

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST LAPARATOMY*
EKSPLORASI ATAS INDIKASI APENDISITIS INFILTRAT
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RUMAH SAKIT UMUM 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:

RISKA ANZELINA

AKX. 17. 077



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

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Riska Anzelina

NPM : AKX.17.077

Fakultas : Keperawatan

Prodi : Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul :
Asuhan Keperawatan pada klien post Laparatomy Eksplorasi atas
Indikasi Apendisitis Infiltrat dengan nyeri akut di ruang Melati IV RSUD
dr. Soekardjo Tasikmalaya

Bebas dari plagiarism dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarism, 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, ^{September} 2020
Yang membuat pernyataan,



Riska Anzelina

Pembimbing I

Ade Tika H,S,kep.,Ners., M.Kep

Pembimbing II

Drs. Rachwan Herawan, BScAn., M.Kes

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Riska Anzelina

NIM : AKX. 17. 077

Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Post Laparatomy Eksplorasi* atas indikasi Apendisitis Infiltrat Dengan Nyeri Akut di Ruangannya Melati IV Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis tesis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis 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 di tulis atau di fublikasikan 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 sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.



**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST LAPARATOMY*
EKSPLORASI ATAS INDIKASI APENDISITIS INFILTRAT
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RUMAH SAKIT UMUM DR SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

OLEH

**RISKA ANZELINA
AKX. 17. 077**

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Pembimbing
Tanggal, 28 Agustus 2020

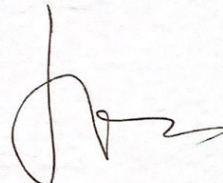
Menyetujui

Pembimbing Utama



**Ade Tika H, S. Kep., Ners., M. Kep
NIK : 02007020134**

Pembimbing Pendamping



**Drs. Rachwan Herawan, BSc., M.Kes
NIK : 10115175**

**Mengetahui
Ketua Prodi DIII Keperawatan**



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

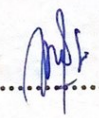
**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *POST LAPARATOMY*
EKSPLORASI ATAS INDIKASI APENDISITIS INFILTRAT
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI IV
RUMAH SAKIT UMUM DR SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

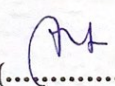
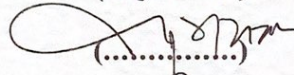
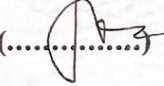
**OLEH
RISKA ANZELINA
AKX. 17. 077**

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, 3 september 2020

Ketua : Ade Tika H, S. Kep., Ners., M. Kep (.....) 
(Pembimbing Utama)

Anggota :

1. Tuti Suprapti, S.Kp, M. Kep (Penguji 1)  (.....)
2. Lia Nurlianawati, S.Kep.,Ners.,M.Kep (Penguji 2)  (.....)
3. Drs. H. Rachwan Herawan, BSc., M.Kes (Pembimbing Pendamping)  (.....)

Mengetahui,
Dekan, Fakultas Keperawatan



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

ABSTRAK

Latar belakang : Klien *Appendicitis Infiltrat* di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode Januari-Desember 2019 menempati urutan ketiga dalam 10 besar penyakit. *Appendicitis* adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing. Masalah keperawatan yang muncul pada klien Post Laparotomi Eksplorasi diantaranya nyeri akut, gangguan intake nutrisi, konstipasi, hambatan mobilitas fisik, gangguan istirahat tidur, resiko tinggi infeksi. **Tujuan :** Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Post Laparotomi Eksplorasi dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. **Metode :** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi masalah atau fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien post laparotomi eksplorasi dengan nyeri akut yang diberi penanganan nyeri berupa teknik Relaksasi Nafas Dalam. **Hasil :** setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, dan memberikan terapi relaksasi nafas dalam, untuk masalah keperawatan dengan nyeri akut pada klien 1 di hari ke 3, skala nyeri 1 (0-10), pada klien 2 di hari ke 3, skala nyeri 2 (0-10). **Diskusi :** pasien dengan masalah keperawatan nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama setiap klien Laparotomi Eksplorasi, hal ini dipengaruhi oleh beberapa hal yang meliputi arti nyeri, persepsi nyeri, toleransi nyeri, dan reaksi terhadap nyeri. **Saran :** pemberian terapi Relaksasi Nafas Dalam pada pasien post operasi efektif terhadap penurunan skala nyeri. Diharapkan rumah sakit mampu mengaplikasikan Teknik Relaksasi Nafas dalam untuk menurunkan nyeri pasca operasi.

Kata Kunci : Laparotomi Eksplorasi, Nyeri Akut, Relaksasi Nafas Dalam

Daftar Pustaka : 14 Buku , 2 Jurnal (2010 – 2018)

ABSTRACT

Background: Clients of *Infiltrates Appendicitis* at RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya for the period January-December 2019 including in the top 10 diseases. *Appendicitis* is inflammation due to infection of the appendix or appendix. Nursing problems that arise in *Exploratory Post-op Laparotomy* clients include acute pain, impaired nutritional intake, constipation, impaired physical mobility, sleep rest disorders, high risk of infection. **Objective:** Able to carry out nursing care for *Exploratory Post-op Laparotomy* clients with acute pain nursing problems at RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya. **Method:** A case study is to explore a problem or phenomenon with detailed limitations, has in-depth data collection and includes a variety of information. This case study was carried out on two *Exploratory Post Laparotomy* clients with acute pain who were given pain management in the form of *Deep Breath Relaxation* technique. **Results:** after nursing care by providing nursing interventions, and providing deep breath relaxation therapy, for nursing problems with acute pain in client 1 on day 3, pain scale 2 (0-10), for client 2 on day 3, scale pain 2 (0-10). **Discussion:** Patients with acute pain nursing problems do not always have the same response as every *Exploratory Laparotomy* client, this is influenced by several things which include the meaning of pain, pain perception, pain tolerance, and reactions to pain. **Suggestion:** giving deep breath relaxation therapy in postoperative patients is effective in reducing the pain scale. It is hoped that the hospital will be able to apply *Deep Breath Relaxation* to reduce postoperative pain.

Keywords : Acute Pain, Deep Breath Relaxation, Exploratory Laparotomy.

Bibliography : 14 Books , 2 Journals (2010 – 2018)

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 Laparatomy Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Infiltrat* Dengan Nyeri Akut Di Ruang Melati IvVRumah Sakit Umum Dr Soekardjo” 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 Kencana yang memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat menempuh Pendidikan Keperawatan Anestesi di Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.HKes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana Bandung
3. Rd.Siti Jundiah, S,Kp.,MKep, 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 .
5. Ade Tika Herawati S. Kep., Ners., M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Rachwan Herawan, BSc Drs., M.Kes selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Staf dosen dan karyawan program studi DIII keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
8. Roni Husnara S. Kep., Ners selaku CI ruang Bedah Melati IV yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Soekardjo Tasikmalaya.

9. Tn. R dan Tn. A serta kedua keluarga yang telah bekerja sama dengan penulis selama pemberian asuhan keperawatan.
10. Orang tua tercinta Jamaludin, S.M.N,M.E dan Susanti,S.Pd, saudara tersayang Angga Saputra Pratama,S.E dan Rizky Yudiantara yang selalu memberikan dukungan, doa yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Untuk teman teman suci, hasstika, ressa, laras, dwi mega, reni, andina, gilang, lalu riath, fadlah, wahyu reinaldy, tauhid, teguh , meike, dan teman seperjuangan Anestesi angkatan XIII yang telah memberi motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah.

Semoga amal baik bapak/ ibu/ saudara/i diterima oleh Allah SWT, dan diberikan balasan yang lebih baik oleh-Nya. Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya guna penulisan karya tulis yang lebih baik.

Bandung, Agustus 2020

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
ABSTRAK.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Identifikasi Masalah.....	5
1.3. Tujuan Penulisan	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4. Manfaat Penulisan	6
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1. Konsep Teori	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi	9
2.1.3 Etiologi	10
2.1.4 Patofisiologi	11
2.1.5 Klasifikasi	14
2.1.6 Manifestasi Klinis	14
2.1.7 Komplikasi	15
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.9 Penatalaksanaan	17
2.2. Konsep Laparatomi	18
2.2.1 Definisi	18
2.2.2 Jenis Laparatomi	18
2.2.3 Indikasi	19
2.2.4 Penatalaksanaan	19
2.2.5 Komplikasi	19
2.2.6 Penyembuhan Luka	20
2.3. Konsep Nyeri	21
2.3.1 Definisi	21
2.3.2 Fisiologi.....	21
2.3.3 Klasifikasi	22
2.3.4 Pemeriksaan Penunjang	23

2.3.5 Tatalaksana Nyeri.....	23
2.4. Konsep Asuhan Keperawatan	29
2.4.1 Pengkajian	29
2.4.2 Analisa Data	36
2.4.3 Diagnosa	36
2.4.4 Intervensi	36
2.4.5 Implementasi	40
2.4.6 Evaluasi	41
BAB III METODE PENELITIAN	43
3.1 Desain Penelitian	43
3.2 Batasan Istilah	43
3.3 Responden	44
3.4 Lokasi dan Waktu	44
3.5 Pengumpulan Data	44
3.6 Uji Keabsahan Data	46
3.7 Analisa Data	46
3.8 Etika Penelitian	48
BAB IV PEMBAHASAN	50
4.1 Hasil	51
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data	51
4.2 Asuhan Keperawatan	52
4.2.1 Pengkajian	52
4.2.2 Analisa Data	66

4.2.3 Diagnosa Keperawatan	71
4.2.4 Intervensi Keperawatan	76
4.2.5 Implementasi	80
4.2.6 Evaluasi Sumatif	89
4.3 Pembahasan	92
4.3.1 Pengkajian.....	92
4.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	92
4.3.3 Intervensi Keperawatan	95
4.3.4 Implementasi	98
4.3.5 Evaluasi	101
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	102
5.1 Kesimpulan	102
5.1.1 Pengkajian	102
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	103
5.1.3 Intervensi Keperawatan	103
5.1.4 Implementasi	104
5.1.5 Evaluasi	104
5.2 Saran	104
5.2.1 Untuk Rumah Sakit	104
5.2.2 Untuk Pendidikan	104
5.2.3 Untuk Peneliti selanjutnya	105

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN - LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Apendik	9
--	---

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Intervensi dan Rasional	39
Table 4.1 Identitas Klien dan Penanggungjawab	54
Table 4.2 Riwayat Kesehatan	55
Table 4.3 Pola Aktivitas sehari-hari	56
Table 4.4 Pemeriksaan Fisik	57
Table 4.5 Pemeriksaan Psikologi.....	63
Tabel 4.6 Pemeriksaan Diagnostik	64
Table 4.7 Terapi dan Rencana Pengobatan	65
Table 4.8 Analisa Data.....	66
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan.....	70
Tabel 4.10 Intervensi	75
Table 4.11 Implementasi.....	78
Table 4.12 Evaluasi Sumatif	85

DAFTAR BAGAN

Bagan Patofisiologi Apendiks	13
------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran III	Leaflet
Lampiran IV	Jurnal
Lampiran V	Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
C	: <i>Celsius</i>
Cm	: <i>Centimeter</i>
CSSD	: Central Sterile Supply Departement
dr.	: Dokter
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
CRT	: Cappillary Refill Time
IV	: Intravena
JVP	: Jugularis Vena Pressure
TPM	: Tetes Per Menit
UGD	: Unit Gawat Darurat
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TD	: Tekanan Darah
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan
TTV	: Tanda- Tanda Vital
WIB	: Waktu Indonesia Barat
WHO	: <i>World Health Organitation</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Apendisitis merupakan suatu peradangan intrabdominal yang terjadi pada lapisan bagian dalam pada organ appendix vermiformis (Sandy & Barry E, 2015). Apendisitis terjadi karena adanya obstruksi pada organ appendix yang bisa disebabkan oleh makanan, fekalit, parasit, dan tumor. Obstruksi organ appendix ini menyebabkan rusaknya epitel mukosa, sehingga memudahkan bakteri untuk berkembang biak (Harisson, 2013; Zarandi *et al.*, 2014). Apendisitis Infiltrat merupakan radang yang menutup appendix dengan omentum sehingga terbentuk massa peripendikuler (Rukmono, 2011).

Menurut Susan L, Gearhart & William Silen, (2016) Lebih dari 250.000 appendektomi dilakukan per tahun, di Amerika Serikat kasus apendisitis meliputi 11 per 10.000 populasi per tahun, dan angka kejadian ini tidak begitu berbeda di negara berkembang. Laki – laki lebih berisiko terkena apendisitis dibanding wanita dengan rasio 1,4 : 1. Resiko terjadi kekambuhan pada laki – laki 8,6% sedangkan perempuan 6,7% (Sarosi, 2016). World Health Organization (WHO) menyebutkan kejadian apendisitis di Asia dan Afrika pada tahun 2014 adalah 4,8% dan 2,6% dari total populasi penduduk.

Di Indonesia angka kejadian apendisitis cukup tinggi, terlihat adanya kenaikan jumlah pasien dari tahun ke tahun. Berdasarkan data yang

diperoleh dari (Depkes, 2016), kasus apendisitis pada tahun 2016 sebanyak 65.755 kasus, dan terjadi kenaikan pada tahun 2017 sebanyak 75.601 kasus apendisitis. 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 didapatkan dari “*medical record*” di ruang bedah Melati IV RSUD Dr Soekardjo Tasikmalaya periode januari 2019 – desember 2019 dengan kasus : Hernia 20,1% , Fraktur 17,8% , Apendisitis 15,6% , Ileus Obstruktif 11,1% , Colelithiasis 8,7%, Soft Tissue Tumor 6,3% , Ulkus 6,3% , Abces 5,2% , *Benign Prostatic Hyperplasia* (BPH) 4,8%. Dengan demikian, Apendisitis menempati urutan ke tiga 10 Besar Penyakit setelah Hernia dan Fraktur. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nouri dkk di Shahid Behesti Medical Center di Iran tahun 2011-2015 terhadap 526 pasien yang didiagnosis apendisitis akut, ditemukan 24,3% adalah apendisitis perforasi dan 75,7% apendisitis tanpa perforasi (Nouri *et al.*, 2017). Di Indonesia menurut penelitian Padmi dan Widarsa tahun 2017, persentase perforasi pada pasien apendisitis akut berkisar antara 30-70% dari kasus apendisitis akut (Padmi, Widarsa, 2017).

Apendisitis memiliki potensi terjadinya komplikasi parah jika tidak segera di obati, seperti perforasi atau sepsis bahkan dapat menyebabkan kematian. (Craig S, Insescu L, dan Taylor CR, 2012). Tatalaksana apendisitis

akut yaitu dengan dilakukan tindakan apendektomi yang dianggap sebagai *gold standart* (Harisson, 2013: Zarandi *et al.*,2014). Jika telah terjadi komplikasi berupa perforasi atau sepsis, maka langkah medis untuk menanganinya adalah laparatomi eksplorasi. Laparatomi Eksplorasi adalah pembedahan perut sampai membuka selaput perut (Sugeng Jitowiyono & Weni Kristiyanasari, 2012).

Masalah keperawatan yang sering muncul pada pasien post laparatomi eksplorasi atas indikasi apendisitis infiltrat yaitu diantaranya nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat proses insisi pembedahan, gangguan intake nutrisi berhubungan dengan pembatasan intake per oral , hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan pembatasan rentang gerak akibat nyeri akut dan prosedur invasive, gangguan istirahat tidur berhubungan dengan nyeri akut , konstipasi berhubungan dengan efek efek anestesi, dan resiko tinggi infeksi berhubungan dengan trauma jaringan akibat prosedur invasive.

Pada pasien pasca laparatomi eksplorasi dampak yang paling berpengaruh terhadap penyembuhan luka operasi adalah nyeri. Menurut Virgianti N.F, (2015) seseorang yang mengalami nyeri akan berdampak pada aktivitas sehari-hari seperti istirahat tidur,pemenuhan individu, juga aspek interaksi sosial. Nyeri didefinisikan sebagai sebuah sensori subjektif dan emosional yang tidak menyenangkan terkait kerusakan jaringan aktual atau potensial, atau gambaran dari kondisi kerusakan jaringan itu (Saputra, 2013).Penanganan nyeri dengan menggunakan manajemen nyeri terdiri dari

farmakologis dan non farmakologis, tindakan secara farmakologis dilakukan dengan memberikan analgesik, yaitu untuk mengurangi rasa nyeri. Sedangkan untuk tindakan non farmakologis yaitu dengan relaksasi, tehnik nafas dalam, perubahan posisi, massage, terapi panas dingin. (Virgianti N F, 2015). Relaksasi merupakan teknik untuk mengurangi sensansi nyeri dengan cara merelaksasikan otot (Ghassani, Z 2016). Teknik relaksasi nafas dalam dapat menstimulasi tubuh untuk mengeluarkan opioid endogen yaitu endorphin dan enfealin yang memiliki sifat seperti morfin dengan efek analgesik (Smeltzer & Bare, 2013).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yusrizal (2012) mengenai pengaruh signifikan pemberian teknik relaksasi nafas dalam terhadap penurunan skala nyeri pasien post op apendisitis di Ruang Bedah RSUD Dr. M. Zein Painan Sumatera Barat diketahui bahwa rata-rata tingkat nyeri sebelum diberikan teknik relaksasi nafas dalam adalah 5,90 dengan standar deviasi 0,994. Sedangkan rata-rata tingkat nyeri setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam adalah 2,40 dengan standar deviasi 1,174. Hasil uji statistik menggunakan uji paired t test didapatkan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), maka dapat disimpulkan terdapat penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan teknik relaksasi nafas dalam sebesar 3,50 skala.

Berdasarkan data di atas dan informasi yang penulis dapatkan dari Ruang Bedah Melati IV RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya bahwa pasien post op apendisitis, pasien tersebut sangat terganggu kebutuhannya

akibat nyeri yang dialami pasca operasi, sehingga penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan dan membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan Klien Post Op Laparatomy Eksplorasi Atas Indikasi Apendisitis Infiltrat Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya" dengan melakukan penerapan intervensi teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi tingkat nyeri yang dialami oleh pasien.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien post op laparatomy eksplorasi atas indikasi Apendisitis Infiltrat dengan masalah keperawatan Nyeri akut diruang bedah Melati IV RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya ?

1.3 Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian yaitu :

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis mampu melaksanakan dan mendapatkan pengalaman dalam melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Op Laparatomy Eksplorasi atas indikasi Apendisitis Infiltrat dengan masalah keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati IV RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya

1.3.2 Tujuan Khusus

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

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami Apendisitis Infiltrat Post Operatif Laparatomy Eksplorasi dengan Nyeri Akut.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Apendisitis Infiltrat Post Operatif Laparatomy Eksplorasi dengan Nyeri Akut.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Apendisitis Infiltrat Post Operatif Laparatomy Eksplorasi dengan Nyeri Akut.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Apendisitis Infiltrat Post Operatif Laparatomy Eksplorasi dengan Nyeri Akut
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien Apendisitis Infiltrat Post Operatif Laparatomy Eksplorasi dengan Nyeri Akut.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini di harapkan dapat memberikan pengetahuan dan informasi,dan untuk menambah wawasan di bidang keperawatan medikal bedah

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat
karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam asuhan keperawatan pada klien post laparatomy eksplorasi atas indikasi apendisitis infiltrat dengan nyeri akut.
2. Bagi Rumah Sakit

dapat memberikan informasi tentang asuhan keperawatan tentang pasien post op laparatomy eksplorasi atas indikasi apendisitis infiltrat dengan nyeri akut.

3. **Bagi Institusi Pendidikan**

dapat menambah sarana bacaan dan dijadikan pedoman dan perbandingan di kampus maupun di lahan praktik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Definisi

Apendisitis adalah suatu obstruksi pada umbai cacing yang disebabkan oleh benda asing batu feses sehingga terjadi proses infeksi disusul dengan peradangan dari apendiks vermoris (Nugroho,2011). Apendisitis yaitu suatu peradangan yang berbentuk cacing yang berlokasi dekat ileoskal (Reksoprojo, 2010).

