

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN APENDIKSITIS  
AKUT DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI DI RUANG MARJAN BAWAH  
RSUD dr. SLAMET GARUT**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar  
Ahli Madya Keperawatan (A.Md.kep) Pada Prodi DIII keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Di susun oleh :

**ANANDA DWI KOMARA**

**AKX.15.009**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2018**

## SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Ananda Dwi Komara

NPM : AKX.15.009

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Apendiksitis Akut  
Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Di Ruang Marjan  
Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat atau jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi yang lainnya sesuai dengan norma yang berlaku diperguruan tinggi.

Bandung, April 2018

Yang Membuat Pernyataan



Ananda Dwi Komara

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN APENDIKSITIS  
AKUT DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI DI RUANG MARJAN BAWAH  
RSUD dr. SLAMET GARUT

ANANDA DWI KOMARA

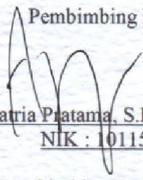
AKX.15.009

KARYA TULIS INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL 30 APRIL 2018

Oleh

Pembimbing Ketua

  
Angga Satria Pratama, S.Kep. Ners., M.Kep  
NIK : 10115171

Pembimbing Pendamping

  
Drs. Rachwan H. M. Kes

Mengetahui  
Prodi DIII Keperawatan  
Ketua,

  
Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep  
NIK : 1011603

**LEMBAR PENGESAHAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH**  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN APENDIKSITIS  
AKUT DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
NYERI DI RUANG MARJAN BAWAH  
RSUD dr. SLAMET GARUT

Oleh :

Ananda Dwi Komara

AKX.15.009

Telah diuji  
Pada tanggal 30 April 2018

Panitia Penguji

Ketua : Angga Satria Pratama, S.Kep., Ners., M.Kep .....

Anggota :

1. Hj. Sri Sulami, S.Kep., MM  
(Penguji I)
2. Hj. Zafia Winta, Amk.An  
(Penguji II)
3. Drs. Rachwan H, M.Kes  
(Pembimbing Pendamping)



Mengetahui  
Stikes Bhakti Kencana Bandung



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep  
NIP : 10107064

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Apendiksitis sering ditemukan di negara maju namun tidak menutup kemungkinan dapat terjadi juga di Indonesia. Survei di 15 provinsi di Indonesia tahun 2014 menunjukkan jumlah apendiksitis yang dirawat di rumah sakit sebanyak 4.351 kasus. Di Jawa Barat 4,16% dari jumlah rawat inap adalah apendiksitis (Dinkes, 2011) sedangkan di ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut termasuk dalam 10 penyakit terbanyak dengan jumlah 89 kasus (2017). Keluhan terbanyak yang dialami pada penderita apendiksitis ialah nyeri perut kanan bawah dan juga nyeri post operasi. **Tujuan :** perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien secara komprehensif untuk penanganan nyeri pada klien. **Metode :** studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien Apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri. **Hasil :** Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan untuk penanganannya nyeri dengan memberikan Intervensi keperawatan teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan skala nyeri, masalah keperawatan nyeri pada kasus 1 dan 2 dapat teratasi setelah 3 hari pemberian intervensi. **Diskusi :** pasien dengan masalah keperawatan nyeri tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien Apendiksitis akut, hal ini dipengaruhi oleh kondisi atau status kesehatan klien sebelumnya. Sehingga perawat harus melakukan asuhan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap pasien. Kata kunci : Apendiksitis akut, Asuhan Keperawatan, Masalah Keperawatan Nyeri, Teknik Relaksasi Nafas Dalam. Daftar Pustaka : 13 Buku ( 2011-2014), 2 Jurnal (2013 )

## ABSTRACT

**Background:** Appendicitis is often found in developed countries but not possible to occur also in Indonesia. Surveys in 15 provinces in Indonesia in 2014 show the number of appendicitis treated in the hospital as many as 4355 cases. In West Java 4.16% of the number of inpatients is appendicitis (Dinkes, 2011) while in space Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut is included in the top 10 diseases with a total of 89 cases (2017). The most common complaints experienced in appendicitis patients are lower right abdominal pain and postoperative pain. **Purpose :** of the nurse in providing nursing care on a comprehensive basis for handling client's pain on the client. **Method:** The case study is to explore a problem / phenomenon with detailed constraints, have a deep data retrieval and include various sources of information. This case study was conducted on two patients with acute appendicitis with pain nursing problems. **Results:** After Nursing Care done for pain handling by giving Nursing relaxation interventions deep breathing techniques to reduce the pain scale, pain nursing problems in cases 1 and 2 can be resolved after 3 days of intervention. **Discussion:** patients with pain nursing problems do not always have the same response in each patient Appendicitis acute, this is influenced by the condition or health status of previous clients. So nurses must have comprehensive care to handle nursing problems in each patient. Keyword : Acute Appendicitis, Nursing Care, Nursing Problems Pain, Relaxation Techniques In Breathing. Bibliography : 13 Books (2011-2014), 2 Journals (2013)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul : “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN APENDIKSITIS AKUT DENGAN MASALAH KEPERAWATAN NYERI DI RUANG MARJAN BAWAH RSUD dr. SLAMET GARUT 2018” 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 STIKes Bhakti Kencana Bandung.

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

1. H. Mulayana SH.,M.Pd.,MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah S.Kp.,M.kep, selaku Ketua Stikes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti S.Kp.,Ners.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Bhakti Kencana Bandung.
4. Angga Satria Pratama S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing pertama yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi yang sangat berharga selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Drs. Rachwan H,Mkes selaku pembimbing kedua yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi yang sangat berharga selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. dr. H. Maskut Farid MM. Selaku Direktur Utama RSUD dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
7. Yuli S.kep, Ners selaku CI ruangan Marjan Bawah yang telah memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam melakukan kegiatan selama praktek keperawatan di RSUD dr. Slamet Garut.
8. Ayahanda Ana Sukardi dan Ibunda Eeng Edoh terima kasih atas do'a yang tiada henti, serta motivasi yang sangat positif sehingga penulis merasa mendapat kekuatan untuk menjalani segala hal, termasuk dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Semoga Allah SWT senantiasa membalas seluruh jasa baik, cinta kasih dan ketulusan bapak/ ibu/ saudara berikan kepada penulis. Penulis menyadari bahwa penulisan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, saran dan kritik yang membangun sangat penulis harapkan dan dengan senang hati penulis menerima untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini. Dan semoga karya tulis ilmiah ini bermanfaat bagi pribadi penulis sendiri serta untuk pengembangan ilmu keperawatan yang akan datang.

