol Paracetamol combined with codeine or tramadol
Strong opioids	Morphine Diamorphine Pethidine Piritramide Oxycodone
Adjuvants**	Ketamine Clonidine

Gambar 2.9 Obat Farmakologi Untuk Penanganan Nyeri (Kurniawan,2015)

<p><b>Mild intensity pain</b></p> <p><i>For example:</i> Inguinal hernia Varicos Laparoscopy</p>	<p><b>Moderate intensity pain</b></p> <p><i>For example:</i> Hip replacement Hysterectomy Jaw surgery</p>	<p><b>Severe intensity pain</b></p> <p><i>For example:</i> Thoracotomy Upper abdominal surgery Aortic surgery Knee replacement</p>
	<p>(i) Paracetamol and wound infiltration with local anaesthetic</p> <p>(ii) NSAIDs (unless contraindicated) and</p> <p>(iii) Peripheral nerve block (single shot or continuous infusion) or opioid injection (IV PCA)</p>	<p>(i) Paracetamol and wound infiltration with local anaesthetic</p> <p>(ii) NSAIDs (unless contraindicated) and</p> <p>(iii) Epidural local analgesia or major peripheral nerve or plexus block or opioid injection (IV PCA)</p>
<p>(i) Paracetamol and wound infiltration with local anaesthetic</p> <p>(ii) NSAIDs (unless contraindicated) and</p> <p>(iii) Regional block analgesia Add weak opioid or rescue analgesia with small increments of intravenous strong opioid if necessary</p>		

Gambar 2.10 Pilihan Terapi Untuk Penanganan Nyeri Berdasarkan Jenis Operasi (Kurniawan,2015)

## 2. Non-Farmakologis

Tindakan non farmakologis dapat digunakan untuk mengurangi nyeri mencakup intervensi perilaku kognitif yang dapat mengubah persepsi nyeri. Ada beberapa metode metode non-farmakologi yang digunakan untuk membantu penanganan nyeri paska pembedahan, seperti menggunakan terapi fisik (dingin, panas) yang dapat mengurangi spasme otot, akupunktur untuk nyeri kronik (gangguan muskuloskeletal, nyeri kepala), terapi psikologis (musik, hipnosis, terapi kognitif, relaksasi, distraksi, terapi tingkah laku) dan rangsangan elektrik pada sistem saraf (TENS, spinal cord stimulation, intracerebral stimulation). Penerapan penatalaksanaan nyeri nonfarmakologi dewasa ini merupakan alternative yang banyak menjadi pilihan karena teknik ini dapat digunakan oleh setiap orang dan dimana saja, tidak menimbulkan cedera (*non-invasive*), tidak menimbulkan efek samping, mudah dan murah. Disamping itu, penanganan nyeri nonfarmakologis dapat meningkatkan kenyamanan sekaligus menurunkan kecemasan (Hariyanto dan Sulistyowati, 2015; Kurniawan,2015)

## **2.4 Relaksasi Genggam Jari**

### **2.4.1 Definisi**

Menurut Potter & Perry 2005 dikutip dalam Sulung dan Rani, 2017 relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri.

Teknik relaksasi genggam jari adalah teknik yang mudah digunakan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan dan aliran energi didalam tubuh, terdapat kombinasi yaitu relaksasi nafas dalam, menggunakan waktu yang relatif singkat. Teknik tersebut merupakan cara untuk mengelola emosi dan mengembangkan kecerdasan emosional. Di sepanjang jari-jari terdapat saluran yang terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Titik-titik refleksi pada tangan memberikan rangsangan secara spontan pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan membuat sumbatan dijalur energi menjadi lancar serta memicu pengeluaran hormon endorphen, hormon ini ialah analgesik alami tubuh sehingga nyeri akan berkurang. (Hasaini,2019)

### **2.4.2 Tujuan**

Untuk menganalisis efektifitas relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post op apendektomi. (Hasaini, 2019)

### 2.4.3 Langkah Pelaksanaan

Fase Interaksi :

1. Mengeksplorasi perasaan, harapan, dan kecemasan diri sendiri.
2. Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri perawat sendiri.
3. Mengumpulkan data tentang klien.
4. Merencanakan pertemuan pertama dengan klien.

Tahap orientasi :

1. Memberikan salam terapeutik
2. Validasi kondisi pasien
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga

Tahap kerja :

1. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya
2. Mencuci tangan (Dengan prinsip 6 langkah benar)
3. Menjaga privacy pasien
4. Posisikan pasien dengan berbaring lurus ditempat tidur, minta pasien untuk mengatur nafas dan merileksasikan otot.
5. Perawat duduk berada disamping pasien, relaksasi dimulai dengan menggenggam ibu jari pasien dengan tekanan lembut, genggam hingga nadi pasien terasa berdenyut.
6. Pasien diminta untuk menarik nafas dengan lembut
7. Minta pasien untuk menghembuskan nafas dengan perlahan dan teratur

8. Genggam ibu jari selama kurang lebih 3-5 menit dengan napas secara teratur dan begitu seterusnya satu persatu beralih ke jari selanjutnya dengan rentang waktu yang sama.

Tahap Terminasi :

1. Evaluasi respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (Baik ibu, saya sudah selesai melakukan tindakan bagaimana perasaannya bu?)
2. Rencana tindak lanjut (Baik ibu untuk tindakan pagi ini sudah selesai, saya akan segera melaporkan kepada dokter yang berjaga pada pagi hari ini mengenai tindakan yang telah saya lakukan dan untuk mengetahui tindak lanjut yang harus diberikan kepada ibu)
3. Kontrak waktu
4. Dokumentasi respon pasien

#### **2.4.4 Fisiologi Penurunan Nyeri**

Menurut Puwahang, 2011 dan Andika, 2006 dikutip dalam Sulung dan Rani, 2017 menggenggam jari sambil mengatur napas (relaksasi) dilakukan selama kurang lebih 3-5 menit dapat mengurangi ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi meridian (energy channel) yang terletak di sepanjang jari tangan kita, energy meridian ini terhubung dengan berbagai organ dan emosi. Titik –titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleksi (spontan) pada saat genggaman. Rangsangan tersebut akan mengalirkan

gelombang listrik menuju otak yang akan diterima dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan, sehingga penyumbatan di jalur energi menjadi lancar. Teknik relaksasi genggam jari membantu tubuh, pikiran dan jiwa untuk mencapai relaksasi. Dalam keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin, hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang.