

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OP* APPENDICTOMY
ATAS INDIKASI APENDICITIS AKUT DENGAN NYERI AKUT DI
RUANG WIJAYA KUSUMA 1 RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Disusun Oleh :

ZULIYANTI

NIM : AKX.16.150



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA
BANDUNG
2020**

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : FADLAH DWI WIJAKSONO

NPM : AKX.17.027

Institusi : DIII Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat
Medik Universitas Bhakti Kencana Bandung

Judul Karya Tulis : Keperawatan Anestesi pada pasien Invaginasi yang akan
menjalani tindakan Laparatomi eksplorasi

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

Bandung, September 2020

Yang Membuat Pernyataan



Fadiah Dwi Wijaksono

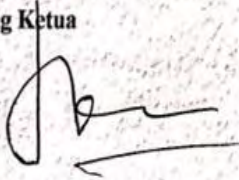
LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OP* APPENDICTOMY
ATAS INDIKASI APPENDICITIS AKUT DENGAN NYERI AKUT
DIRUANG WIJAYA KUSUMA 1 RSUD CIAMIS

OLEH
ZULIYANTI
AKX.16.150

Penelitian ini telah disetujui oleh panitia penguji pada 03 september 2020

Menyetujui

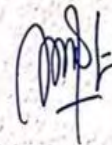
Pembimbing Ketua



Drs. Rachwan Hermawan, BscAn., M.Kes

NIK 10115175

Pembimbing Pendamping

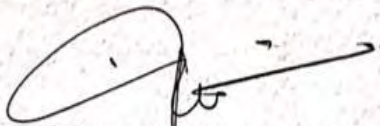


Ade Tika Herawati, M.Kep

NIK 02007020134

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



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

NIP.02001020009

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS IMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST OP* APPENDICTOMY
ATAS INDIKASI APPENDICITIS AKUT DENGAN NYERI AKUT
DIRUANG WIJAYA KUSUMA I RSUD CIAMIS**

OLEH

ZULIYANTI

AKX 16.150

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

PANITIA PENGUJI

**Ketua : Rachwan Herawan, BSC., An., M.Kes
(Pembimbing Utama)**

(.....)

Anggota :

**1. A.Aep Indarna, S.Pd., S.Kep., Ners., M.Pd
(Penguji I)**

(.....)

**2. Sri Mulyati R, M.Kes
(Penguji II)**

(.....)

**3. Ade Tika Herawati S.Kep., Ners., M.Kep
(Pembimbing pendamping)**

(.....)

Mengetahui

Universitas Bhakti Kencana Bandung

Dekan,

Rd. Siti Juariah, S.Kp., M.Kep
NIK 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan Karunia-Nya sehingga penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ini yang berjudul:

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI APPENDICTOMY ATAS INDIKASI APPENDICITIS AKUT DENGAN NYERI AKUT DIRUANG WIJAYA KUSUMA 1 RSUD CIAMIS ”.

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

Penyusunan karya tulis ini tidak pernah berdiri sendiri, Untuk itu dengan segala kerendahan hati penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang tak terhingga serta rasa hormat yang tulus kepada :

1. H. Mulyana SH.MPd, MH.Kes., selaku Ketua Yayasan Adhiguna Kencana Bandung.
2. Dr.Entris Sutrisno, MH.Kes., selaku Rektor universitas Bhakti Kencana Bandung.
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kep., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz Muslim, S.Kep., Ners., M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
5. Rachwan Herawan, BSC., An.,M.Kes selaku pembimbing utama dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Ade Tika Herawati,S.Kep.,Ners., M.Kep selaku pembimbing pendamping dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Vera Abriyanti S.Kep.,Ners Selaku CI ruangan Wijaya Kusuma 1 yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD Ciamis
8. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana Bandung.
9. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi Universitas Bhakti Kencana Bandung.
10. Untuk kedua orangtua yang selalu menjadi panutan demi keberhasilan penulis yaitu Ayahanda tercinta Zulkifili A.Fauto dan Ibunda tercinta Ramla, nenek tersayang Hadjija serta crew keluarga besar penulis Rifka Isma Fadillah, Razul I Z Fauto, Rafik Z fauto, Syamsul Reihan Z Fauto yang telah memberikan dorongan serta dukungan dengan tulus, selalu mendoakan demi keberhasilan penulis.
11. Untuk sahabat terkasih Anggreani sity Ar,Devi Rais, Dania Habib,Andriyani, Wahyuni yang selalu memberi semangat dan mendoakan penulis.
12. Untuk teman – teman *partner in crime* dalam pembuatan KTI ini, Dinda, Dhea, Asih , Shova , Illafin , Nola , Hastika , Reza dan seluruh teman seperjuangan Anestesi angkatan XIII yang telah memberikan dorongan semangat serta dukungan dengan tulus sehingga KTI ini dapat terselesaikan.
13. Untuk teman *partner in the kost* Kak Hana yang selalu menemani penulis.

14. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan baik dari isi maupun tehnik penulisannya karenanya segala saran serta kritik yang bersifat membangun guna penulisan karya tulis yang lebih baik sebagai bahan penyempurnaan karya tulis ke depan dan pengembangan ilmu keperawatan di masa yang akan datang.

Bandung,03 september 2020

Zuliyanti

ABSTRAK

Latar belakang : appendicitis adalah peradangan pada lapisan dalam appendix vermiformis yang disebabkan oleh obstruksi pada lumen appendix. Penanganan apendisitis adalah pembedahan (appendektomi) untuk mengurangi resiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses. Tindakan apendektomi dapat menyebabkan komplikasi seperti nyeri akut serta gangguan mobilitas fisik. Untuk mengatasi masalah nyeri pada klien maka diperlukan manajemen nyeri, yaitu teknik relaksasi nafas dalam. Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Ciamis periode Januari – Desember 2019 didapatkan bahwa klien yang mengalami gangguan system pencernaan Appendicitis jumlahnya 83 kasus (10,73%) walaupun tidak termasuk dalam 10 kategori penyakit terbesar namun appendicitis ini harus segera di tangani untuk mencegah komplikasi yang pada umumnya berbahaya. jika tidak diberikan asuhan keperawatan atau tindakan keperawatan yang tepat maka akan mengganggu kebutuhan dasar manusia yang meliputi Bio-Psiko-Sosial-Spiritual. **Tujuan:** Untuk memperoleh pengetahuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien *post op appendectomy* atas indikasi appendicitis akut. **Metode :** Metode yang dipakai yaitu studi kasus dengan cara pengumpulan data, observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi yang dilakukan pada dua klien *post op appendectomy* atas indikasi appendicitis akut dengan masalah keperawatan Nyeri Akut pada luka post operasi *appendectomy*. **Hasil :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam, adapun perbedaan hasil dari intervensi bantu dengan teknik relaksasi pada kedua klien yaitu pada hari ketiga, dengan hasil pada klien pertama yaitu penurunan skala nyeri menjadi 1 dari 6 (0-10) sedangkan pada klien kedua menjadi 2 dari 5(0-10) hal ini dikarenakan skala nyeri yang berbeda. **Diskusi :** pada klien dengan masalah keperawatan nyeri akut *post op appendectomy* ,diberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri insisi pasien post op *appendectomy* ,Oleh karena itu peran perawat sangat penting, terutama dalam pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Nyeri Akut, *Appendicitis*, *Post Op Appendectomy*.