Bandung , 30 April 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
PERNYATAAN PENULIS .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
ABSTRAK .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian .....	4
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat .....	6
1. Manfaat Teoritis.....	6
2. Manfaat Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Konsep Dasar .....	8
1. Pengertian Appendiks .....	8
2. Anatomi dan Fisiologi Saluran Pencernaan .....	9
3. Anatomi dan Fisiologi Appendiks .....	14
4. Etiologi Appendiks .....	16
5. Klasifikasi .....	17
6. Patofisiologi .....	21

7. Manifestasi Klinis .....	22
8. Komplikasi .....	23
9. Pemeriksaan diagnostik .....	24
10. Penatalaksanaan Medis .....	25
B. Konsep Asuhan Keperawatan .....	27
1. Pengkajian .....	27
2. Analisa Data .....	35
3. Diagnosa Keperawatan.....	36
4. Perencanaan .....	38
5. Pelaksanaan.....	44
6. Evaluasi .....	45
<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>	<b>47</b>
A. Desain Penelitian.....	47
B. Batasan Istilah .....	48
C. Partisipan.....	48
D. Lokasi dan Waktu Pengambilan .....	48
E. Pengumpulan data .....	49
F. Uji Keabsahan Data .....	49
G. Analisa Data .....	50
H. Etik Penelitian .....	51
<b>BAB IV Hasil dan Pembahasan .....</b>	<b>52</b>
A. Hasil .....	52
1. Gambaran lokasi pengambilan data .....	52
2. Pengkajian .....	52
3. Analisa data .....	60
4. Diagnosa keperawatan .....	63
5. Pelaksanaan .....	70
6. Evaluasi .....	72
B. Pembahasan .....	73

BAB V Kesimpulan dan Saran

A. Kesimpulan .....	88
B. Saran .....	90

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Hasil rekam medik .....	3
Tabel 2.1 Intervensi diagnosa keperawatan I.....	39
Tabel 2.2 Intervensi diagnosa keperawatan II.....	40
Tabel 2.3 Intervensi diagnosa keperawatan III .....	41
Tabel 2.4 Intervensi diagnosa keperawatan IV .....	42
Tabel 2.5 Intervensi diagnosa keperawatan V .....	43
Tabel 4.1 Identitas Klien dan Riwayat Penyakit.....	53
Tabel 4.2 Pola Aktivitas Sehari-hari .....	55
Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik .....	56
Tabel 4.4 Pemeriksaan Psikologi .....	59
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik .....	61
Tabel 4.6 Program dan Rencana Pengobatan.....	61
Tabel 4.7 Analisa Data .....	61
Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan .....	64
Tabel 4.9 Perencanaan .....	66
Tabel 4.10 Pelaksanaan.....	71
Table 4.11 Evaluasi.....	73

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Pencernaan.....	9
Gambar 2.2 Anatomi Apendiks.....	14

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I Lembar Bimbingan

Lampiran II Surat Persetujuan Responden

Lampiran III Jurnal Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Lampiran IV Lembar Observasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit pencernaan adalah semua penyakit yang terjadi pada saluran pencernaan. Penyakit ini merupakan golongan besar dari penyakit pada organ esofagus, lambung, duodenum bagian pertama, kedua dan ketiga, jejunum, ileum, kolon, kolon sigmoid, dan rektum. Penyakit pada saluran pencernaan merupakan penyakit yang berbahaya dan banyak menyebabkan kematian. Berdasarkan data dari WHO (2013), penyakit pada saluran pencernaan, diantaranya kanker usus merupakan penyakit yang paling banyak menyebabkan kematian nomor 6 di dunia, dan penyakit diare merupakan penyakit yang menyebabkan kematian nomor 7 di dunia.

*World Health Organization* (WHO) (2011) mencatat angka kejadian gangguan sistem pencernaan apendiksitis cukup tinggi di dunia. Di Amerika Serikat saja terdapat 70.000 kasus kejadian apendiksitis setiap tahunnya, sedangkan di negara-negara barat sekitar 16%, di Afrika dan Asia prevalensinya lebih rendah akan tetapi cenderung meningkat oleh karena pola dietnya yang mengikuti orang barat.

Asosiasi Biorisiko Indonesia (ABI, 2011) menyebut Indonesia merupakan negara berkembang yang bermasalah dengan penyakit infeksi.

Diantaranya penyakit infeksi pada sistem pencernaan, sistem perkemihan dan sistem hematologi. Infeksi pada sistem pencernaan yang paling sering antara lain Gastritis, Kontipasi, Diare, Disentri, Demam Tifoid dan Apendiksitis.

Survey di 15 provinsi di Indonesia tahun 2014 menunjukkan jumlah apendiksitis yang dirawat di rumah sakit sebanyak 4.351 kasus. Jumlah ini meningkat drastis dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yaitu sebanyak 3.236 orang (Depkes RI, 2013). Kementerian Kesehatan menganggap apendiksitis merupakan isu prioritas kesehatan di tingkat lokal dan nasional karena mempunyai dampak besar pada kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2013). Di provinsi Jawa Barat penderita apendiksitis pada tahun 2011 dengan presentase 4,16 % dari jumlah kasus Rawat Inap seluruh Rumah Sakit Jawa Barat (Dinkes Jawa Barat, 2011).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Ruang Marjan Bawah Rumah Sakit Umum dr. Slamet Garut pada periode Januari 2017 – Desember 2017 didapatkan bahwa klien yang mengalami gangguan sistem pencernaan : apendiksitis yang akan menjalani pembedahan termasuk dalam kategori 10 penyakit terbesar.

**Tabel 1.1**  
**10 Penyakit Terbesar Di Ruang**  
**Marjan Bawah Periode 2017**  
**RSUD dr.Slamet Garut**

NO	Jenis Penyakit	Jumlah	Persentase
1	Tumor Mamae	159	19%
2	Tonsilitis	138	17%
3	STT	116	14%
4	HILL	108	13%
5	Apendiksitis	89	11%
6	Ileus	61	7%
7	Struma	53	6%
8	Hemoroid	42	5%
9	Ulkus DM	33	4%
10	Ca Mamae	29	4%

(Sumber : hasil rekam medik RSUD dr Slamet Garut 2017)

Apendiksitis adalah suatu proses obstruksi ( hiperplasi limpo nodi submukosa, fecolith benda asing, tumor), kemudian diikuti proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiks verniformis (Taufan, 2011). Apendiksitis atau sering dikenal dengan usus buntu oleh masyarakat awam merupakan penyebab dari nyeri akut abdomen yang membutuhkan pembedahan segera, namun masih sering terjadi keterlambatan sehingga terjadi komplikasi.

Penanganan nyeri post operasi appendiktomi dapat diatasi dengan relaksasi nafas dalam, hal ini sesuai dengan penelitian Yusrizal (2013) dan Satriyo (2013), bahwa teknik relaksasi nafas dalam sebagai teknik nonfarmakologi dapat menurunkan skala nyeri secara bertahap.

Kondisi apendiksitis dengan atau tanpa komplikasi akan mempengaruhi kesehatan meliputi Bio, Psiko, Sosial dan Spiritual seperti nyeri, cemas, intoleransi aktifitas dan distress spiritual. Apendiksitis dapat memberi gangguan pada Kebutuhan Dasar Manusia diantaranya kebutuhan dasar cairan, kebutuhan dasar nutrisi, kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan rasa aman. Mengingat banyaknya permasalahan yang ditimbulkan pada klien apendiksitis, dalam hal ini perawat sebagai petugas kesehatan harus bisa memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif meliputi Biologis, Psikologis, Sosial, Spiritual, memberikan perawatan luka pasca operasi dan juga memberikan pendidikan kesehatan berupa penanganan nyeri.

Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien apendiksitis akut melalui penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul *“(Asuhan Keperawatan pada Klien Apendiksitis Akut dengan Masalah Keperawatan Nyeri di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut 2018)”*.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan data uraian di atas maka dapat dirumuskan masalah penelitian, yaitu :

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1) Tujuan Umum**

Melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Klien Apendiksitis Akut dengan Masalah Keperawatan Nyeri di Ruang Marjan Bawah RSUD dr. Slamet Garut.

#### **2) Tujuan Khusus**

1). Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami Apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut 2018.

2). Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien yang mengalami Apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut 2018.

3). Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami Apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut 2018.

4). Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut 2018.

5). Melakukan evaluasi pada klien yang mengalami Apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut 2018.

## **D. Manfaat**

### **1. Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi dan literatur berupa bukti ilmiah tentang bentuk penatalaksanaan pada klien yang mengalami apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri di ruang marjan bawah RSUD dr. Slamet Garut 2018.

### **2. Manfaat Praktis**

#### **1) Bagi perawat**

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi dan menambah wacana keilmuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan apendiksitis akut khususnya untuk menghilangkan nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam.

#### **2) Institusi Pendidikan**

- a. Dapat dijadikan tolak ukur untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri.
- b. Memberi bahan pustaka dan bahan pertimbangan dalam penyusunan materi tentang pembelajaran ilmu keperawatan khususnya klien dengan apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri.

#### **3) Rumah Sakit**

Penelitian ini diharapkan dijadikan bahan acuan maupun data dalam upaya peningkatan pelayanan dan mutu asuhan

keperawatan rumah sakit terutama pada klien yang mengalami apendiksitis akut dengan masalah keperawatan nyeri.

#### **4) Klien dan Keluarga**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi agar pasien dan keluarga mengetahui gambaran umum tentang gangguan sistem pencernaan khususnya pada apendiksitis akut tentang perawatan yang benar agar klien mendapat perawatan yang tepat dan penanganan yang sesuai.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Apendiksitis**

##### **1) Pengertian**

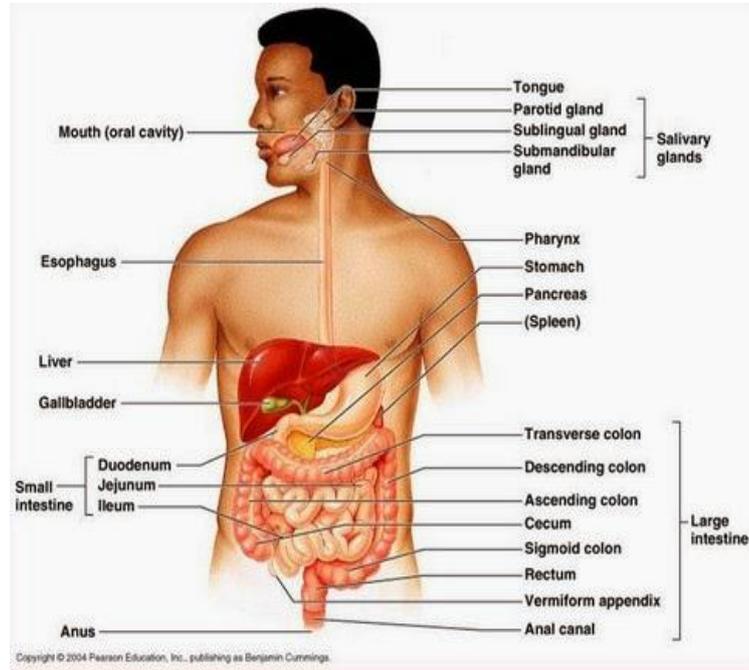
Apendiksitis adalah suatu proses obstruksi ( hiperplasi limpa nodi submukosa, fecolith benda asing, tumor), kemudian diikuti proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiksitis verniformis (Taufan, 2011).

Peradangan akibat infeksi pada usus buntu atauumbai cacing(*apendiks*). infeksi ini bisa menyebabkan pendarahan. Bila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bisa pecah. Usus buntu itu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau sekum. Usus buntu besarnya sekitar jari kelingking dan terletak di perut kanan bawah. Strukturnya seperti bagian usus lainnya. Namun lendirnya banyak mengandung kelenjar yang senantiasa mengeluarkan lendir. (Jitwinoyo, 2012)

Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa apendiksitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu (apendiks) akibat dari obstruksi lumen apendiks dengan manifestasi mual, muntah, nafsumakan menurun dan nyeri perut kanan bawah.

## 2) Anatomi dan Fisiologi Saluran Pencernaan

Gambar 2.1



(Syarifuddin, 2012)

### a) Mulut

Mulut adalah rongga yang diikat secara eksternal oleh bibir dan pipi yang mengarah ke dalam faring. Bagian atasnya dibentuk oleh *platum durum* dan *mole* dua pertiga bagian anterior lidah mengisi dasar mulut. Dindingnya dibentuk oleh otot pipi. Membran mukosa yang membatasi mulut berlanjut dengan kulit bibir dan dengan lapisan mukosa faring.

### b) Faring

Merupakan organ yang menghubungkan rongga mulut dan esopagus, di dalam lengkung faring terdapat tonsil yaitu kumpulan

kelenjar limpa yang banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi.

c) Esophagus

Merupakan struktur berbentuk tubular yang menghubungkan faring dengan lambung. Esophagus terletak di belakang trakea dan di depan tulang punggung.

d) Rongga Abdomen

Abdomen adalah rongga terbesar dalam tubuh. Bentuknya lonjong dan meluas dari atas diafragma sampai pelvis dibawah. Rongga abdomen dilukiskan menjadi 2 bagian – abdomen yang sebenarnya , yaitu rongga sebelah atas dan lebih besar, dan pelvis yaitu rongga sebelah bawah dan lebih kecil.

Isi abdomen :

Sebagian besar dari saluran pencernaan, yaitu lambung, usus halus, dan usus besar.

1. Lambung

Merupakan sebagian dari saluran yang dapat mengembangkan lambung terletak di oblik kiri ke kanan menyilang di abdomen atas tepat di bawah diafragma. Kapasitas normal lambung 1- 2 liter. Secara anatomis lambung terbagi atas fundus, korpus dan atrumpylorus.

2. Usus halus

Usus halus merupakan tabung kompleks berlipat lipat yang membentang dari pylorus sampai katup ilosekal,

merupakan saluran paling panjang tempat proses pencernaan dan absorpsi hasil pencernaan.

(a) Duodenum

Disebut juga usus 12 jari, mulai dari pylorus sampai yeyenum. Duodenum terletak pada daerah epigastrium dan umbilikalis. Pada bagian kanan duodenum ini terdapat selaput lendir yang disebut papilla vateri. Pada papilla vateri ini bermuara pada saluran (duktus kaledokus) dan saluran pancreas (duktus prankreatitis).

Empedu di buat dari hati dikeluarkan ke duodenum melalui duktus kaledokus yang fungsinya mengemulsikan lemak dengan bantuan lipase.

Pankreas juga menghasilkan amylase yang berfungsi mencerna hidrat arang menjadi disakarida dan tripsin yang berfungsi mencerna protein menjadi asam amino atau albumi dan polipeptida.

(b) Yeyenum dan Illeum

Yeyenum dan illeum mempunyai panjang  $\pm 6$  meter. sambungan yeyenum dan illeum tidak mempunyai batas yang tegas. Lekukan - lekukan yeyenum menduduki bagian kiri atas rongga abdomen, sedangkan illeum cenderung menduduki bagian bawah kanan rongga abdomen dan rongga pelvis. Ujung bawah ileum

berhubungan dengan sekum dengan perantaraan lubang orifisium ileosekal.

### 3. Usus Besar

Usus besar merupakan tabung muscular berongga dengan panjang sekitar 1,5 meter yang terbentang dari sekum sampai canalis ani.

#### a) Sekum

Pada sekum terdapat katup ileosekal dan apendiksitis yang melekat pada ujung sekum. Katup ileosekal mengontrol aliran kimus dari ileum ke sekum. Apendiksitis sebagai organ pertahanan terhadap infeksi, kadang apendiksitis bereaksi secara hebat dan hiperaktif yang bisa menimbulkan perforasi dindingnya kedalam rongga abdomen.

#### b) Kolon

##### 1) Kolon ascendens

Panjangnya 13 cm , terletak dibawah abdomen sebelah kanan membujur keatas dari ileum kebawah hati.

##### 2) Kolon transvesum

Panjangnya 38cm, membujur dari kolon ascendens sampai ke kolon descendens berada di bawah abdomen.

##### 3) Kolon descendens

Panjangnya 25 cm, terletak dibawah abdomen bagian kiri membujur dari atas ke bawah.

4) Kolon sigmoid

Merupakan lanjutan dari kolon descendens terletak miring dalam rongga pelvis sebelah kiri, ujung bawahnya berhubungan dengan rektum.

c) Rektum

Terletak dibawah kolon sigmoid yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus.

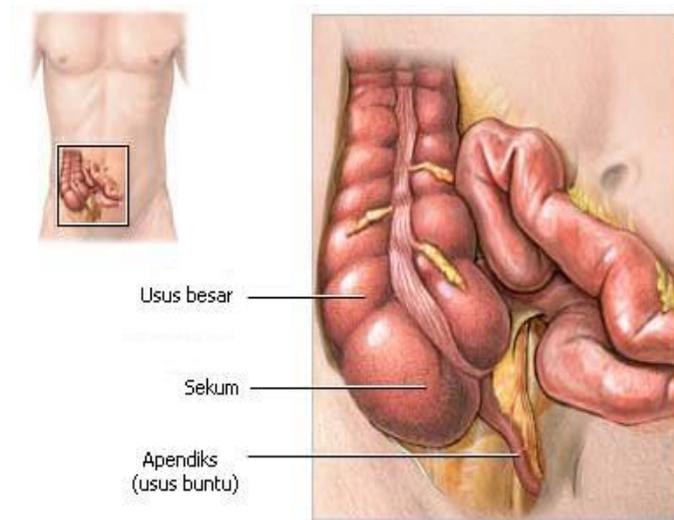
d) Anus

Adalah bagian dari saluran pencernaan yang menghubungkan rectum dari luar. Dinding anus diperkuat oleh 3 sfingter :

- 1) Sfingter ani internus berada diatas, bekerja tidak menurut kehendak.
- 2) Sfingter levator ani, bekerja tidak menurut kehendak.
- 3) Sfingter ani eksternus berada di bawah, bekerja menurut kehendak.

### 3. Anatomi Apendiks

**Gambar 2.2**



Anatomi Apendiks (Jitwinoyo, 2012)

Apendiks terletak di ujung sekum kira – kira 2 cm di bawah anteriorileo sekum, bermuara di bagian posterior dan medial dari sekum. Pada pertemuan ketiga taenia yaitu ; taenia anterior, medial, dan posterior ( Jitowiyono, 2012 ).

Panjang apendiks rata- rata 6 – 9 cm, lebar 0,3 – 0,7 cm, isi 0,1 cc, cairan bersifat basa mengandung amilase dan musin . persyarafan parasimpatis berasal dari cabang N.Vagus yang mengikuti arteri mesentrika superior dan arteri apendikularis, sedangkan syaraf simpatis berasal dari N.torakalis X. Oleh karena itu nyeri viseral pada apendiksitis bermula di umbilikus ( Jitwinoyo, 2012 ).

Perdarahan apendiksitis berasal dari arteri apendikularis yang merupakan arteri tanpa kolateral. Jika arteri ini tersumbat, misalnya karena trombosis pada infeksi, apendiksitis akan mengalami gangrene ( Jitowinoyo,2012).

Fungsi apendiks tidak di ketahui . kadang – kadang apendiks sering disebut “ tonsil abdomen “ karena ditemukan banyak jaringan limfoid. Apendiks menghasilkan lendir 1 - 2 ml per hari. Lendir itu normalnya di curahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum ( Jitwinoyo, 2012 ).

Usus halus mempunyai fungsi utama dalam pencernaan dan absorpsi bahan – bahan nutrisi dan air. Proses pencernaan dimulai dari mulut dan lambung oleh kerja ptyalin, asam klorida dan pepsin terhadap makanan yang masuk. Proses dilanjutkan didalam duodenum terutama oleh kerja enzim – enzim pancreas yang menghidrolisis karbohidrat, lemak, dan protein menjadi zat – zat yang sederhana. Adanya bikarbonat dalam secret pancreas membantu menetralkan asam dan memberikan Ph optimal untuk kerja enzim – enzim . sekresi empedu dari hati membantu proses pencernaan dengan mengemulsi kan lemak sehingga memberikan permukaan yang lebih luas bagi kerja lipase pancreas. Kerja empedu terjadi sebagai akibat dari sifat asam empedu yang dapat melarutkan zat – zat lemak. Pergerakan peristaltik usus bergerak dengan kecepatan yang sesuai untuk absorpsi optimal dan suplai continue isi lambung. Selanjutnya sisa absorpsi dari usus halus dilanjutkan ke usus besar dan berakhir di anus ( Jitwinoyo, 2012 ).

#### **4. Etiologi Apendiksitis**

Menurut hasil penelitian menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya

apendiksitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semua ini akan mempermudah timbulnya apendiksitis.

Obstruksi pada lumen apendiksitis menyebabkan radang usus buntu. Lendir punggung dari lumen apendiksitis menyebabkan bakteri yang biasanya tinggal di dalam jaringan untuk berkembang biak. Akibatnya, usus buntu membengkak dan menjadi terinfeksi. Sumber obstruksi termasuk :

- a) Kotoran, parsit, dan perumnuhan yang menyumbat lubang apendiksitis.
- b) Getah bening membesar jaringan di dinding usus buntu, disebabkan oleh infeksi pada saluran pencernaan atau di tempat lain di dalam tubuh.
- c) Radang usus penyakit, termasuk penyakit Crohn dan kolitisulsertif dan trauma perut.

Penyebab apendiksitis adalah adanya obstruksi lumen apendikseal, oleh apendiksolit, hiperplasia folikel limfoid submukosa, fekalit (material garam kalsium, debris fekal) atau parasit(Jitwinoyo, 2012).

## **5. Klasifikasi**

Klasifikasi apendisitis terbagi menjadi dua yaitu, apendisitis akut dan apendisitis kronik(Sjamsuhidajat, De Jong, 2004).

## 1) Apendiksitis akut

Apendiksitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak pada apendiksyang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneium lokal. Gejala apendiksitis akut ialah nyeri samardan tumpul yang merupakan nyeri viseral didaerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual, muntahdan umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik Mc.Burney.Nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.Apendisitis akut dibagi menjadi :

### a. Apendisitis Akut Sederhana

Proses peradangan baru terjadi di mukosa dan sub mukosa disebabkan obstruksi. Sekresi mukosa menumpuk dalam lumen 9 apendiks dan terjadi peningkatan tekanan dalam lumen yang mengganggu aliran limfe, mukosa apendiks menebal, edema, dan kemerahan.Gejala diawali dengan rasa nyeri di daerah umbilikus, mual, muntah, anoreksia, malaisedan demam ringan(Rukmono, 2011).

### b. Apendisitis Akut Purulenta (*Suppurative Appendicitis*)

Tekanan dalam lumen yang terus bertambah disertai edema menyebabkan terbendungnya aliran vena pada dinding apendiks dan menimbulkan trombosis. Keadaan ini memperberat iskemia dan edema pada apendiks. Mikroorganisme yang ada di usus besar berinvansi ke dalam dinding apendiks menimbulkan infeksi serosa sehingga serosa menjadi suram karena dilapisi eksudat dan fibrin. Apendiks dan mesoapendiks terjadi edema, hiperemia, dan di dalam lumen terdapat eksudat fibrinopurulen. Ditandai dengan rangsangan peritoneum lokal seperti nyeri tekan, nyeri lepas di titik Mc. Burney, defans muskuler dan nyeri pada gerak aktif dan pasif. Nyeri dan defans muskuler dapat terjadi pada seluruh perut disertai dengan tanda-tanda peritonitis umum (Rukmono, 2011).

c. Apendisitis Akut Gangrenosa

Bila tekanan dalam lumen terus bertambah, aliran darah arteri mulai terganggu sehingga terjadi infark dan gangren. Selain didapatkan tanda-tanda supuratif, apendiks mengalami gangren pada bagian tertentu. Dinding apendiks berwarna ungu, hijau keabuan atau merah

kehitaman. Pada apendisitis akut gangrenosa terdapat mikroperforasi dan kenaikan cairan peritoneal yang purulen (Rukmono, 2011).

d. Apendisitis Infiltrat

Apendisitis infiltrat adalah proses radang apendiks yang penyebarannya dapat dibatasi oleh omentum, usus halus, sekum, kolon dan peritoneum sehingga membentuk gumpalan massa flegmon yang melekat erat satu dengan yang lainnya (Rukmono, 2011).

e. Apendisitis Abses

Apendisitis abses terjadi bila massa lokal yang terbentuk berisi nanah (pus), biasanya di fossa iliaka kanan, lateral dari sekum, retrosekal, subsekaldan pelvikal (Rukmono, 2011)

f. Apendisitis Perforasi

Apendisitis perforasi adalah pecahnya apendiks yang sudah gangren yang menyebabkan pus masuk ke dalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum. Pada dinding apendiks tampak daerah perforasi dikelilingi oleh jaringan nekrotik (Rukmono, 2011).

## 2) Apendiksitis kronik

Diagnosis apendiksitis kronik baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu. Kriteria mikroskopik apendisitis kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa dan adanya sel inflamasi kronik. Insiden apendisitis kronik antara 1-5%. Apendisitis kronik kadang-kadang dapat menjadi akut lagi dan disebut apendisitis kronik dengan eksaserbasi akut yang tampak jelas sudah adanya pembentukan jaringan ikat (Rukmono, 2011).

## 6. Patofisiologi

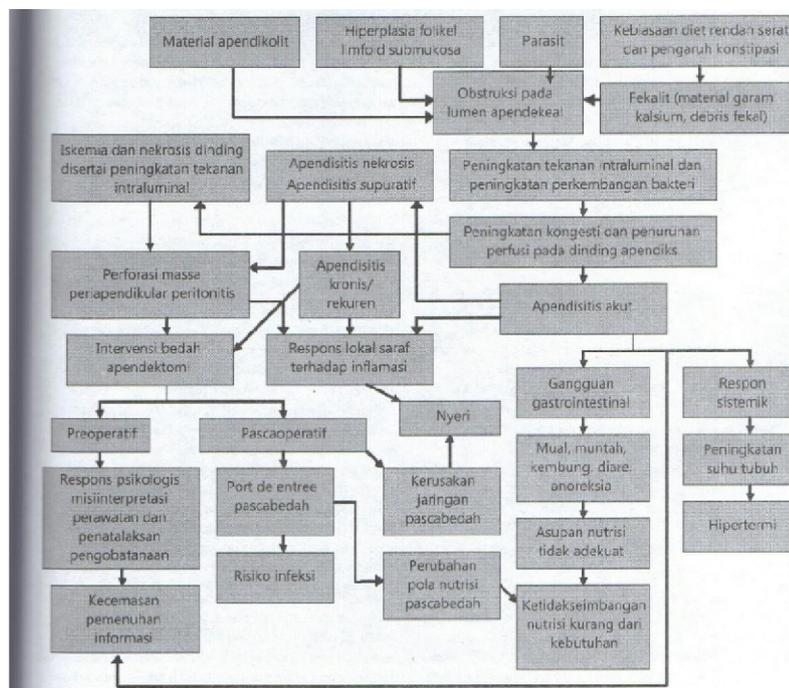
Penyebab dari apendiksitis adalah adanya obstruksi pada lumen apendiks oleh apendikolit, hiperplasia folikel limfoid submukosa, fekalit atau parasit. Menunjukkan peran kebiasaan makan-makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendiksitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa (Muttaqin, 2013).

Kondisi obstruksi akan meningkatkan tekanan intraluminal dan peningkatan perkembangan bakteri. Hal ini akan terjadi peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding apendiks yang berlanjut pada nekrosis dan inflamasi apendiks. Pada fase ini pasien akan

mengalami nyeri pada area periumbilikal. Dengan berlanjutnya proses inflamasi, maka pembentukan eksudat akan terjadi pada permukaan serosa apendiks. Ketika eksudat ini berhubungan dengan parietal peritoneum, maka intensitas nyeri yang khas akan terjadi (Muttaqin, 2013).

Dengan berlanjutnya proses obstruksi, bakteri akan berproliferasi dan meningkatkan tekanan intraluminal dan membentuk infiltrat pada mukosa dinding apendiks yang disebut dengan apendiksitis mukosa, dengan manifestasi ketidaknyamanan abdomen. Adanya penurunan perfusi pada dinding akan menimbulkan iskemia dan nekrosis disertai peningkatan tekanan intraluminal yang disebut apendiksitis nekrosis, juga akan meningkatkan resiko perforasi dari apendiks (Muttaqin, 2013).

**Bagan 2.1**  
**Patofisiologi dari apendiksitis**



(sumber : Muttaqin, 2013)

## 7. Manifestasi Klinis

Apendiksitis memiliki gejala kombinasi yang khas, dan dokter dapat dengan mudah mengidentifikasi, gejala utamanya terdiri dari mual, muntah dan nyeri yang hebat di perut kanan bagian bawah sering menyebabkan penderita terbangun di malam hari. Nyeri bisa secara mendadak di mulai di perut sebelah atas atau di sekitar pusar, lalu timbul mual muntah. Setelah beberapa jam rasa mual hilang dan nyeri berpindah ke perut sebelah kanan bawah. Jika dokter menekan daerah ini, penderita merasakan nyeri tumpul dan jika penekanan ini di lepaskan, nyeri bisa bertambah, demam bisa mencapai 37,8 –

38,8°C. Rasa nyeri ini semakin memburuk dalam hitungan jam, semakin nyeri ketika bergerak, batuk atau bersin. (Jitwinoyo, 2012)

## **8. Komplikasi**

Pada kebanyakan kasus, peradangan dan infeksi apendiksitis mungkin didahului oleh adanya penyumbatan didalam apendiksitis.