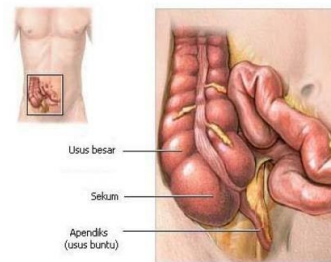
Appendisitis Infiltrat adalah proses terjadinya radang pada apendiks yang membentuk sebuah gumpalan massa (*appendiceal mass*) yang umumnya massa apendik terbentuk pada hari ke4 sejak peradangan dimulai yang melekat satu sama lain, yang penyebarannya dapat dibatasi oleh omentum dan usus usus dan peritonium disekitarnya (Rukmono, 2011).

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks) infeksi yang terjadi dapat mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan pembedahan segera mungkin untuk mencegah terjadinya komplikasi yang umumnya berbahaya (NANDA NIC NOC,2015).

2.1.2 Anatomi Fisiologi

a. Anatomi

Gambar 2.1
Anatomi Apendiks



Sumber : (Dermawan & Rahayuningsih, 2010)

Apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu. Infeksi pada organ ini disebut apendisitis atau radang umbai cacing. Apendisitis yang parah dapat menyebabkan apendiks pecah dan membentuk nanah didalam rongga abdomen atau peritonitis (infeksi rongga abdomen). Apendiks adalah organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm (kisaran 3-15), dan berpangkal di sekum. Lumennya melebar dibagian distal dan menyempit dibagian proksimal. (Soybel, 2001 dalam Departemen Bedah UGM, 2010). Walaupun lokasi apendiks selalu tetap, lokasi ujung umbai cacing bisa berbeda, bisa di retrocaecal atau dipinggang (pelvis) yang jelas terletak di peritoneum.

Secara klinik apendiks terletak pada daerah Mc. Burney yaitu daerah 1/3 tengah garis yang menghubungkan sias kanan dengan umbilikus (Jitowiyono Sugeng, 2012). Apendiks panjangnya rata rata 6-9 cm, lebar

0,3- 0,7 cm, isi 0,1 cc , cairan bersifat basa mengandung amilase dan musin (Jitowiyono Sugeng, 2012).

b. Fisiologi

Secara fisiologi apendiks menghasilkan lender 1-2 ml per hari. Lender tersebut normalnya dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lender di muara apendiks tampaknya berperan pada pathogenesis apendisitis. Immunoglobulin sekretorik 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.(Sjamsuhidajat & de jong, 2011).

2.1.3 Etiologi

Menurut Syadam Gozali (2011).Penyebab terjadinya apendisitis dapat terjadi karena adanya makanan keras yang masuk ke dalam usus buntu dan tidak bisa keluar lagi.Setelah isi usus tercemar dan usus meradang timbulah kuman-kuman yang bisa memperparah keadaan tadi. Apendisitis akut merupakan infeksi bakteri.berbagai hal sebagai faktor pencetusnya:

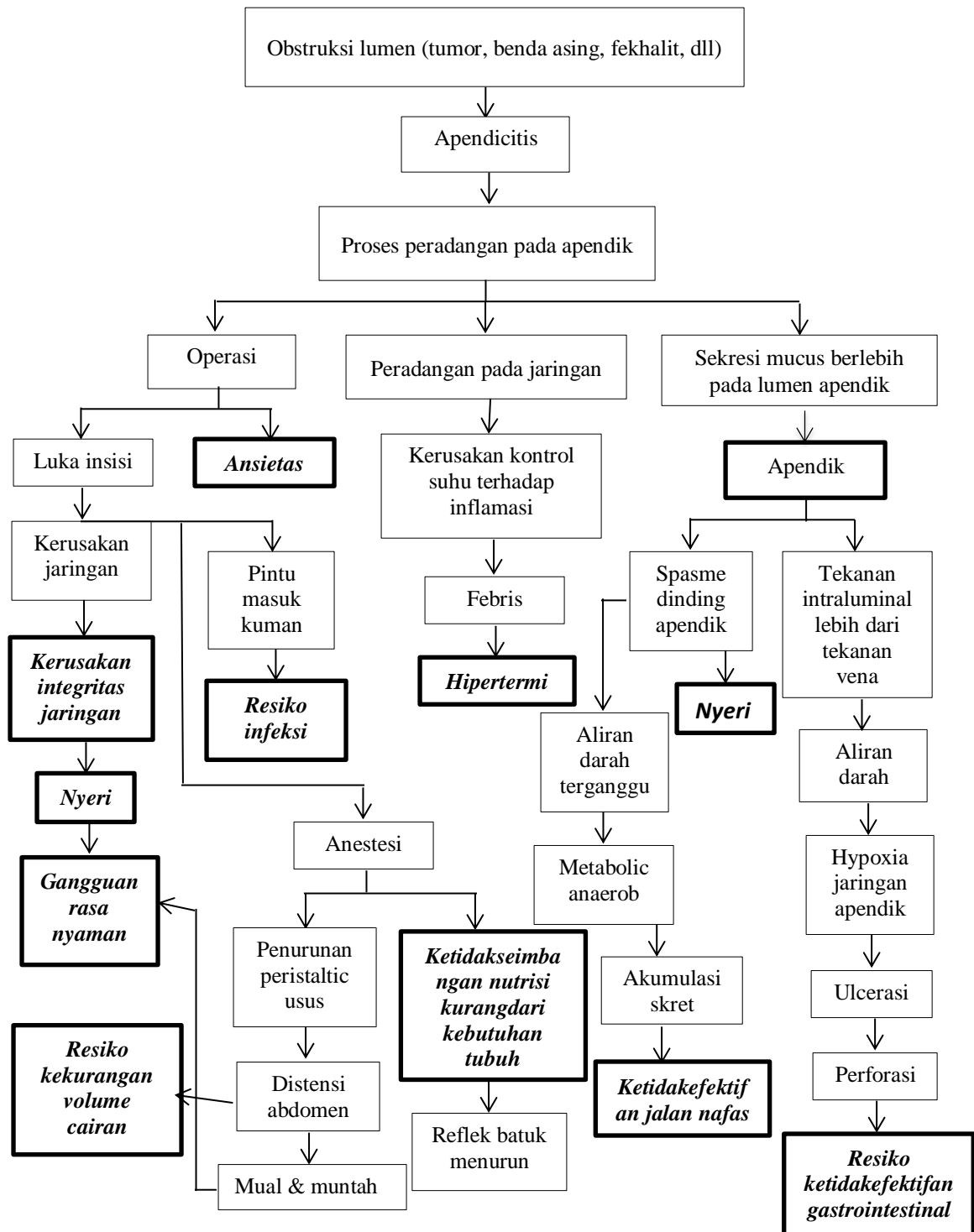
1. Sumbatan lumen appendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, tumor apendiks dan cacing askaris.
2. Penyebab lain penyebab apendiks karena parasit seperti *E. histolytica*.
3. Penelitian Epidemiologi mengatakan peran kebiasaan makan makanan yang rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menarik bagian intrasekal, yang berakibat timbulnya tekanan intrasekal dan terjadi penyumbatan sehingga meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon (R Tsamsuhidajat & Wim De jong, 2010).