Daftar pustaka : 12 Buku (2010-2020), 2 jurnal (2010-2020), 3 Website

ABSTRACT

Background: appendicitis is inflammation of the inner lining of the appendix vermiformis caused by obstruction of the appendix lumen. Management of appendicitis is surgery (appendectomy) to reduce the risk of further perforation such as peritonitis or abscess. Appendectomy can cause complications such as acute pain and impaired physical mobility. To overcome the problem of pain in the client, pain management is needed, namely deep breathing relaxation techniques. Based on data obtained from Ciamis Regional Hospital January-December 2019, it was found that clients who experienced digestive system disorders Appendicitis numbered 83 cases (10.73%) although not included in the 10 biggest disease categories, this appendicitis must be dealt with immediately to prevent complications in generally dangerous. if no nursing care is given or appropriate nursing actions it will interfere with basic human needs which include Bio-Psycho-Social-Spiritual. **Method:** The method used is a case study by data collection, observation, interview, physical examination and documentation study conducted on two post op appendectomy clients for indications of acute appendicitis with nursing problems Acute Pain in post operative appendectomy wounds. **Results:** After taking nursing action for 3x 24 hours, the difference in the results of the intervention assisted with relaxation techniques on the two clients is on the third day, with the results on the first client namely decreased pain scale to 1 of 6 (0-10) while on the second client to 2 out of 5 (0-10) this is due to different pain scales. **Discussion:** in clients with acute pain problems in post op appendectomy, breathing relaxation techniques are given to reduce incision pain in post op appendectomy patients. Therefore the role of nurses is very important, especially in providing comprehensive nursing care to meet basic human needs.

Keywords: Nursing care, Acute Pain, Appendicitis, Post Op Appendectomy.

Bibliography: 12 Books (2010-2020), 2 journals (2010-2020), 3 Websites

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.i
LEMBAR PENGESAHAN.....	Error! Bookmark not defined.ii
KATA PENGANTAR.....	iii
Abstrak	iv
Daftar Isi.....	v
Daftar Gambar.....	iv
Daftar Bagan	vii
Daftar Tabel	viii
Daftar Lampiran.....	ix
Daftar Singkatan.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1

1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.4 Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Anatomi	7
2.1.2 Fisiologi	8
2.1.3 Defenisi Appendicitis Akut	9
2.1.4 Konsep Penyakit	9
2.1.5 Patofisiologi	11
2.1.6 Penatalaksanaan Medis	12
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	14
2.2 Konsep Appendectomy	15
2.2.1 Defenisi	16
2.2.2 Indikasi	16
2.2.3 Komplikasi	16
2.2.4 Pemulihan	18
2.3 Konsep Nyeri	19
2.3.1 Defenisi Nyeri	19
2.3.2 Klasifikasi	20
2.3.3 Penatalaksanaan Nyeri	21
2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	26
2.4.1 Pengkajian	26
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	32

2.4.3 Intervensi Keperawatan	33
2.4.4. Implementasi Keperawatan	35
2.4.5 Evaluasi Keperawatan	41
BAB III METODE PENELITIAN	43
3.1 Desain Penelitian	43
3.2 Batasan Istilah	43
3.3 Partisipan/Responden/Subyek Penelitian	44
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	45
3.5 Pengumpulan data	45
3.6 Uji Keabsahan data	47
3.7 Analisa data	47
3.8 Etika Penelitian	48
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	51
4.1 Hasil	51
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan data	51
4.1.2 Asuhan Keperawatan	52
4.2 Pembahasan	110
4.2.1 Pengkajian	110
4.2.2 Diagnosa	112
4.2.3 Intervensi	115
4.2.4 Implementasi	116
4.2.5 Evaluasi	119

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	120
5.1 Kesimpulan	120
5.2 Saran	123

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
2.1 Radang pada Appendiks.....	8
2.4 Visual Analog Scale	20

DAFTAR TABEL

TABEL	Halaman
2.1 Intervensi Nyeri Akut.....	33
2.2 Intervensi Resiko Infeksi Area Pembedahan	36
2.3 Intervensi Defisiensi Pengetahuan.....	39
4.1 Identitas Klien.....	52
4.2 Riwayat Kesehatan.....	55
4.3 Pola Aktivitas Sehari - hari.....	57
4.4 Pemeriksaan Fisik.....	60
4.5 Pemeriksaan Psikologis.....	64
4.6 Pemeriksaan Diagnostik.....	66
4.7 Program dan Rencana Pengobatan.....	67
4.8 Analisa Data.....	68
4.9 Diagnosa Keperawatan.....	72
4.10 Intervensi.....	78
4.11 Implementasi	83
4.12 Evaluasi Sumatif.....	108

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I	Lembar Konsul KTI
LAMPIRAN II	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
LAMPIRAN III	Lembar Observasi
LAMPIRAN IV	Lembar Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus
LAMPIRAN VI	Satuan Acara Penyuluhan (SAP)
LAMPIRAN VII	Leaflet
LAMPIRAN VIII	Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
DEPKES	: Departemen Kesehatan
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
CM	: Compos Mentis
IV	: Intra Vena
TD	: Tekanan Darah
N	: Nadi
R	: Respirasi
S	: Suhu
POD	: Post Operative Day
MCV	: Mean Corpuscular Volume

MCH	: Mean Corpuscular Hemoglobin
USG	: Ultrasonografi
VAS	: Visual analogue scale
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
HB	: Hemoglobin
AGD	: Analisa Gas Darah
TPM	: Tetes Per Menit
RL	: Ringer Laktat
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
MG	: Miligram
CRT	: Cathode Ray Tube
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
DC	: Dower Cateter

BB : Berat Badan
KG : Kilogram
CM : Centi Meter
ADL : Activity Daily Living

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Apendisitis merupakan peradangan akibat infeksi pada usus buntu, Infeksi yang terjadi menyebabkan tekanan yang lebih besar pada appendix, sehingga menurunkan aliran darah yang mengalir melalui dinding organ. Dampaknya, jaringan usus akan kekurangan pasokan darah dan membuatnya mati secara perlahan. Proses ini akan terus berlanjut sampai dinding otot pada usus menjadi sangat tipis dan akhirnya pecah. Tindakan pembedahan untuk mengambil appendix yang biasanya sudah terinfeksi adalah appendectomy.

Berdasarkan data Badan Kesehatan Dunia atau World Health Organization (WHO) menunjukkan Insiden appendicitis pada tahun 2018 mencapai 7 dari populasi penduduk dunia. Di Amerika Serikat appendicitis merupakan kedaruratan bedah abdomen yang paling sering dilakukan, dengan jumlah penderita pada tahun 2017 sebanyak 734.138 orang dan meningkat pada tahun 2018 yaitu sebanyak 739.177 orang (WHO, 2018). Insidensi appendektomi di Indonesia menempati urutan ke 2 dari 193 negara diantara kasus kegawatan abdomen lainnya. Dan apendiksitis akut menempati urutan ke 4 penyakit terbanyak di Indonesia setelah dispepsia, gastritis dan duodenitis, dan penyakit sistem cerna lain dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 28.040 (Depkes RI, 2018). Berdasarkan survei Dinas kesehatan Jawa Barat tahun 2016

menyebutkan bahwa pada kelompok usia 5-60 tahun dengan pola penyakit apendiks untuk persentase rawat inap di Rumah Sakit yaitu sebesar 1,72% sehingga menganggap bahwa Apendisitis merupakan isu prioritas kesehatan di tingkat lokal dan nasional karena mempunyai dampak besar pada kesehatan masyarakat. Berdasarkan data yang diperoleh dari Ruang Bedah Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis periode Januari – Desember 2019 didapatkan bahwa klien yang mengalami gangguan system pencernaan Appendiksitis jumlahnya 83 kasus (10,73%) walaupun tidak termasuk dalam 10 kategori penyakit terbesar namun appendicitis ini harus segera di tangani untuk mencegah komplikasi seperti peritonitis, abses, bahkan bisa terjadi kematian .jika tidak diberikan asuhan keperawatan atau tindakan keperawatan yang tepat maka akan mengganggu kebutuhan dasar manusia yang meliputi Bio-Psiko-Sosial-Spiritual .