Adapun tahapan peradangan apendiksitis :

- a) Apendiksitis akut ( sederhana, artinya tanpa perforasi)
- b) Apendiksitis akut perforata (termasuk apendiksitis gangrenosa, karena gangren dinding apendiks sebenarnya sudah terjadi mikroperforasi).

Bila peradangan berlanjut tanpa pengobatan apendiksitis bisa pecah. Apendiksitis bisa pecah dapat menyebabkan :

- a) Peritonitis
- b) Perforasi dengan pembentukan abses
- c) Masuknya kuman dalam pembuluh darah.

## **9. Pemeriksaan diagnostik**

Untuk menegakkan diagnosa pada apendiksitis didasarkan atas anamnese ditambah dengan pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

Gejala apendiksitis ditegakkan dengan anamnese, ada 4 hal yang penting adalah : nyeri mula – mula di epigastrium (nyeri viseral) yang beberapa waktu kemudian menjalar ke perut kanan bawah. Muntah oleh karena nyeri viseral. Panas (karena kuman yang menetap di dinding usus)

### 1. Pemeriksaan yang lain lokalisasi

Jika sudah terjadi perforasi, nyeri akan terjadi pada seluruh perut, tetapi yang paling terasa nyeri pada daerah titik Mc. Burney. Jika sudah infiltrat, lokal infeksi juga terjadi jika orang dapat menahan sakit, dan kita akan merasa seperti ada tumor di titik Mc. Burney.

### 2. Test rektal

Pada pemeriksaan rektal toucher akan teraba benjolan dan penderita merasa nyeri pada daerah proliotomi.

Pemeriksaan lab Leukosit meningkat hingga sekitar 10.000 – 18.000/mm<sup>3</sup> sebagai respon fisiologi untuk melindungi tubuh terhadap mikroorganisme yang menyerang.

Pada apendiksitis akut akan terjadi leukositosis yang lebih tinggi lagi. Hb nampak normal, LED meningkat pada keadaan apendiksitis infiltrat. Urine rutin penting untuk melihat apa ada infeksi pada ginjal.

Pemeriksaan radiologi pada foto tidak dapat menolong untuk menegakkan diagnosa apendiksitis akut, kecuali bila terjadi peritonitis ( Jitwinoyo,2012 ).

## **10. Penatalaksanaan Medis**

### a) Sebelum operasi

### (1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala appendiksitis seringkali masih belum jelas. Dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan. Pasien diminta tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya appendiks ataupun bentuk peritonitis lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leusit dan hitung jenis) diulang secara periodik. Foto abdomen dan thorak tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri didaerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

### (2) Antibiotik

### (3) Operasi apendiktomi

Apendiktomi adalah pengangkatan appendiks yang terinflamasi dapat dilakukan pada pasien rawat jalan dengan menggunakan pendekatan endoskopi. Namun adanya perlengketan multiple, posisi retroperitoneal atau robek perlu dilakukan prosedur pembukaan (Doenges, 2013).

Metode yang lebih baru, yang disebut operasi laparaskopi, menggunakan beberapa sayatan kecil dan alat – alat bedah kusus, operasi laparaskopi ke komplikasi lebih sedikit, seperti infeksi dirumah sakit yang terkait, dan memiliki waktu pemulihan pendek.

b) Pasca Op Apendiktomi

Perlu dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan, syok, hipertermia atau gangguan pernafasan. Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah. Baringkan pasien dalam posisi semi fowler. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Selama itu pasien dipuaskan.

Kemudian berikan minum mulai 15ml/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 pasien dianjurkan duduk tegak di tempat tidur selama 2 x 30 menit. Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk di luar kamar mandi. Hari ke tujuh jauhitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

## **B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

Metode sistematis dimana secara langsung perawat dan klien secara bersamaan menentukan masalah keperawatan sehingga membutuhkan asuhan keperawatan, membuat perencanaan dan rencana implementasi serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang terdiri dari 5 tahapan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Proses keperawatan merupakan cara sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dalam melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, perencanaan tindakan, melaksanakan tindakan serta

mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dan berfokus pada klien dan berorientasi pada tujuan ( Muttaqin, 2013).

### **1. Pengkajian Apendiksitis**

Pengkajian adalah proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data yang tepat untuk memperoleh asuhan keperawatan pada klien . data yang di kumpulkan adalah data objektif dan data subjektif metode yang digunakan melalui wawancara, inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi (Muttaqin, 2013).

#### **b. Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan proses yang diberisikan status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan dan perawtanya juga hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya.

#### **1) Biodata**

##### **a. Identitas klien**

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

##### **b. Identitas penanggung jawab**

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

#### **2) Riwayat kesehatan**

##### **a. Keluhan utama**

Klien akan mendapatkan nyeri disekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Timbul keluhan nyeri perut kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri di pusat atau di epigastrium dirasakan dalam beberapa waktu lalu. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus – menerus, dapat hilang timbul nyeri dalam waktu yang lama. Keluhan yang disertai biasanya mual, muntah dan demam (Muttaqin, 2013). Sedangkan menurut Setiadi (2012), Klien dengan post op mempunyai keluhan utama nyeri disebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan. Nyeri dirasakan didaerah luka operasi. Menurut Taufan (2011) nyeri bertambah ketika klien bergerak dan berkurang ketika beristirahat.

b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan sumber data yang subjektif tentang status kesehatan pasien yang memberikan gambaran tentang masalah kesehatan actual maupun potensial. Riwayat merupakan penuntun pengkajian fisik yang berkaitan informasi tentang keadaan fisiologis, psikologis, budaya, dan psikososial untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah – masalah atau keluhan secara lengkap, maka perawat dianjurkan menggunakan analisa simptom PQRST, metode ini meliputi hal – hal :

## a) P : Provokatif / paliatif

Pada post operasi nyeri dirasakan bertambah pada saat beraktivitas, dan nyeri berkurang pada saat klien beristirahat.

## b) Q : Quality / Quantity

Nyeri akan dirasakan seperti disayat – sayat atau seperti di tusuk – tusuk.

## c) R : Region / Radiasi

Rasa nyeri dirasakan pada daerah abdomen luka post operasi.

## d) S : Severity of scale

Intensitas nyeri dinyatakan dengan skala 0 -10.

## e) T : Timing

Nyeri dirasakan saat beraktivitas dan nyeri hilang timbul.

## c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengkaji riwayat yang di derita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat di pengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang di derita klien saat ini bila klien pernah menjalani operasi *Apendiktomy perlaparascopy* perlu dikaji tentang waktu operasi, jenis anestesi, kesimpulan akhir setelah operasi.

#### d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Bertujuan untuk mengetahui adanya riwayat penyakit yang dapat diturunkan dan bagaimana perawatannya. Selain itu dikaji adanya anggota keluarga yang mengidap penyakit jantung, stroke, dan infeksi serta penyakit menular.

### 3) Pola Aktivitas Sehari – hari

Mengungkapkan pola aktivitas klien sebelum sakit dan sesudah sakit. Yang meliputi nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktivitas dan gaya hidup.