2.1.4 Patofisiologi

Appendik yang merupakan bagian dari sekum, belum diketahui fungsinya. Peradangan apendik terjadi oleh adanya ulserasi dinding mukosa atau obstruksi lumen (fecalit/feses yang keras). Penyumbatan pengeluaran sekret mukus mengakibatkan terjadinya perlengketan, infeksi dan terhambatnya aliran darah. Dapat menyebabkan gangren atau terjadi ruptur dalam waktu 24 – 36 jam dalam keadaan hipoksia. Jika proses ini terjadi secara terus menerus maka akan menyebabkan terjadinya perlengketan pada organ disekitar apendik atau akan menjadi abses(kronik). Dan akan menyebabkan komplikasi yang serius yaitu peritonitis. Peritonitis terjadi apabila proses infeksi terjadi secara cepat(akut). (Deden Dermawan & Tutik Rahayuningsih, 2010).

Penyebab utama appendisitis yaitu obstruksi penyumbatan yang dapat disebabkan oleh *hyperplasia* dari folikel limfoid, adanya benda asing seperti cacing, adanya fekalit dalam lumen appendiks,striktura karena adanya peradangan sebelumnya dan misalnya adanya keganasan (karsinoma karsinoid). Persyarafan appendiks sama dengan usus yaitu di torakal X maka rangsangan sebagai sakit yang dirasakan yaitu sekitar umbilicus. Obstruksi appendiks menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa terbungkus,semakin lama mucus yang terbungkus maka akan makin banyak dan menekan dinding appendiks dan akan terjadi oedem serta akan merangsang tunika serosa peritonium visceral (Deden Dermawan & Tutik Rahayuningsih, 2010).

Mucus yang terkumpul itu kemudian terkumpul lalu terinfeksi oleh bakteri menjadi nanah kemudian terjadi gangguan pada aliran vena. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritonium parietal setempat, sehingga timbul rasa nyeri di abdomen bawah kanan. Keadaan ini disebut appendisitis supratif akut. Kemudian appendik bisa menjadi appendisitis infiltrat jika aliran darah arteri terganggu dan timbul allergen, dan akan menjadi appendik perforasi jika appendiks akut tersebut telah pecah. Dan bisa menjadi appendiks abses jika omentum usus yang berdekatan dapat mengelilingi appendiks yang meradang atau perforasi dan akan timbul suatu masa lokal. Jika appendisitis infiltrat sembuh dan kemudian gejalanya hilang timbul dikemudian hari maka akan terjadi appendisitis kronik (Deden Dermawan & Tutik Rahayuningsih, 2010).

Bagan 2.1 Pathfisiologi Apendisitis

(Sumber : Awan Hariyanto & Rini Sulistyowati, 2015)

2.1.5 Klasifikasi

Klasifikasi apendisitis menurut Nurarif & Kusuma (2013) terbagi menjadi tiga yaitu:

1. Appendisitis akut

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

2. Appendisitis rekurens

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

3. Appendisitis kronis

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

2.1.6 Manifestasi klinis

Manifestasi klinik dari apendisitis adalah :

1. Nyeri di kuadran bawah kanan disertai demam ringan, dan terkadang muntah kehilangan nafsu makan kerap dijumpai, konstipasi dapat terjadi.

2. Pada titik Mc Burney (terletak diantara pertengahan umbilicus dan spina anterior ileum), terasa nyeri tekan lokal dan kekakuan otot bagian bawah rektus kanan
3. Nyeri pantul dapat dijumpai lokasi apendiks menentukan kekuatan nyeri tekan, spasme otot dan adanya diare atau konstipasi.
4. Jika apendiks pecah , nyeri lebih menyebar abdomen menjadi lebih terdistensi akibat ileus paralitik dan kondisi memburuk (Brunner & Suddart, 2014).

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada pasien appendisitis menurut Deden Dermawan & Tutik Rahayuningsih (2010) :

1. Perforasi Appendisitis

Perforasi jaringan terjadi dalam 8 jam pertama, observasi aman untuk dilakukan dalam masa tersebut. Tanda-tanda perforasi meliputi meningkatnya nyeri, spasme otot dinding perut kuadran kanan bawah dengan tanda peritonitis umum atau abses yang jelas. Bila perforasi dengan peritonitis umum atau pembentukan abses telah terjadi sejak pasien pertama kali datang, diagnosis dapat ditegakkan dengan pasti

2. Peritonitis

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

rectum atau vagina. Peritonitis merupakan peradangan peritonium (lapisan membrane serosa rongga abdomen) dan organ didalamnya Tanda – tanda dari peritonitis yaitu (Arif Muttaqin & Kumala Sari, 2011) :

- a. Nyeri pada abdomen yang hebat
- b. Dinding perut terasa tegang
- c. Demam tinggi
- d. Dehidrasi
- e. Sepsis
- f. Elektrolit darah tidak seimbang
- g. Pneumonia

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

- a. 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 prut semakin parah
 4. Pada apendiksitis terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritonium tidak begitu jelas, sedangkan bila apendik terletak di rongga pelvis maka obturator sign akan positif dan tanda perangsangan peritonium akan lebih menonjol.

b. Pemeriksaan laboratorium

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

c. Pemeriksaan radiologi

Tampak distensi sekum pada apendiksitis akut menunjukkan densitas kuadran kanan bawah atau kadar aliran udara terlokalisasi. Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen dan apendikogram.

2.1.9 Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

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

b. Penatalaksanaan keperawatan

1. Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri , mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi resiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi yang optimal.
2. Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur intra vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastrik (bila terbukti ada ileus paralitik), jangan berikan laksatif.
3. Setelah operasi, posisikan pasien fowler tinggi, berikan analgetik narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi.

Jika drain terpasang di area insisi, pantau secara ketat adanya tanda tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder atau abses sekunder (Brunner & Suddath, 2014).

2.2 Konsep Laparatomi

2.2.1 Definisi Laparatomi

Laparatomi adalah prosedur tindakan pembedahan dengan membuka cavum abdomen dengan tujuan untuk mengetahui sumber nyeri atau akibat trauma dan perbaiki bila diindikasikan (Jitowiyono, 2012).

2.2.2 Jenis – jenis laparatomi

1. *Midline incision*
2. Paramedian, yaitu sedikit ke tepi dari garis tengah ($\pm 2,5$ cm), panjang (12,5 cm).

3. *Transverse upper abdomen incision*, yaitu : insisi dibagian atas.
4. *Transverse lower abdomen icision*, yaitu : insisi melintang dibagian bawah ± 4 cm diatas anterior spinal iliaka (Padila, 2012).

2.2.3 Indikasi

1. Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / ruptur hepar.
2. Peritonitis
3. Perdarahan saluran pencernaan
4. Sumbatan usus halus dan usus besar.
5. Massa pada abdomen. (Jitowiyono, 2012).

2.2.4 Penatalaksanaan

1. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
2. Memperepat pembedahan
3. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin.
4. Mempertahankan konsep diri pasien.
5. Mempersiapkan pasien pulang (Padila, 2012)

2.2.5 Komplikasi

1. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis.