Semua kasus appendicitis memerlukan tindakan pengangkatan dari appendix yang terinflamasi, baik dengan appendectomy maupun dengan laparotomy . Apabila tidak dilakukan tindakan pengobatan, maka angka kematian akan tinggi, terutama disebabkan karena peritonitis dan shock.Masalah yang banyak terjadi pada penderita post appendektomi menurut Wilkinson & Ahern (2013): Nyeri akut, Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, Hambatan mobilitas fisik, Konstipasi, Resiko kekurangan volume cairan, Ansietas, Resiko infeksi, Bersihan jalan napas tidak efektif, Defisit pengetahuan. Intervensi atau tindakan mandiri keperawatan yang dapat dilakukan dalam mengurangi nyeri pada pasien dengan post operasi

appendiktomi salah satunya yaitu dengan mengajarkan tehnik relaksasi Benson (Berman & Koziar, 2012)

Salah satu penatalaksanaan nyeri non farmakologi pada pasien post operasi adalah teknik rileksasi benson(Warsono et al., 2019).Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan oleh Melva Manurung (2019) menunjukkan ada pengaruh signifikan terhadap teknik relaksasi benson dengan penurunan skala nyeri post appendictomy di RSUD Porsea. Dari hasil penelitian menyimpulkan bahwa teknik relaksasi benson dapat menurunkan skala nyeri pada pasien Post Operasi appendicitis dari skala nyeri berat menjadi skala nyeri ringan. Selain itu, teknik relaksasi benson dapat digunakan dimana saja tanpa mengganggu aktivitas yang lainnya (Rasubala et al., 2017). Relaksasi Benson dikembangkan dari metode respons relaksasi dengan melibatkan factor keyakinan (faith factor). Pasien melakukan relaksasi dengan mengulang kata atau kalimat yang sesuai dengan keyakinan responden sehingga menghambat impuls noxius pada system kontrol descending (gate control theory) dan meningkatkan kontrol terhadap nyeri (Data dkk, 2018) Hasil penelitian tentang Pengaruh Tehnik Relaksasi Benson Terhadap penurunan Skala Nyeri Post Appendiktomi di RSUD Porsea didapatkan hasil analisa uji t pre eksperimen dan post eksperimen kelompok intervensi diperoleh nilai $p=0.000$, yang berarti nilai $p < 0.05$ maka dapat disimpulkan ada perbedaan perbedaan skala nyeri post Appendixtomy di RSUD Porsea setelah dilakukan Teknik Relaksasi Benson (Manurung, 2019)

Oleh karena itu peran perawat sangat penting, terutama dalam pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif untuk memenuhi kebutuhan dasar

manusia, berdasarkan observasi yang penulis dapatkan dari ruang Bedah Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis bahwa upaya yang dilakukan oleh perawat diruangan untuk mengurangi rasa nyeri insisi pasien post op appendectomy biasanya dilakukan dengan pemberian obat analgetik. Pemberian terapi non-farmakologis jarang dilakukan, sehingga hal ini mendorong penulis untuk melakukan terapi non- farmakologis. Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk membuat dan menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan mengangkat judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Appendectomy Atas Indikasi Appendicitis Akut” diruang Wijaya Kusuma 1 RSUD CIAMIS.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *Post Op* Appendectomy a.i Appendicitis Akut dengan nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis?

1.3 Tujuan penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada klien *Post Op* Appendectomy a.i Appendicitis Akut dengan Nyeri Akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penulis mampu melakukan pengkajian pada klien dengan *Post Op Appendectomy* a.i Appendicitis Akut dengan Nyeri akut di Ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.

- a. Penulis mampu menetapkan diagnosa keperawatan pada klien dengan *Post Op Appendectomy* a.i Appendicitis Akut dengan Nyeri Akut di ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.
- b. Penulis mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien dengan *Post Op Appendectomy* a.i Appendicitis Akut dengan Nyeri Akut di ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.
- c. Penulis mampu melakukan tindakan keperawatan pada klien dengan *Post Op Appendectomy* a.i Appendicitis Akut dengan Nyeri Akut di ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.
- d. Penulis mampu melakukan evaluasi pada klien dengan *Post Op Appendectomy* a.i Appendicitis Akut dengan Nyeri Akut di ruang Wijaya Kusuma 1 RSUD Ciamis.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi kepustakaan untuk penelitian lebih lanjut terutama di bidang

keperawatan medical bedah pada klien *Post Op* Appendectomy a.i appendicitis akut dengan masalah keperawatan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

1.4.2.1 Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan perawat dalam penatalaksanaan untuk klien dengan Asuhan keperawatan pada klien post op appendectomy a.i appendicitis akut dengan Nyeri Akut.

1.4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan pada klien *Post Op* Appendectomy a.i Appendicitis Akut dengan Nyeri Akut.

1.4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi pendidikan yaitu dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien *Post Op* Appendectomy a.i Apendisitis Akut dengan Nyeri Akut.

1.4.2.4 Bagi Pembaca

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi pendidikan yaitu dapat digunakan untuk meningkatkan wawasan dan informasi bagi klien baik dari media masa maupun elektronik agar menambah pengetahuan khususnya tentang asuhan keperawatan pada klien *Post Op Appendectomy* a.i Apendisitis Akut dengan Nyeri Akut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi Fisiologi Appendicitis

2.1.1 Anatomi Appendicitis

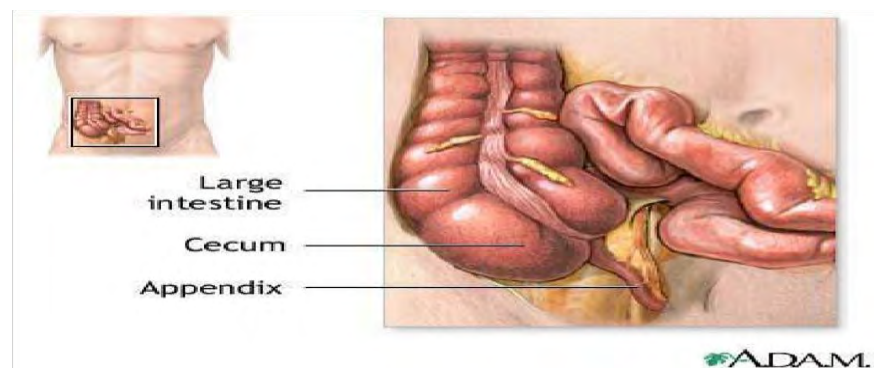
Apendiks disebut juga umbai cacing. Apendiks merupakan suatu organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm (kisaran 3-15 cm) dengan diameter 0,5-1 cm dan berpangkal di sekum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar dibagian distal. Pada bayi, apendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkal dan menyempit ke arah ujung, keadaan ini menjadi sebab rendahnya kejadian apendisitis pada usia tersebut (Sjamsuhidayat & de Jong, 2012). Apendiks terletak di fossa iliaca dextra, dan dalam hubungannya dengan dinding anterior abdomen, pangkalnya terletak sepertiga ke atas di garis yang menghubungkan spina iliaca anterior superior dan umbilikus. Apendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur ke dalam sekum. Karena pengosongannya tidak efektif, dan lumennya kecil, apendiks cenderung menjadi tersumbat dan terutama rentan terhadap infeksi yang biasa disebut apendisitis (Snell, 2014).

2.1.2 Fisiologi

Apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir tersebut secara normal dicurahkan ke lumen dan selanjtnya mengalir menuju sekum. Adanya hambatan pada aliran lendir di muara apendiks dapat menjadi salah satu penyebab

terjadinya apendisitis. Di sepanjang saluran cerna terdapat imunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh *GALT (Gut Associates Lymphoid Tissue)* yakni *IgA*. *Imunoglobulin* itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun apabila seseorang menjalani prosedur apendektomi, maka tidak akan mempengaruhi imun tubuh, sebab jumlah jaringan limf di area ini sangat kecil dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan seluruh tubuh (Sjamsuhidayat & de Jong, 2012).