#### a. Pola Nutrisi

Diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit yang meliputi: jenis makanan, minuman yang dikonsumsi, frekuensi makanan, porsi makanan yang dihabiskan, makanan selingan, alergi makanan, makanan pantangan.

#### b. Pola Eliminasi

Awal post operasi klien akan mengalami penurunan jumlah output urine, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal Post Apendiktomi. Output urine akan merangsang normal seiring dengan peningkatan intake oral.

c. Pola Istirahat

Diisi dengan kualitas dan kuantitas istirahat tidur klien sejak sebelum sakit sampai saat ini, meliputi: jumlah jam tidur siang dan malam, penggunaan alat penghantar tidur, perasaan klien sewaktu bangun tidur, dan kesulitan atau adanya masalah tidur.

d. Personal Hygiene

Diisi dengan perawatan diri seperti mandi, gosok gigi, toileting, berpakaian, berhias, dan penggunaan instrumen.

e. Aktivitas

Diisi dengan aktivitas rutin yang dilakukan oleh klien sebelum sakit sampai saat sakit mulai dari bangun tidur sampai tidur kembali, termasuk penggunaan waktu senggang.

4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda – tanda vital, berat badan, dan nilai GCS. Keadaan fisik secara keseluruhan dari semua sistem organ tubuh, pada klien di lakukan pemeriksaan fisik sebagai berikut:

a. Keadaan Umum dan Tanda – tanda Vital

Penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung pada periode akut rasa nyeri. Tanda vital pada umumnya stabil kecuali akan mengalami

ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi apendiks.

b. Sistem Pernapasan

Klien Apendiksitisakan ditemukan perubahan frekuensi nafas narkose umum yang mempengaruhi pusat pernafasan akibat adanya nyeri. Pernafasan biasa lebih cepat dari normal.

c. Sistem Kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami *takikardi*, ( sebagai respon terhadap stress dan *hipovolemik* ), mengalami *hipotensi*. Dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya *sianosis* dan *auskultasi* bunyi jantung.

d. Sistem Pencernaan

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

nyeri diperut kanan bawah yang disebut tanda rovsing. Pada appendiksitis retrosekal atau retroileal diperlukan palpasi dalam untuk menentukan adanya rasa nyeri (De Jong, 2013).

e. Sistem Endokrin

Pada sistem ini tidak ada gangguan spesifik yang menyertai peritonitis, kaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan paratiroid.

f. Sistem Genitourinaria

Biasanya pada klien Apendiksitis tidak ada keluhan dalam organ sistem perkemihan, tidak ada distensi abdomen dan tidak adan yeri saat BAK.

g. Sistem Muskuloskeletal

Pada sistem ini tidak ada gangguan spesifik yang menyertai. Kaji ROM, kekuatan otot, dan reflek.

h. Sistem Integumen

Pada sistem ini tidak ada gangguan spesifik yang menyertai. Kaji adanya penurunan turgor kulit dan peningkatan suhu tubuh,. Kulit akan tampak kotor dikarenakan kebersihan klien kurang akibat pergerakan terbatas.

i. Sistem Persyarafan

Kaji tingkat kesadaran, penurunan sensorik, nyeri refleks, fungsi syaraf cranial dan fungsi syaraf serebral.

Umumnya klien Apendiksitis akut tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi persyarafan . pengkajian fungsi persyarafan meliputi : tingkat kesadaran, syaraf cranial dan serebral dan refleks.

#### 5) Data Psikologis

Perlu dikaji tentang tanggapan klien terhadap penyakitnya apakah ada perasaan khawatir, cemas, takut, konsep diri menurun atau body image menurun serta ketidakseimbangan coping.

#### 6) Data Sosial

Hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat, pada umumnya, perawat, dan tim kesehatan yang lain, termasuk juga, pola komunikasi yang digunakan klien dalam berhubungan dengan orang lain.

#### 7) Data Spiritual

Diisi dengan nilai-nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga mempengaruhi gaya hidup klien, dan berdampak pada kesehatan klien, termasuk juga praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit.

## **2. Analisa Data**

Analisa data adalah kemampuan mengaitkan dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang

relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien. (Setiadi, 2012).

### 3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (suatu kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah (Nursalam, 2012).

*North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* menyatakan bahwa diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respons individu (klien dan masyarakat) tentang masalah kesehatan aktual atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat. Semua diagnosa keperawatan harus didukung oleh data, dimana menurut NANDA diartikan sebagai definisi karakteristik. Definisi karakteristik tersebut dinamakan tanda dan gejala. Tanda adalah suatu yang dapat diobservasi dan gejala adalah suatu yang dirasakan oleh klien (NANDA, 2013).

#### a) Pernyataan Diagnosis Keperawatan

Pernyataan diagnosis keperawatan menggunakan PES, sebagai berikut :

P : Problem/Masalah : Menjelaskan status kesehatan dengan singkat dan jelas.

E : Etiologi/Penyebab : Penyebab masalah yang meliputi factor penunjang dan faktor resiko yang terdiri dari :

- 1) Patofisiologi : Semua proses penyakit yang dapat menimbulkan tanda/gejala yang menjadi penyebab timbulnya masalah keperawatan.
- 2) Situasional : Situasi personal (berhubungan dengan klien sebagai individu), dan environment (berhubungan dengan lingkungan yang berinteraksi dengan klien).
- 3) *Medication/Treatment* : Pengobatan atau tindakan yang diberikan yang memungkinkan terjadinya efek yang tidak menyenangkan yang dapat di antisipasi atau dicegah dengan tindakan keperawatan.
- 4) Maturasional : Tingkat kematangan atau kedewasaan klien, dalam hal ini berhubungan dengan tingkat pertumbuhan dan perkembangan.

S : Simtom/Tanda : Definisi karakteristik tentang data subjektif atau objektif sebagai pendukung diagnosis actual.

Diagnosa yang mungkin muncul pada klien dengan Pre dan post op Apendiksitis akut (Arief Muttaqin, 2013) adalah :

1. Nyeri b.d respons inflamasi apendiks, kerusakan jaringan lunak pasca bedah
2. Pemenuhan informasi b.d adanya evaluasi diagnostik, rencana pembedahan apendiktomi.

3. Aktual/ resiko tinggi ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurangnya asupan makanan yang adekuat.
4. Resiko tinggi infeksi b.d adanya *port de entreluka* pasca bedah.
5. Hipertermi b.d respons sistemik dari inflamasi luka Gastrointestinal.
6. Kecemasan b.d prognosis penyakit, rencana pembedahan.

#### **4. Perencanaan**

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah, 2010).

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Nursalam, 2013).

Perencanaan menurut Muttaqin (2013) yaitu :

**Tabel 2.1 Intervensi diagnosa keperawatan I**

Nyeri b.d respons inflamasi apendiks, kerusakan jaringan lunak pasca bedah.	
Tujuan : Dalam waktu 3 x 24 jam nyeri berkurang/ teradaptasi	
Kriteria hasil :	
1. Secara subjektif melaporkan nyeri berkurang atau teradaptasi	
2. Skala nyeri 0 ( 0 – 10 )	
3. Tampak rileks mampu istirahat / tidur dengan tepat	
Intervensi	Rasional
Kaji nyeri, catat lokasi, karakteristik, beratnya ( skala 0 -10 ). Selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat.	Berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan terjadinya abses. Memerlukan upaya evaluasi medic dan intervensi.
Pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler.	Gravitasi melokalisasi eksudat inflamasi dalam abdomen bawah/pelvis, menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang.
Dorong ambulasi dini	Meningkatkan mobilisasi fungsi organ, contoh merangsang peristaltik dan kelancaran flatus, menurunkan ketidaknyamanan abdomen.
Ajarkan tehnik relaksasi dan distraksi pada saat nyeri.	Istirahatkan secara fisiologis akan menurunkan kebutuhan oksigen yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan metabolisme basal.
Manajemen lingkungan tenang, batasi pengunjung dan istirahatkan pasien	Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal.