Tromboflebitis pasca operasi biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi.

Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati dan otak.

2. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi

Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah stafilokokus aureus, organisme gram positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan.

3. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi.

2.2.6 Proses penyembuhan luka

1. Fase pertama

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

2. Fase kedua

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

3. Fase ketiga

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

4. Fase keempat

fase terakhir, penyembuhan akan menyusut dan mengering. (Padila, 2012).

2.3 Konsep Nyeri

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah respon subjektif terhadap stressor fisik dan psikologis. Menurut *International Association for the Study of Pain (IASP)* pada tahun 1997, nyeri didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang

tidak menyenangkan, yang terkait dengan potensi atau adanya kerusakan jaringan. Proses kerusakan jaringan yang diteruskan ke sistem saraf pusat dan menimbulkan sensasi nyeri disebut sebagai *neosepsi*. Ada nyeri tanpa *nosisepsi* (seperti phantom limb pain) dan ada juga nosisepsi tanpa nyeri. Penilaian nyeri tidak akan pernah lepas dari subjektivitas pasien. Namun skala kuantitas dapat dibuat untuk membantu manajemen nyeri agar lebih objektif (Kapita Selekta Kedokteran, 2014).

2.3.2 Fisiologi

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

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

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

stimulus yang normalnya tidak berbahaya (seperti sentuhan) diterima sebagai nyeri.

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

2.3.3 Klasifikasi Nyeri

Secara garis besar nyeri dibagi menjadi dua yaitu :

a. Nyeri akut

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

b. Nyeri Kronik

Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa. Gejala yang terjadi tiba-tiba atau lambat dan intensitas ringan hingga berat, terjadi secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 3 bulan. (NANDA, 2015).

2.3.4 Pemeriksaan Penunjang

Pengukuran skala nyeri. Alat diagnostic yang digunakan untuk menilai nyeri terdiri atas dua macam, yaitu skala unidimensi dan skala multidimensi. Skala unidimensi hanya mengukur skala nyeri, terkait intensitas nyeri yang dirasakan.

a. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Metode VAS sangat efisien penggunaannya, dan tervalidasi pada pasien-pasien dengan nyeri kronis. Kelemahan metode ini adalah dapat memakan

waktu. Validitasnya masih kontroversial, kadang dapat membuat pasien bingung.

b. *Numeric Rating Scale* (NRS)

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

2.3.5 Tatalaksana Nyeri

1. Tatalaksana Farmakologis

Prinsip-prinsip umum penggunaan tata laksana farmakologis untuk nyeri adalah:

- a. Identifikasi dan tangani sumber nyeri
- b. Pilih pendekatan yang paling sederhana untuk tatalaksana nyeri.
Kebanyakan nyeri dapat ditangani dengan pemberian obat dan tidak membutuhkan tindakan invasive.
- c. Pilih obat yang sesuai. Rejimen obat untuk nyeri bergantung pada masing-masing individu. Pemilihan dilakukan dengan menilai karakteristik nyeri, obat, dan pasien.
- d. Buat rencana tatalaksana
- e. Pilih rute pemberian obat
- f. Titiasi dosis

- g. Optimaisasi pemberian
- h. Pantau dan kendalikan efek samping
- i. Bedakan toleransi, ketergantungan fisis dan adiksi
- j. Hindari penggunaan placebo

Berbagai macam klsifikasi digunakan untuk obat-obat anti nyeri (analgesia), namun secara umum dapat dibagi menjadi :

1. Analgesic nonopioid : asetaminofen dan obat antiinflamasi non steroid (OAINS), termasuk aspirin dan turunan asam salisilat.

Mekanisme kerja : Inhibisi enzim siklooksigenase (COX) yang menghambat sintesis prostaglandin. Seluruh obat nonopioid memiliki efek antiinflamasi, antipiretik, dan analgesic. Efek analgesic OAINS biasanya bertahan selama menit hingga jam, sementara efek antiinflamasi dapat 1-2 minggu. Efek antiinflamasi dapat membantu mengurangi nyeri karena mengurangi pembengkakan jaringan. Saat ini diketahui bahwa reseptor COX memiliki dua isoform, yaitu COX-1 dan COX-2 OAINS nonselektif menghambat keduanya. Sementara obat yang selektif hanya menghambat COX-2, dengan efektivitas secara obat nonselektif namun efek samping yang lebih sedikit.

Penggunaan :Nonopioid digunakan untuk mengurangi berbagai tipe nyeri akut dan kronis (akibat trauma, pasca operasi, kanker, nyeri artritis) dan terutama efektif untuk nyeri somatic (nyeri otot dan sendi, nyeri gigi/tulang, nyeri inflamasi, nyeri pasca operasi). Asetaminofen dan OAINS masing-masing dapat dapat mengatasi nyeri ringan dan beberapa OAINS untuk

nyeri sedang. Bahkan nyeri berat yang membutuhkan opioid, obat nonopioid tetap digunakan sebagai kombinasi untuk mengurangi dosis opioid yang dibutuhkan. Nonopioid tidak menyebabkan toleransi, ketergantungan fisis, atau adiksi.

Efek samping : Gangguan gastrointestinal (dyspepsia, ulkus, perforasi, perdarahan, disfungsi hati), perdarahan (efek antitrombosit), disfungsi ginjal, reaksi hipersensitivitas, dan efek sistem saraf pusat. Efek samping tersebut berbeda bergantung pada jenis obat. Efek samping dapat dihindari dengan dosis yang kecil atau penggunaan dalam jangka waktu singkat. Efek samping juga dapat dikurangi dengan mekanisme proteksi, misalnya digunakan bersama misoprostol untuk mengurangi ulkus peptikus.

2. Analgesic opioid

Mekanisme kerja : Opioid berikatan dengan reseptor opioid dalam sistem saraf pusat untuk : (1) menghambat transmisi input nosiseptif pada korda spinalis perifer. (2) aktivasi jalur inhibisi desendens dan memodulasi transmisi didalam korda spinalis. (3) mengganggu aktivitas sistem limbic. Oleh karena itu opioid memodifikasi baik aspek sensorik maupun afektif nyeri. Opioid yang berbeda bekerja pada reseptor opioid yang berbeda pula, seperti mu, kappa, dan delta.

Peggunaan : Opioid digunakan untuk mengatasi nyeri derajat sedang hingga berat yang tidak dapat ditangani dengan nonopioid saja. Opioid biasanya dikombinasikan dengan nonopioid untuk mendapatkan efek dose-sparing sehingga dosis opioid yang dibutuhkan lebih sedikit. Hamper

seluruh tipe nyeri berespons terhadap opioid, namun secara umum nyeri nosiseptif lebih berespons dibanding nyeri neuropatik yang membutuhkan dosis opioid yang lebih tinggi. Efektivitas opioid berbeda-beda pada masing-masing individu sehingga jika gagal dengan obat satu, perlu mencoba obat yang lain.