Gambar 2.1 Radang pada Appendiks



(Dermawan D, 2010)

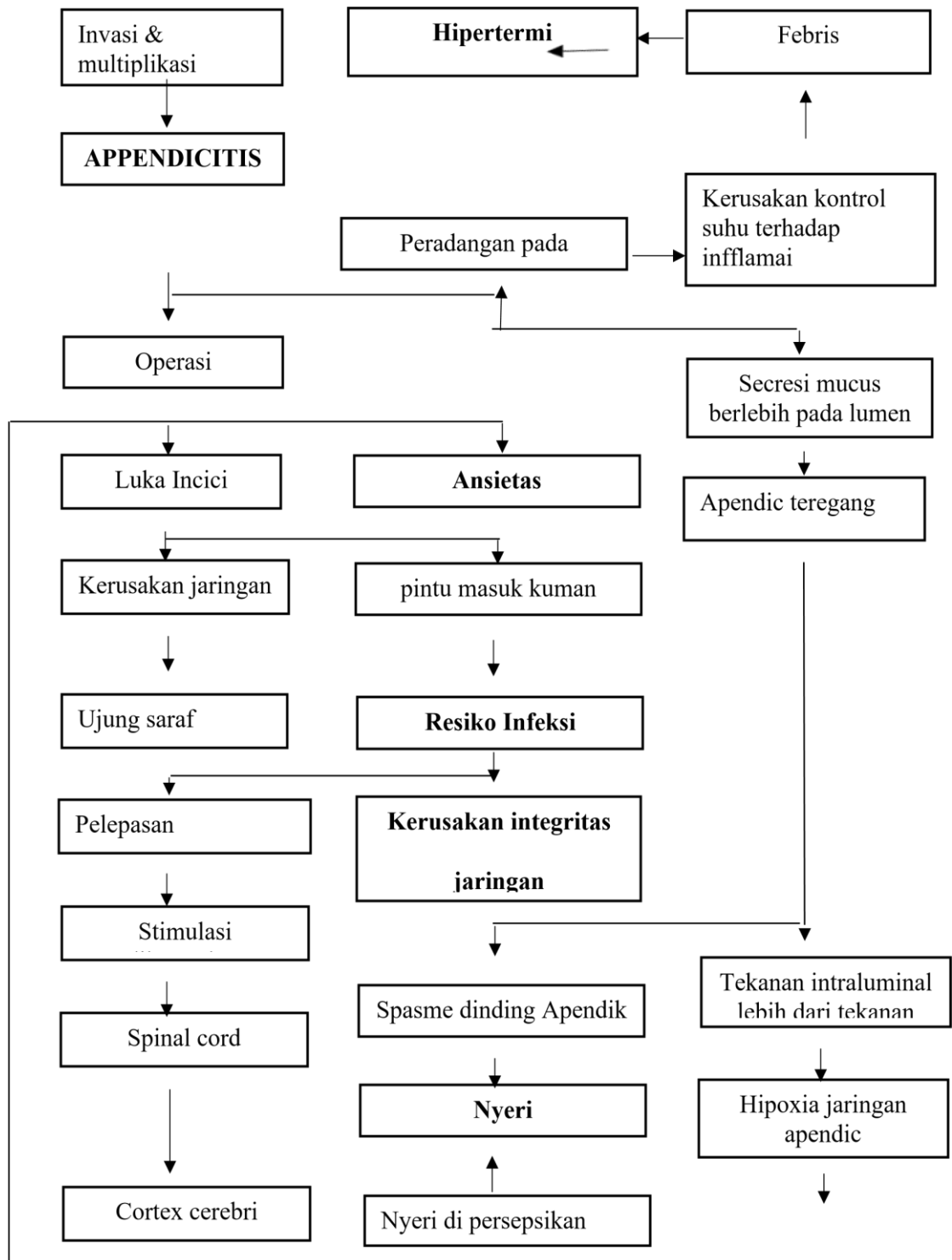
2.1.3 Definisi Apendisitis Akut

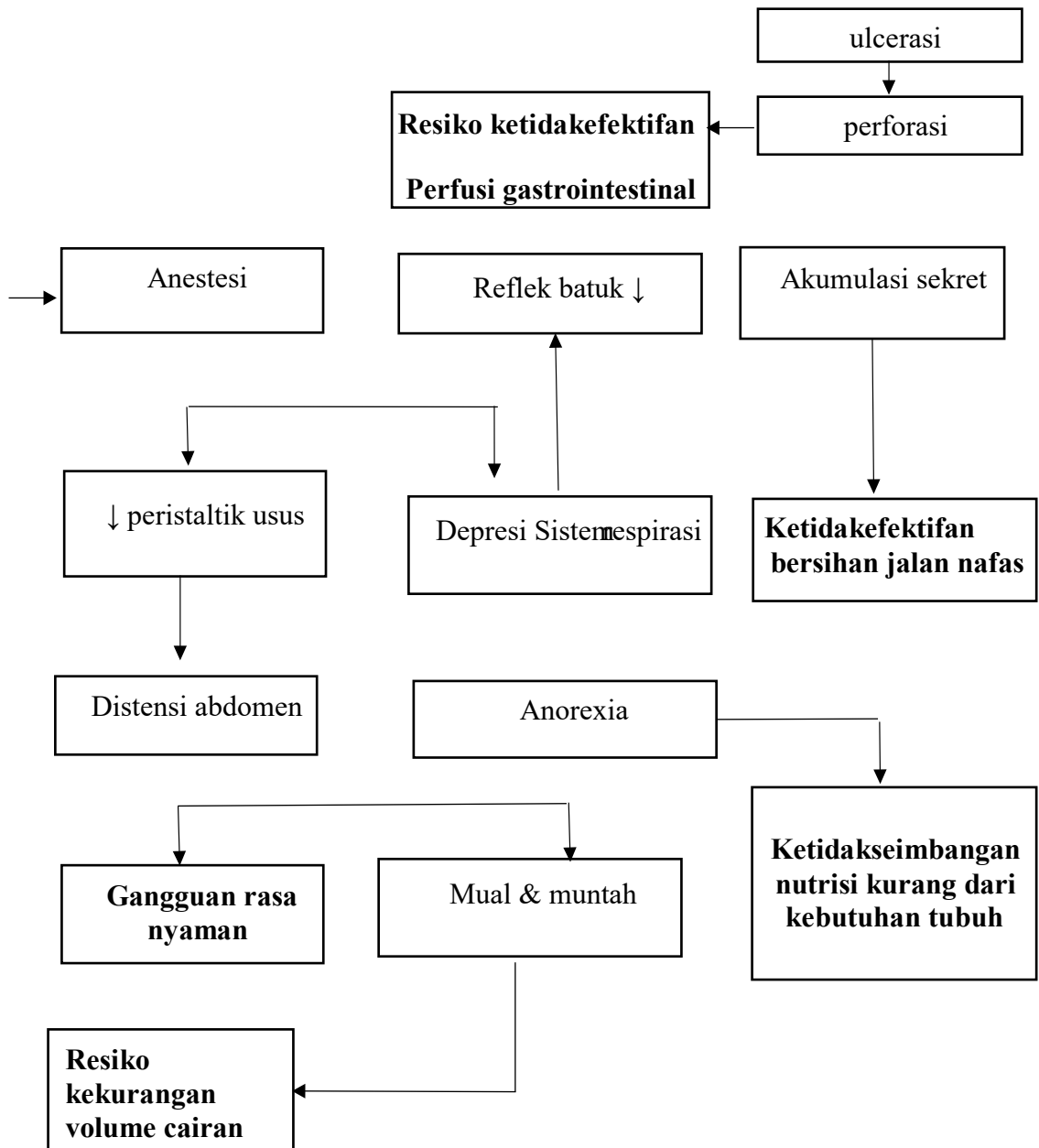
Appendicitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu (appendiks). Infeksi yang terjadi dapat mengakibatkan pernanahan. Bila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bisa pecah (Sjamsuhidayat, 2015)

2.1.4 Konsep Penyakit

Apendisitis akut merupakan infeksi bakteri. Berbagai peran sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks dan cacing askaris dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis adalah erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.histolytica*. Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semuanya ini mempermudah timbulnya apendisitis akut. (Sjamsuhidayat, 2015). Jadi, dapat disimpulkan apendisitis adalah peradangan dari apendiks akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (appendiks). Sedangkan Appendisitis akut adalah keadaan yang disebabkan oleh peradangan yang mendadak pada suatu appendiks.

2.1.5 Pathway





NANDA NIC-NOC(2015)

2.1.6 Penatalaksanaan Medis

Tatalaksana yang dapat dilakukan antara lain : (Dermawan & Rahayuningsih, 2010)

Pembedahan: apendiktomi (dilakukan bila diagnosa apendisitis ditegakkan) menurunkan resiko perforasi Keterlambatan dalam tatalaksana dapat meningkatkan kejadian perforasi.

1. Sebelum Operasi

Observasi dalam 8 – 12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis sering kali masih belum jelas. Dalam keadaan ini observasi keadaan ketat perlu dilakukan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis ataupun peritonitis lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik. Foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah abdomen dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan, Lakukan intubasi bila perlu dan berikan antibiotik.