---

Lakukan manajemen sentuhan.	Manajemen sentuhan pada saat nyeri berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan nyeri.
Kolaborasi dengan tim medis pemberian analgetik sesuai indikasi.	Analgetik memblock lintasan nyeri sehingga nyeri akan berkurang.

---

**Tabel 2.2 Intervensi diagnosa keperawatan II**

---

Pemenuhan informasi berhubungan dengan adanya evaluasi diagnostik, rencana pembedahan.

Tujuan : dalam waktu 1x24 jam informasi terpenuhi

Kriteria evaluasi :

1. Pasien mampu menjelaskan kembali pendidikan kesehatan yang di berikan.
2. Pasien termotivasi untuk melaksanakan penjelasan yang telah diberikan.

---

Intervensi	Rasional
Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang pembedahan dan perawatan rumah .	Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi pasien. Perawat menggunakan pendekatan yang sesuai dengan kondisi individu pasien. Dengan mengetahui tingkat pengetahuan tersebut perawat dapat lebih terarah dalam memberikan pendidikan yang sesuai dengan pengetahuan pasien secara efisien dan efektif.
Cara sumber yang meningkatkan penerimaan informasi.	Keluarga terdekat dengan pasien perlu dilibatkan dalam pemenuhan informasi untuk menurunkan resiko meinterprestasikan terhadap

---

---

informasi yang diberikan khususnya pada pasien yang mengalami perdarahan sekunder dari pembedahan .

---

**Tabel 2.3 Intervensi diagnosakeperawatan III**

---

Resiko ketidakseimbangan volume cairan tubuh berhungan dengan adanya muntah pasca operasi.

Tujuan : Dalam waktu 1x24 jam tidak terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.

Kriteria hasil :

Pasien tidak mengeluh pusing, membran mukosa lembab, turgor kulit normal, TTV dalam batas normal, CRT <3 detik, secara individual keluaran urine adekuat.

Intervensi	Rasional
Awasi tanda vital	Tanda yang membantu mengidentifikasi flaktuasi volume intravaskuler.
Lihat membrane mukosa : kaji turgor kulit dan pengisian kapiler.	Indikator keadekuatan sirkulasi perifer dan hidrasi seluler.
Awasi masukan dan pengeluaran: catat warna urine / konsentrasi , berat, jenis .	Penurunan pengeluaran urine pekat dengan peningkatan berat jenis diduga dehidrasi / kebutuhan peningkatan cairan.
Auskultasi bising usus, catat kelancaran flatus, gerakan usus.	Indikator kembalinya peristaltik, kesiapan untuk pemasukan per oral.
Berikan sejumlah kecil minuman jernih bila pemasukan peroral dimulai, dan lanjutkan dengan diet sesuai toleransi.	Menurunkan iritasi gaster/muntah untuk meminimalkan kehilangan cairan.

---

**Tabel 2.4 Intervensi diagnosa keperawatan IV**

Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan adanya post de entree luka pasca bedah.

Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam tidak terjadi infeksi, terjadinya erbaikan pada integritas jaringan lunak.

Kriteria hasil :

1. Jahitan dilepas pada hari ke 12 tanpa adanya tanda – tanda infeksi dan peradangan pada area luka pembedahan.
2. Leukosit dalam batas normal
3. Tanda – tanda vital dalam batas normal

Intervensi	Rasional
Buat kondisi balutan dalam kondisi bersih dan kering	Kondisi bersih dan kering akan menghindari kontaminasi komensak dan akan menyebabkan respon inflamasi local dan akan memperlama penyembuhan.
Lakukan perawatan luka :	Perawatan luka sebaiknya setiap hari
- Lakukan perawatan luka steril pada hari kedua pasca bedah dan diulang setiap 2 hari	untuk menurunkan kontak tindakan dengan luka yang dalam kondisi steril sehingga mencegah kontaminasi kuman dan luka bedah.
- Bersihkan luka dan drainase dengan cairan antiseptic jenis iodine providum dengan cara swabbing arah dalam ke luar.	Pembersihan derbis ( sisa fagositosis, jaringan mati ) dan kuman sekitar luka dengan mengoptimalkan kelebihan dari iodine providum sebagai antiseptic dan dengan arah dari dalam ke luar dapat mencegah kontaminasi kuman ke jaringan.
- Bersihkan bekas sisa iodine providum dengan alkohol 70% atau normal salin dengan cara swabbing dari arah dalam ke luar.	Antiseptic iodine providum mempunyai kelemahan dalam menurunkan proses epitalasi jaringan sehingga memperlambat pertumbuhan luka, maka harus di

	bersihkan dengan alcohol atau normal Sali.
- Tutup luka dengan kasa steril dan tutup dengan plester adhesive yang menyeluruh menutupi kasa.	Penutupan secara menyeluruh dapat menghindari kontaminasi dari benda atau udara yang bersentuhan dengan leka bedah.
Kolaborasi pemberian antibiotik	Antibiotik injeksi diberikan selama satu hari pascabedah yang kemudian dilanjutkan antibiotik oral sampai jahitan dilepas. Peran perawan mengkaji adanya reaksi dan riwayat alergi antibiotic, serta memberikan antibiotic sesuai instruksi dokter.

**Tabel 2.5 Intervensi diagnosa keperawatan V**

Pemenuhan informasi berhubungan dengan adanya evaluasi diagnostik, rencana pembedahan.	
Tujuan : dalam waktu 1x24 jam informasi terpenuhi	
Kriteria evaluasi :	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mampu menjelaskan kembali pendidikan kesehatan yang di berikan.</li> <li>2. Pasien termotivasi untuk melaksanakan penjelasan yang telah diberikan.</li> </ol>	
Intervensi	Rasional
Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang pembedahan dan perawatan rumah .	Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi pasien. Perawat menggunakan pendekatan yang sesuai dengan kondisi individu pasien. Dengan mengetahui tingkat pengetahuan tersebut perawat dapat lebih terarah dalam memberikan pendidikan yang sesuai dengan

---

	pengetahuan pasien secara efisien dan efektif.
Cara sumber yang meningkatkan penerimaan informasi.	Keluarga terdekat dengan pasien perlu dilibatkan dalam pemenuhan informasi untuk menurunkan resiko meinterpretasikan terhadap informasi yang diberikan khususnya pada pasien yang mengalami perdarahan sekunder dari pembedahan .

---

## 5. Pelaksanaan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

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 dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2013).

## 6. Evaluasi

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

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

a. S : Data Subjektif

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

b. O : Data Objektif

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

c. A : Analisis

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

d. P : Planning

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

e. I : Implementasi

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

f. E : Evaluasi

Evaluasi adalah respons klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

g. R : Reassessment

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