Efek samping : Efek samping yang dapat timbul pada opioid agonis reseptor mu adalah sedasi, confusion, depresi napas, mual, muntah, konstipasi, pruritus dan retensi urine. Hati-hati penggunaan opioid terhadap pasien dengan ventilasi terganggu, asma bronchial, gagal hati, atau peningkatan tekanan intra kranial.

3. Analgesic adjuvant atau ko-analgesik : suatu obat dengan indikasi tertentu, namun memiliki efek antinyeri, seperti obat anti epilepsy dan antidepresan trisiklik.

Rute pemberian opioid bisa melalui berbagai cara, seperti oral, sublingual, rektal, parenteral, transdermal, intratekal, atau epidural. Untuk nyeri kronis cara oral atau transdermal lebih dipilih. Penggunaan intramuscular berulang sebaiknya dihindari. Opioid kerja singkat digunakan untuk nyeri yang hilang timbul. Sementara yang kerja panjang atau sustained-release untuk pasien yang mengalami nyeri terus menerus.

2. Tatalaksana non farmakologi

Tatalaksana non farmakologi dilakukan untuk mendukung terapi nonfarmakologi. Hal-hal yang dapat dilakukan adalah pendekatan psikologis (terapi perilaku kognitif, relaksasi, psikoterapi), rehabilitasi fisis, atau

pendekatan bedah. Salah satu terapi non farmakologis yang dapat dilakukan adalah dengan terapi relaksasi nafas dalam.

Menurut Arfa (2013) Teknik relaksasi nafas dalam adalah bentuk asuhan keperawatan untuk mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat(menahan inspirasi secara maksimal), dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam ini juga dapat membuat ketentraman hati dan berkurangnya rasa cemas.Prinsip yang mendasari penurunan nyeri oleh teknik relaksasi nafas dalam terletak pada fisiologi sistem saraf otonom yang merupakan bagian dari sistem sarap perifer yang mempertahankan hemostatis lingkungan internal individu (Azizah, Zumrotun, Fanianurul & Nisa, 2015).

Relaksasi bertujuan untuk mengatasi atau menurunkan kecemasan, menurunkan ketegangan otot dan tulang, serta mengurangi nyeri dan menurunkan ketegangan otot yang berhubungan dengan fisiologis tubuh (Kozier, 2010). Teknik relaksasi nafas dalam mampu menurunkan nyeri pada pasien post operasi, hal ini terjadi karena relatif kecilnya peran otot skeletal dalam nyeri pasca operasi atau kebutuhan pasien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam (Majid et al, 2011). Setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam terdapat hormon yang dihasilkan yaitu hormon adrenalin dan hormon kortison. Kadar PaCO₂ akan meningkat dan menurunkan PH, sehingga akan meningkatkan kadar oksigen dalam darah (Majid et al, 2011)

2.4 Konsep Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara sistemik yang dilakukan perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dalam melakukan pengkajian, menentukan diagnose, perencanaan tindakan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah diberikan dan berfokus pada klien dan berorientasi pada tujuan (Muttaqin, 2011).

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian yang khas pada pasca operasi *laparotomi Eksplorasi* meliputi, sistem pernapasan, sirkulasi, tingkat kesadaran, rasa nyaman, dan psikologis (Jitowiyono, Kristiyanasari, 2010). Adapun komponen-komponen pengkajian yaitu :

1. Pengumpulan Data

a. Identitas

1) Identitas klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor medrec, diagnosis medis, dan alamat.

2) Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien, alamat

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

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

2) Keluhan Utama Saat di Kaji

Keluhan utama pada post laparotomi eksplorasi indikasi apendisitis infiltrat adalah nyeri, nyeri dirasakan bertambah apabila klien bergerak dan berkurang apabila klien beristirahat. Nyeri dirasakan seperti ditarik-tarik. Nyeri dirasakan di bagian bekas pembedahan. Dan untuk skala nyeri bisa di hitung (0-10). Nyeri dirasakan setelah 3-4 jam post operasi.

3) Riwayat Penyakit Terdahulu

Pengkajian preoperative untuk menurunkan risiko pembedahan seperti adanya penyakit Diabetes Melitus, hipertensi, tuberculosi, atau kelainan hematologis. Pengkajian operasi abdomen terdahulu, apakah klien pernah masuk rumah sakit, obat-obatan yang pernah digunakan dan apakah mempunyai riwayat alergi.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi, dalam satu keluarga, dan

penyakit yang menular akibat kontak langsung maupun tak langsung antar anggota keluarga (Nikmatur, Saiful, 2012)

c. Pola fungsi kesehatan

Kolom prioritas pada pola fungsi kesehatan yang berhubungan dengan perubahan fungsi/anatomi tubuh menurut (Nikmatur, Saiful, 2012), antara lain:

1) Pola nutrisi dan metabolisme

Pola fungsi yang diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit (saat ini) yang meliputi: jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makanan selingan, makanan yang disukai, alergi makanan, dan makanan pantangan. Keluhan yang berhubungan dengan nutrisi seperti anoreksia, mual, muntah (Doenges, 2014).

2) Pola Eliminasi

Pada pasca operasi biasanya dijumpai ketidakmampuan defekasi dan flatus (Doenges, 2014).

3) Pola aktifitas dan kebersihan diri

Pada pasca operasi biasanya klien tidak dapat melakukan personal hygiene secara mandiri karena pembatasan gerak akibat nyeri dan kelemahan (Doenges, 2014).

4) Pola Istirahat Tidur

Pada pasca operasi biasanya klien memiliki gangguan pola tidur karena nyeri (Doenges, 2014)

d. Pemeriksaan Fisik

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

1) Sistem Pernafasan

Biasanya klien mengalami pernapasan dangkal dan takipneu (Doenges, 2014).

2) Sistem kardiovaskuler

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

3) Sistem Pencernaan

pada pengkajian abdominal, hal yang mendasar adalah mengklarifikasi keluhan nyeri pada regio kanan bawah atau pada titik McBurney. Biasanya pada klien pasca operasi ditemukan distensi abdomen, kembung, kekakuan abdomen, nyeri tekan, mukosa bibir kering, penurunan peristaltic usus, muntah, dan konstipasi akibat pembedahan (Doenges, 2014).

4) Sistem Muskuloskeletal

Kelemahan dan kesulitan ambulasi terjadi akibat nyeri berat di abdomen yang menyebabkan kekakuan pada otot (Doenges, 2014).

5) Sistem Integumen

Akan tampak adanya luka operasi di abdomen karena insisi bedah. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral, membran mukosa kering (Doenges, 2014).

6) Sistem Perkemihan

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

7) Sistem Persyarafan

a. *Nervus olfaktorius* (N.I)

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

b. *Nervus optikus* (N.II)

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

c. *Nervus Okulomotorius, Trochlearis, Abducens* (N III, N IV, N VI)

Fungsi *nervus* ini saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Fungsinya ialah menggerakkan otot mata ekstraokuler, dan mengangkat kelopak mata.