2. Operasi

Operasi Operasi / pembedahan untuk mengangkat apendiks yaitu apendiktomi.

Apendiktomi harus segera dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum dengan pembedahan abdomen bawah atau dengan laparoscopi. Laparoscopi merupakan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010). Apendiktomi dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka (pembedahan konvensional laparotomi) atau dengan teknik laparoscopi yang merupakan teknik pembedahan minimal invasive dengan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010)

3. Pascaoperasi

perlu dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan didalam, syok, hipertermia, atau gangguan pernapasan. Baringkan klien dalam posisi fowler. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Kemudian berikan minum mulai 15 ml/jam selama 4 – 5 jam lalu naikkan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya diberikan makanan saring, dan hari berikutnya diberikan makanan lunak. Satu hari pasca operasi klien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Pada hari kedua klien dapat berdiri dan duduk diluar kamar. Hari ke tujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

Penatalaksanaan gawat darurat non-operasi, bila tidak ada fasilitas bedah, berikan penatalaksanaan seperti dalam peritonitis akut. Dengan demikian, gejala apendisitis akut akan mereda, dan kemungkinan terjadinya komplikasi akan berkurang

Pemasangan NGT ,Pemberian antibiotik yang sesuai dengan hasil kultur ,Transfusi untuk mengatasi anemia, dan penanganan syok septik secara intensif.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan fisik (Nanda Nic-Noc, 2015) :

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

- 6) Pada apendisitis terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritonium tidak begitu jelas, sedangkan bila apendik terletak di rongga pelvis maka
- 7) *obturator sign* akan positif dan tanda perangsangan peritonium akan lebih menonjol.

Pemeriksaan laboratorium : Meliputi Limfosit (nilai normal : 22-44) , Monosit (nilai normal :28-33)

MCV (nilai normal : 80-96) , MCH (nilai normal : 28-33) , kreatinin (nilai normal : 0,6-1,1)

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.00-18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah)

Pemeriksaan radiologi

- 8) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu).
- 9) Ultrasonografi (USG) , CT scan.
- 10) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan appendikogram.

2.2 Konsep Appendectomy

2.2.1 Definisi Appendectomy

Appendectomy adalah suatu tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat appendic dan caecum yang sudah terinfeksi dan atau infiltrat serta bernanah (Kozier, 2013).

Appendektomy adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks. Operasi appendektomy yaitu pembedahan untuk mengangkat apendiks yang dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi (Jitowiyono, 2010).

2.2.2 Indikasi

1. Appendisitis akut
2. Appendisitis kronis
3. Peri appendicular infiltrat dalam stadium afroid
4. Appendix terbawa pada waktu laparatomy untuk operasi kandung empedu.

2.2.3 Komplikasi

Komplikasi post appendektomy menurut Courtney (2010) adalah :

1) Infeksi

Infeksi tetap merupakan komplikasi yang paling sering terjadi pascabedah appendiksitis. Meskipun infeksi dapat

terjadi di banyak tempat, lokasi pembedahan adalah tempat terjadinya infeksi yang paling menonjol.

2) Obstruksi Usus

Masalah yang timbul *post apendiktomi* Masalah yang banyak terjadi pada penderita post apendiktomi menurut (Dermawan & Rahayuningsih, 2010) diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada klien yang menjalani Post operasi appendisitis dapat berupa:

1. Nyeri (akut) berhubungan dengan insisi pembedahan
2. Potensial terjadi infeksi berhubungan dengan invasi kuman pada luka operasi.
3. Kecemasan berhubungan dengan informasi tentang pengobatan.

b. Perawatan Post Apendiktomy

Menurut Dermawan (2010), perawatan pascaoperasi apendiktomy adalah :

- 1) Perlu dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan, syok, hipertermia, atau gangguan pernapasan.

- 2) Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah.
- 3) Baringkan pasien dalam posisi fowler.
- 4) Berikan minum mulai 15 ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya diberikan makanan saring, dan hari berikutnya diberikan makanan lunak.
- 5) Satu hari pascaoperasi pasien dianjurkan untuk melakukan mobilisasi dini dengan duduk tegak di tempat tidur selama
- 6) 2x30 menit. Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk diluar kamar.
- 7) Hari kedua pasien dapat berdiri dan belajar berjalan disekitar tempat tidur.
- 8) Hari ketiga pasien dapat berjalan ke kamar mandi.
- 9) Hari ke tujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

2.2.4 Pemulihan

Masa pemulihan pasien post operasi membutuhkan waktu yang bervariasi. Dalam penelitian Mulyono (2010), pemulihan klien post operasi membutuhkan waktu rata-rata 72,45 menit. Pada umumnya klien akan merasakan nyeri hebat pada 2 jam

pertama pasca operasi dikarenakan pengaruh obat anestesi mulai hilang (Berman & Koziar, 2012)

2.3 Konsep Nyeri

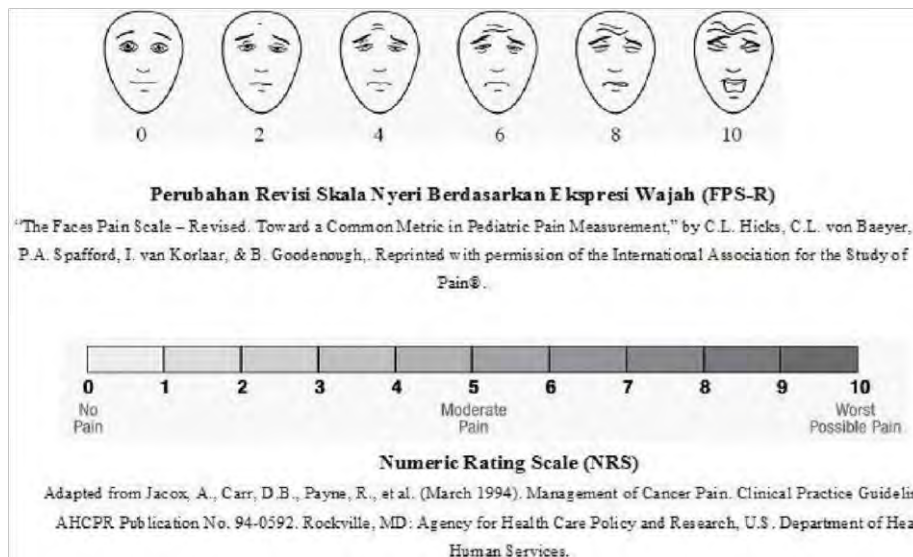
2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah respon subjektif terhadap stresor fisik dan psikologi. Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan aktual/ potensial/ yang digambarkan sebagai kerusakan (*Internasional Association for the Study of Pain*); awitan yang tiba-tiba/ lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi/ diprediksi (Herdman, 2018). Nyeri post operasi adalah nyeri yang dirasakan akibat dari hasil pembedahan. Kejadian, intensitas, dan durasi nyeri post operasi berbeda-beda.

Intensitas skala nyeri dapat di nilai salah satunya menggunakan *Visual Analogue Scale (VAS)*. Skala ini mudah digunakan bagi pemeriksa, efisien dan lebih mudah di pahami oleh klien. Nyeri tersebut dibagi atas :

- a. Nyeri ringan dan sedikit mengganggu dengan nilai : < 4 (1–3)
- b. Nyeri sedang dan cukup mengganggu dengan nilai : (4-6)
- c. Nyeri berat dan sangat mengganggu dengan nilai : 7 (8 – 10)

Gambar 2.4
Visual Analog Scale



Sumber :Slideplayer.info
(LeMone, 2016)

2.3.2 Klasifikasi

nyeri terdiri dari dua komponen utama, yaitu sensorik (fisik) dan emosional (psikologik). Komponen sensorik merupakan mekanisme neurofisiologi yang menerjemahkan sinyal nosiseptor menjadi informasi tentang nyeri (durasi, intensitas, lokasi, dan kualitas rangsangan). Sedangkan komponen emosional adalah komponen yang menentukan berat ringannya individu merasa tidak nyaman, dapat mengawali kelainan emosi seperti cemas dan depresi jika menjadi nyeri kronik, serta diperankan oleh rangsangan nonsiseptik melalui penggiatan sistem limbik dan kondisi lingkungan (asal penyakit, hasil pengobatan yang tidak jelas, dan dukungan sosial/keluarga). Nyeri bersifat sangat subyektif.

Nyeri akut diartikan sebagai pengalaman tidak menyenangkan yang kompleks berkaitan dengan sensorik, kognitif dan emosional yang 10 berkaitan dengan trauma jaringan, proses penyakit, atau fungsi abnormal dari otot atau organ visera. Nyeri akut berperan sebagai alarm protektif terhadap cedera jaringan. Reflek protektif (reflek menjauhi sumber stimuli, spasme otot, dan respon autonom) sering mengikuti nyeri akut. Secara patofisiologi yang mendasari dapat berupa nyeri nosiseptif ataupun nyeri neuropatik.

Nyeri kronik didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung sampai melebihi perjalanan suatu penyakit akut, berjalan terus menerus sampai melebihi waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan suatu trauma, dan terjadinya secara berulang-ulang dengan interval waktu beberapa bulan atau beberapa tahun. Banyak klinikus memberi batasan lamanya nyeri 3 atau 6 bulan.

2.3.3 Penatalaksanaan Nyeri

Penatalaksanaan ini dibagi menjadi dua, yaitu penatalaksanaan nyeri dengan pendekatan farmakologis dan non farmakologis. Kedua pendekatan ini diseleksi dan disesuaikan dengan kebutuhan individu atau dapat juga digunakan secara bersama-sama.

2.3.3.1 Pendekatan Farmakologis

Pendekatan ini merupakan tindakan yang dilakukan melalui kolaborasi dengan dokter. Intervensi farmakologis yang sering diberikan berupa pemberian obat analgetik.

2.3.3.2 Pendekatan Non farmakologis

Pendekatan non farmakologis metode nonfarmakologi yang mampu mengatasi nyeri dengan cara efektif tanpa disertai efek samping. Pendekatan non farmakologis yang bisa dilakukan oleh perawat diantaranya adalah Teknik Relaksasi Genggam Jari , teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang dapat membantu klien mengurangi rasa nyerinya .

2.3 Pengertian teknik relaksasi napas dalam

Menurut (Andarmoyo, 2013) Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

Teknik relaksasi terbagi atas 4 macam yaitu relaksasi otot

(*progressive muscle relaxation*), pernafasan (*diaphragmatic breathing*), meditasi (*attentionfocusing exercise*) dan relaksasi perilaku (*behavioral relaxation*) (Miltenbarger,2012).

2.3.1 Tujuan teknik relaksasi napas dalam

terdapat beberapa tujuan dari teknik napas dalam menurut Lusianah, Indaryani and Suratun (2012), yaitu antara lain untuk mengatur frekuensi pola napas, memperbaiki fungsi diafragma, menurunkan kecemasan, meningkatkan relaksasi otot, mengurangi udara yang terperangkap, meningkatkan inflasi alveolar, memperbaiki kekuatan otot-otot pernapasan, dan memperbaiki mobilitas dada dan vertebra thorakalis.

2.3.2 Prosedur teknik relaksasi napas dalam

Berikut ini adalah langkah-langkah tindakan dalam melakukan teknik relaksasi napas dalam menurut Lusianah, Indaryani and Suratun (2012) :

1. Mengecek program terapi medik klien.
2. Mengucapkan salam terapeutik pada klien.
3. Melakukan evaluasi atau validasi.

4. Melakukan kontrak (waktu, tempat, dan topik) dengan klien.
 - e. Menjelaskan langkah-langkah tindakan atau prosedur pada klien.
5. Mempersiapkan alat : satu bantal
6. Memasang sampiran.
7. Mencuci tangan.
8. Mengatur posisi yang nyaman bagi klien dengan posisi setengah duduk di tempat tidur atau di kursi atau dengan posisi lying position (posisi berbaring) di tempat tidur atau di kursi dengan satu bantal.
9. Memfleksikan (membengkokkan) lutut klien untuk merilekskan otot abdomen.
10. Menempatkan satu atau dua tangan klien pada abdomen yaitu tepat dibawah tulang iga.
11. Meminta klien untuk menarik napas dalam melalui hidung, menjaga mulut tetap tertutup. Hitunglah sampai 3 selama inspirasi.
12. Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap dalam kondisi rileks dan cegah lengkung pada punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik napas dengan cepat, lalu napas kuat melalui hidung.

13. Meminta klien untuk menghembuskan udara melalui bibir, seperti meniup dan ekspirasikan secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara
14. hembusan tanpa mengembungkan pipi, teknik pursed lip breathing ini menyebabkan resistensi pada pengeluaran udara paru, meningkatkan tekanan di bronkus (jalan napas utama) dan meminimalkan kolapsnya jalan napas yang sempit.
15. Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan turunnya abdomen ketika ekspirasi. Hitunglah sampai 7 selama ekspirasi.
16. Menganjurkan klien untuk menggunakan latihan ini dan meningkatkannya secara bertahap 5-10 menit. Latihan ini dapat dilakukan dalam posisi tegap, berdiri, dan berjalan.
17. Merapikan lingkungan dan kembalikan klien pada posisi semula.
18. Membereskan alat.
19. Mencuci tangan.
20. Mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan dan memantau respon klien.

Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi napas dalam terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem saraf perifer yang mempertahankan homeostasis lingkungan internal individu (Azizah, Zumrotun, Fanianurul, & Nisa, 2015). Teknik relaksasi napas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem saraf otonom.

Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Appendectomy

2.4.1 Pengkajian

2.4.1.1 Identitas Klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, suku / bangsa, pendidikan, status menikah, pekerjaan, alamat, no. medrec, tanggal masuk rumah sakit dan tanggal operasi. Penyakit apendisitis dapat terjadi pada usia berapa pun, mengenai baik pria maupun wanita dengan frekuensi yang sama, namun demikian prevalensi banyak terjadi pada pria usia antara pubertas sampai 25 tahun.

2.4.1.2 Keluhan utama

Klien dengan *post op* appendectomy biasanya mempunyai keluhan utama nyeri akibat adanya luka insisi. Keluhan

utama yang didapat kemudian dikembangkan dengan teknik PQRST yang meliputi :

P: Palliative merupakan faktor pencetus terjadinya penyakit, hal yang meringankan atau memperberat gejala, biasanya pada klien *post op* laparatomi akan mengeluh nyeri daerah operasi, bertambah nyeri apabila bergerak dan berkurang

bila beristirahat.

Q: Qualitative yaitu bagaimana keluhan nyeri dirasakan.

Nyeri dirasakan seperti disayat-sayat benda tajam atau teriris benda tajam.

R: Region sejauh mana lokasi penyebaran nyeri yang di keluhkan. Nyeri dirasakan pada luka operasi dibagian abdomen bagian bawah.

S: Severity/ Skala. Seberapa beratkah nyeri yang dirasakan klien, mengganggu aktivitas atau tidak. Biasanya rentang skala 5-10.

T: Time (waktu). Kapan nyeri mulai timbul, seberapa sering nyeri dirasakan, apakah tiba-tiba atau bertahap. Nyeri bisa dirasakan tiba-tiba dan terus menerus (Dermawan & Rahayuningsih, 2010).

2.4.1.3 Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu meliputi penyakit apa yang pernah di derita oleh klien seperti operasi abdomen yang dahulu, obat-obatan yang pernah digunakan dan apakah mempunyai riwayat alergi. Pada kesehatan masa lalu ini dikaji tentang faktor resiko penyebab masalah kesehatan sekarang seperti diet/ kebiasaan makan makanan rendah serat dan kebiasaan eliminasi .

2.4.1.4 Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga perlu dikaji secara hati-hati namun detail, karena banyak penyakit saluran pencernaan terjadi akibat pola kebiasaan pada keluarga yang kurang baik seperti penyiapan dan penyimpanan makanan, bahkan pola sanitasi keluarga seperti cuci tangan, tempat BAB, dan pola memasak makanan. Serta mengkaji penyakit yang ada dalam keluarga apakah ada yang menderita penyakit serupa dengan klien dan penyakit menular lain serta penyakit keturunan. Secara patologi apendisitis tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi didalam rumah.