Serabut otonom *nervus III* mengatur otot pupil.

d. *Nervus trigeminus* (N.V)

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

e. *Nervus Facialis* (N.VII)

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

f. *Nervus Auditorius* (N.VIII)

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

g. *Nervus Glusofaringeus* (N.X)

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

h. *Nervus Vagus* (N.IX)

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

i. *Nervus Assesorius* (N.XI)

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

j. *Nervus Hipoglosus* (N.XII)

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

8) Sistem Wicara dan THT

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

e. Data Psikologi

1) Gambaran diri

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

2) Ideal diri

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

3) Harga diri

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

4) Peran diri

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

5) Identitas diri

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

f. Pola nilai dan Kepercayaan

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

g. Pola peran

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

h. Data Penunjang

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

2.4.2 Analisa Data

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

2.4.3 Diagnosa

Diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas disusun berdasarkan kebutuhan dasar manusia. Hal ini dilakukan karena tidak mungkin semua masalah diatasi bersama – sama sekaligus. Jadi diputuskan masalah yang mana dapat diatasi terlebih dahulu berkaitan erat dengan kebutuhan dasar

manusia (Setiadi, 2012). Untuk diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada pasien pasca operasi laparotomi Eksplorasi menurut doenges (2014) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya insisi pembedahan
- b. Konstipasi berhubungan dengan efek-efek anestesi
- c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (insisi bedah)
- d. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi penyakit

2.4.4 Intervensi

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

Adapun rencana keperawatan menurut Doenges (2014) adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya insisi pembedahan

Hasil yang diharapkan/kriteria hasil : mampu mengontrol nyeri, melaporkan nyeri berkurang, mampu mengenali nyeri, menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Tabel 2.1**Nyeri akut**

Intervensi	Rasional
Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi	Membantu menentukan pilihan intervensi dan memberikan dasar perbandingan dan evaluasi terhadap terapi
Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan	Bahasa tubuh dapat secara psikologis dapat digunakan pada hubungan petunjuk verbal untuk mengidentifikasi luas/beratnya masalah
Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien	Reduksi ansietas dan ketakutan dapat meningkatkan relaksasi dan kenyamanan
Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri	Informasi menentukan data dasar kondisi klien dengan memandu intervensi keperawatan
Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau	Untuk mengetahui pengalaman nyeri klien
Evaluasi bersama klien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau	Untuk mengetahui pengalaman nyeri klien dan pengaruhnya terhadap kualitas hidup
Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan	Informasi akan membantu menemukan tindakan selanjutnya
Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan	Untuk meningkatkan manajemen nyeri dan farmakologi
Kurangi faktor presipitasi nyeri	Untuk mengurangi faktor yang dapat menyebabkan nyeri timbul
Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)	Untuk meningkatkan kenyamanan klien.
Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi	Menentukan data dasar kondisi klien dan memandu intervensi keperawatan
Ajarkan tentang teknik non farmakologi (Relaksasi Nafas dalam)	Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan akibat tindakan pembedahan yang dapat meningkatkan kontrol terhadap nyeri
Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	Untuk mengurangi faktor nyeri
Evaluasi keefektifan kontrol nyeri	Nyeri merupakan pengalaman subjektif, pengkajian berkelanjutan diperlukan untuk evaluasi keefektifan medikasi dan kemajuan penyembuhan
Tingkatkan istirahat	Mengurangi ketegangan otot meningkatkan kemampuan coping
Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil	Untuk menentukan intervensi selanjutnya
Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri	Untuk meningkatkan kenyamanan klien

b. Konstipasi berhubungan dengan efek-efek anestesi

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

Tabel 2.2

Konstipasi

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

c. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (insisi bedah)

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

Tabel 2.3

Resiko tinggi infeksi

Intervensi	Rasional
Pantau tanda-tanda vital dan perhatikan peningkatan suhu.	Demam tiba-tiba disertai menggigil, kelelahan, kelemahan, takipne, takikardia, dan hipotensi menandakan syok septik. Peningkatan suhu 4-7 hari pembedahan sering menandakan abses

	luka atau kebocoran cairan dari sisi anastomosis.
Observasi penyatuan luka, karakter drainase, adanya inflamasi	Perkembangan infeksi dapat memperlambat pemulihan.
Pertahankan perawatan luka aseptik. Pertahankan balutan kering	Melindungi pasien dari kontaminasi silang selama penggantian balutan. Balutan basah bertindak sebagai sumbu retrograde, menyerap kontaminan eksternal.
Gunakan bebat <i>Montgomery</i> untuk mengamankan balutan, bila diindikasikan	Seringnya plester terlepas (khususnya bila ada drain) dapat menyebabkan abrasi kulit, yang dapat juga menjadi tempat infeksi.
Kultur terhadap kecurigaan drainase.	Organisme multiple mungkin ada pada luka terbuka dan setelah bedah usus
Berikan obat-obatan sesuai indikasi. Antibiotic	Diberikan secara profilaktik dan untuk mengatasi infeksi.
Lakukan irigasi luka sesuai kebutuhan	Mengatasi infeksi bila ada.

d. Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi penyakit

Hasil yang diharapkan : menyatakan pemahaman proses penyakit dan pengobatan

Kriteria Hasil : mengidentifikasi hubungan tanda/gejala pada proses penyakit dan menghubungkan gejala dengan factor penyebab.

Tabel 2.4

Kurangnya Pengetahuan

Intervensi	Rasional
edukasi kepada klien mengenai proses penyakit, perawatan penyakit,serta jadwal terapinya	Edukasi pada klien juga bermanfaat dalam proses perawatan, dengan adanya informasi klien akan mampu mengidentifikasi masalahnya sehingga memudahkan untuk menggali data pada klien
Memberikan informasi yang tepat dan akurat	Informasi yang tepat akan membuat klien

sesuai dengan kebutuhan klien	merasa dirinya memiliki sumber informasi yang terpercaya
Menginstruksikan kepada klien untuk bertanya kepada penyedia kesehatan tentang segala yang berhubungan dengan kesehatannya	Klien kadang merasa tidak berani bertanya karena belum terbina hubungan dekat dengan penyedia layanan kesehatan

2.4.5 Impelementasi

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

2.4.6 Evaluasi

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

Macam macam Evaluasi :

1. Evaluasi Proses (Formatif)
 - a. Evaluasi yang dilakukan setiap selesai 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 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.

Adapun Evaluasi yang diharapkan dalam proses keperawatan pada pasien dengan pasca operasi Laparatomi Eksplorasi Doenges (2014) adalah:

1. Mempertahankan volume sirkulasi adekuat.
2. Mengontrol/meminimalkan penyakit.
3. Mencegah komplikasi
4. Meningkatkan fungsi GI yang tepat.
5. Memberikan informasi tentang prosedur/prognosis bedah, komplikasi, dan kebutuhan tindakan.