2.4.1.5 Pengkajian psikososial

Pengkajian psikososial meliputi informasi tentang penyakit mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita berhubungan dengan keadaannya sekarang.

2.4.1.6 Pola Aktifitas Sehari-hari

- a. Nutrisi. Klien post operasi laparotomi akibat apendisitis biasanya mengalami mual, kembung, dan dilakukan pembatasan intake/ puasa.
- b. Eliminasi. Pada klien dengan post operasi biasanya dijumpai penurunan jumlah urine akibat intake cairan yang tidak adekuat akibat pembedahan.
- c. Istirahat Tidur. Pada klien post operasi bisa ditemukan gangguan pola tidur karena nyeri.
- d. Personal Hygiene. Pada klien dengan post operasi biasanya klien tidak dapat melakukan personal hygiene secara mandiri karena keterbatasan gerak akibat pembedahan dan nyeri.
- e. Aktifitas. Pada klien dengan post operasi biasanya ditemukan keterbatasan gerak akibat nyeri.

2.4.1.7 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang digunakan untuk klien post operasi Laparotomi Eksplorasi disini menggunakan pemeriksaan fisik persistem.

- a. Sistem pernafasan. Kepatenaan jalan nafas, kedalaman, frekuensi dan karakter pernafasan, sifat dan bunyi nafas merupakan hal yang harus dikaji pada klien dengan post operasi. Pernafasan cepat dan pendek sering terjadi mungkin akibat nyeri.
- b. Sistem kardiovaskuler, umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stres dan hipovolemia),
- c. mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisapan kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.
- d. Sistem pencernaan. Pada pengkajian abdominal, ditemukan distensi abdomen, kembung (penumpukan gas), mukosa bibir kering, penurunan peristaltik usus juga biasanya ditemukan muntah dan konstipasi akibat pembedahan
- e. Sistem muskuloskeletal, secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring *post op*.

Kelemahan dan kesulitan ambulasi terjadi akibat nyeri di abdomen dan efek dari pembedahan atau anastesi sehingga menyebabkan kekakuan otot. Kekakuan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

- f. Sistem integumen, akan tampak adanya luka operasi bagian bawah pusar dengan luka *post op* berbentuk vertical dengan Panjang \pm 10 cm karena insisi bedah disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.
- g. Sistem perkemihan, awal *post op* klien akan mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena dilakukan puasa terlebih dahulu selama periode awal *post op* appendectomy. Output urine akan berangsur normal
- h. seiring dengan peningkatan intake oral.
- i. Sistem persyarafan, kaji tingkat kesadaran, penurunan sensori, nyeri, refleks, fungsi saraf kranial dan fungsi saraf serebral. Umumnya klien dengan *post op* appendectomy eksplorasi tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi persarafan. Pengkajian fungsi persarafan meliputi: tingkat kesadaran, saraf kranial dan refleks.

- j. Sistem wicara dan THT, pada klien *post op* appendectomy biasanya tidak mengalami masalah ataupun penyimpangan dalam berbicara, mencium dan pendengaran klien.

2.4.1.8 Data Psikologis

Biasanya klien stress karena menahan rasa nyeri yang dirasakannya dan terkadang stress dikarenakan banyaknya jumlah pengunjung yang datang itu membuat waktu istirahat klien terganggu.

2.4.1.9 Data Sosial

Klien akan kehilangan perannya dalam keluarga dan dalam masyarakat karena ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan seperti biasanya.

2.4.1.10 Data Spiritual

Klien akan mengalami gangguan kebutuhan spiritual sesuai dengan keyakinannya baik jumlah ataupun dalam beribadah yang di akibatkan karena kelemahan fisik dan ketidakmampuannya.

2.4.1.11 Data Penunjang

Pemeriksaan laboratorium, darah yaitu Hb, leukosit, trombosit, hematokrit, AGD, data penunjang untuk klien dengan Apendisitis akut yaitu :

- a. Laboratorium, peningkatan leukosit dapat mengindikasikan adanya infeksi.
- b. Radiologi, biasanya hasil rontgen menunjukkan adanya apendisitis dan segera dilakukan pembedahan.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

Menurut (Dermawan & Rahayuningsih, 2010) diagnosa keperawatan yang dapat terjadi pada klien yang menjalani Post operasi apendisitis dapat berupa :

1. Nyeri (akut) berhubungan dengan insisi pembedahan
2. Potensial terjadi infeksi berhubungan dengan invasi kuman pada luka operasi.
3. Kecemasan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang pengobatan.

3 Intervensi atau Perencanaan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Rohmah, 2012).

1. Nyeri akut berhubungan dengan insisi pembedahan.

Tabel 2.1 Intervensi nyeri akut (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Nyeri akut	
Definisi	
Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau yang digambarkan sebagai kerusakan (<i>internasional Association For The Study Of Pain</i>) awitan yang tiba-tiba atau lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.	
Kriteria Evaluasi	
Batasan karakteristik	Tingkat nyeri (NIC)
<ul style="list-style-type: none"> - Perubahan selera makan - Perubahan pada parameter fisiologis - Diaforesis - Prilaku distraksi - Bukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya - Prilaku ekspresif - Ekspresi wajah nyeri - Sikap tubuh melindungi 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan peredaan atau pengendalian nyeri - Fokus menyempit - Sikap melindungi area nyeri - Prilaku protektif - Laporan tentang prilaku nyeri atau perubahan aktivitas - Dilatasi pupil - Fokus pada diri sendiri - Keluhan tentang intensitas menggunakan standar skala nyeri - Keluhan tentang karakteristik nyeri
Faktor yang berhubungan	dengan menggunakan standar intensitas nyeri
<ul style="list-style-type: none"> - Agen cedera fisik - Agen cedera kimiawi 	-
Faktor yang berhubungan	

- Agen cedera fisik
- Agen cedera kimiawi

Kriteria Evaluasi

- Tampak rileks dan mampu tidur dan istirahat dengan baik

Pengendalian Nyeri (NOC)

- Melakukan tindakan kenyamanan umum

- Diskusikan dengan orang terdekat klien tentang tindakan penanganan nyeri yang efektif di masa lalu.

- Berikan tindakan kenyamanan seperti menggosok punggung, pengaturan posisi dan ambulasi.

- Tinjau kembali dan dukung intervensi mandiri klien untuk mencapai kenyamanan. Posisi dan aktivitas atau non aktivitas fisik.

- Evaluasi dan dukung mekanisme koping klien.

- Anjurkan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam, imajinasi

RASIONAL

INTERVENSI

Mandiri

- Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik dan intensitas (010 atau skala kode serupa).
- Pantau tanda-tanda vital, perhatikan perubahan tekanan darah dan pola pernafasan. Perhatikan tanda non verbal, seperti mimik muka nyeri, meringis, menangis, menyendiri, otot tegang dan gelisah.
- Menyediakan lingkungan yang tenang dan mengurangi stimulus yang membuat stress, suara berisik, pencahayaan dan gangguan yang konstan.
- Dorong klien mengungkapkan kekhawatiran

- Membantu mengevaluasi tingkat kenyamanan dan keefektifan analgesia atau dapat menunjukkan terjadinya komplikasi.

- Indikator nyeri akut yang dapat menguatkan laporan verbal atau dapat merupakan indikator tunggal terkait ketidakmampuan klien untuk menyatakan nyeri yang dialaminya.

- Mendukung istirahat dan meningkatkan kemampuan koping.

- Menurunkan ansietas dan ketakutan, dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan.

- Melibatkan klien/orang terdekat klien dalam asuhan dan memungkinkan

-
- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>untuk mengidentifikasi terapi yang diketahui meredakan nyeri. Membantu dalam menetapkan kebutuhan individual.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitas, gerakan dan tindakan kenyamanan dapat meredakan ketegangan otot. - Keberhasilan manajemen nyeri memerlukan keterlibatan klien. krisis dengan nyeri hebat dapat | <p>Penggunaan teknik yang efektif dapat memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa kendali, dan mempersiapkan klien untuk intervensi yang akan digunakan setelah dipulangkan dari rumah sakit.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan persepsi dan perilaku yang dimiliki untuk mengendalikan nyeri dapat membantu klien untuk melakukan coping secara lebih efektif. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

dikurangi dengan melakukan transfuse-tukar parsial guna Beri dan pantau transfusi sel mempertahankan populasi sel darah merah. darah merah normal.

<p>- terbimbing, visualisasi dan aktivitas diversional.</p> <p>- Bantu dengan atau berikan coping, mengurangi nyeri dan aktivitas pengalih dan teknik ketidaknyamanan. relaksasi.</p> <p>Meredakan nyeri, meningkatkan Kolaborasi kenyamanan dan meningkatkan istirahat.</p> <p>Meskipun transfusi tidak (<i>Patient controlled anesthesia</i>) menghentikan nyeri ketika terjadi krisis akut, frekuensi krisis dengan nyeri hebat dapat dikurangi dengan melakukan transfuse-tukar parsial guna</p>	<p>-Membantu klien istirahat lebih efektif dan memfokuskan perhatian, yang dapat meningkatkan kemampuan</p> <p>-Membantu dengan manajemen nyeri dengan mengarahkan kembali perhatian. Berikan medikasi sesuai indikasi, seperti opioid, analgesik dan analgesia dikendalikan oleh pasien</p> <p>-Berikan medikasi sesuai indikasi, seperti opioid, analgesik dan analgesia dikendalikan oleh pasien.</p> <p>Beri dan pantau transfusi sel mempertahankan populasi sel darah merah. darah merah normal.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. Potensial terjadi infeksi berhubungan dengan invasi kuman pada luka operasi.

Tabel 2.2 Intervensi risiko Infeksi Area Pembedahan (Herdman & Kamitsuru, 2018) dan (Doenges et. al, 2018).

Resiko infeksi area pembedahan

Definisi

Rentan terhadap invasi organisme patogenik pada area pembedahan, yang dapat mengganggu kesehatan

Faktor risiko

- Alkoholisme
- Obesitas
- Nilai status kesehatan fisik
- Merokok menurut *Associety Of Anesthesiology (ASA)*
- Kontinuitas luka bedah

Populasi beresiko

- Infeksi pada area pembedahan lain
- Prosedur infasif
- Suhu dingin di ruang operasi
- Jumlah personel berlebihan pembedahan
- Peningkatan pemajanan patogen
- Osteoarthritis paska traumatik
- Artritis reumatoid selama prosedur
- Tipe anestesia
- Tipe prosedur bedah lingkungan terhadap
- Penggunaan implant atau prostase

Kondisi terkait

- Masalah penyerta
- Diabetes Militus
- Durasi pembedahan
- Hipertensi
- Imunosupresi
- Profilaktis antibiotik tidak adekuat
- Profilaktis antibiotik tidak efektif

Kriteria Evaluasi

Pengendalian Risiko (NIC)

- Mengidentifikasi perilaku untuk mencegah dan mengurangi risiko infeksi
-

Keparahan infeksi (NOC)

- Terbebas dari tanda infeksi, mencapai penyembuhan luka sesuai rencana, jika terdapat luka

INTERVENSI

Mandiri

- Lakukan dan dukung teknik mencuci tangan yang cermat oleh pemberi asuhan dan klien
- Pertahankan teknik aseptik secara ketat ketika melakukan prosedur dan perawatan luka
- Berikan perawatan kulit, oral dan peranal secara cermat
- Tekankan perlunya memantau dan membatasi prngunjung sesuai indikasi. Berikan isolasi protektif jika tepat
- Pantau suhu, perhatikan adanya mengigil dan takikardia organ atau tanpa demam.
- Observasi *drainage* luka

Kolaborasi

- Dapatkan specimen untuk kultur dan sensitivitas sesuai indikasi
- RASIONAL**
- Mencegah kontimasi silang atau kolonisasi bakteri
 - Mengurangi risiko infeksi dan kolonisasi bakteeri
 - Mengurangi risiko kerusakan dan infeksi kulit atau jaringan
 - Membatasi pajanan terhadap agens infeksius, isolasi protektif dapat diperlukan pada anemia aplastic, ketika respon imun sangat mengalami gangguan
 - Menggambarkan proses inflamasi atau infeksi, yang memerlukan evaluasi dan terapi Indikator infeksi luka
 - Memverivikasi adanya infeksi, mengidentifikasi pathogen secara spesifik dan memengaruhi pilihan terapi
 - Dapat digunakan secara profilaksis guna mengurangi kolonisasi atau digunakan untuk mengatasi proses infeksi
 - Berikan anti septik topikal dan antibiotik sistemik
-

3. Kecemasan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang pengobatan.

Tabel 2.3 Defisiensi Pengetahuan (Herdman & Kamitsuru, 2018)

Defisiensi pengetahuan	
Definisi	
Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu atau kemahiran	
Batasan karakteristik	
- Ketidakakuratan	- Kurang pengetahuan
- Prilaku tidak sehat mengikuti perintah	
- Kurang sumber pengetahuan	
Faktor yang berhubungan	
	- Keterangan yang salah dari orang lain
- Kurang informasi	
- Kurang minta untuk belajar	
Kondisi terkait	
- Gangguan fungsi kognitif	
- Gangguan memori	
Kriteria evaluasi :	
Pengetahuan :	
- Mengungkapkan pemahaman tentang kondisi, penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan	
INTERVENSI	RASIONAL
Mandiri	
- Tinjau kembali prosedur sehingga klien dapat membuat yang akan datang	- Memberi pengetahuan dasar dan harapan di masa pilihan berbasis informasi
- Evaluasi emosi dan kemampuan fisik klien	bedah, diskusikan harapan dimana yang akan datang
- Pelajari kembali anatomi, fisiologi dan dampak intervensi	

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Tinjau proses penyakit, prognosis dan faktor presipitasi penyakit, jika diketahui | informasi dan kesempatan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman tentang individu |
| - Sertakan sumber tertulis dan gambar | - Memberikan dasar pengetahuan bagi klien sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis informasi |
| - Instruksikan klien/orang terdekat dalam perawatan paska bedah sesuai kebutuhan | - Memberi referensi setelah pulang untuk mendukung usaha klien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri |
| - Tekankan pentingnya nutrisi yang baik, dorong asupan buah dan tingkatkan serat dalam diet | - Meningkatkan manajemen positif dan mengurangi risiko perawatan paska bedah yang tidak tepat |
| - Dorong nutrisi optimal | - Meningkatkan penyembuhan luka dan mencegah konstipasi, mengurangi risiko perdarahan paska operasi |
| - Diskusikan pentingnya mempertahankan berat badan | - Meningkatkan penyembuhan luka |
| - Diskusikan program obat individual, jika | - Meningkatkan penyembuhan luka |
| tepat | dan meningkatkan penggunaan energi untuk memfasilitasi perbaikan jaringan |
| - Faktor ini mempengaruhi klien untuk melakukan tugas dengan baik dan keinginan untuk mengemban tanggung jawab dalam perawatan pasca bedah | |
| - Memberi pengetahuan dasar sehingga klien dapat membuat pilihan berbasis | - Perubahan berat badan dapat mempengaruhi kadar gizi pada klien |
| Penggunaan medikasi nyeri dan obat secara tepat dapat mengurangi risiko komplikasi | |
-

2.4.4 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah sebuah perbandingan tindakan perawat yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan menilai masalah sudah teratasi apakah belum atau hanya sebagian teratasi (Debora, 2011)

Tahap pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan implementasi. Langkah - langkah dalam mengevaluasi asuhan keperawatan adalah menganalisis respon klien, mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan, dan perencanaan untuk asuhan selanjutnya. Evaluasi dibagi dalam 2 jenis yaitu

2.4.5.1 Evaluasi berjalan (Formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami klien.

2.4.5.2 Evaluasi akhir (Sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar dapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi (Rosdhal, 2014)

Tujuan dari evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawat dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Tarwoto & Wartolah, 2011).

Tehnik Pelaksanaan SOAP

1. S (Subjective) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.
2. O (Objective) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan.
3. A (Analisis) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebahagian, atau tidak teratasi.
4. P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.