

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA SDR. R DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST OP
APENDIKTOMI HARI KE-1 DI RUANG
EDELWEISS RSUD BAYU ASIH
PURWAKARTA**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut



Disusun Oleh :
PURI ANDAN SARI
KHG.A. 19032

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA
GARUT
2022**

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA SDR.R DENGAN
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST OP
APENDIKTOMI HARI KE-1 DI RUANG EDELWEISS RSUD
BAYU ASIH PURWAKARTA

NAMA : PURI ANDANSARI

NIM : KHG.A.19032

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui

Untuk Di Sidangkan

Garut, Juli 2022

Menyetujui,

Pembimbing

(Iin Patimah, M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : “ASUHAN KEPERAWATAN PADA SDR. R DENGAN GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : POST OP APENDIKTOMI HARI KE – 1 DI RUANG EDELWEISS RSUD BAYU ASIH PURWAKARTA “

NAMA : PURI ANDANSARI

NIM : KHG.A.19032

Garut, Juli 2022

Mengesahkan,

Penguji I

Penguji II

H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes

Devi Ratnasari, M.Kep

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan

Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep

Iin Patimah, M.Kep

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada Sdr. R Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Op Apendiktomi Hari Ke – 1 Di Ruang Edelweiss RSUD Bayu Asih Purwakarta

Nama : Puri Andan Sari

NIM : KHGA 19032

Terdiri dari IV BAB, 83 halaman, 11 tabel, 1 bagan, 4 lampiran

Apendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/ pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Apendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses. Tujuan karya tulis ini adalah untuk meningkatkan kemampuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif terhadap pasien post op apendiktomi. Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ini adalah analisis deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode pengumpulan data dengan wawancara dan teknik asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Masalah yang muncul pada Sdr. R yaitu, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi), gangguan integritas jaringan berhubungan dengan diskontinuitas jaringan dan gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri. Perencanaan yang dibuat dalam penelitian ini ditujukan pada masalah kesehatan Sdr. R dengan mengacu pada sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi hasil dari proses keperawatan yang dilakukan selama 3 hari terhadap Sdr. R menunjukkan perkembangan dengan semua masalah dapat teratasi.

Kata kunci : Apendisitis, apendiktomi, asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 17 buah (2012-2022)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis yang berbentuk studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Sdr. R Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Op Apendiktomi Hari Ke – 1 Di Ruang Edelweiss RSUD Bayu Asih Purwakarta”**.

Karya tulis ini disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan Program Pendidikan DIII Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut.

Dalam penulisan karya tulis ini, penulis banyak mendapat pengarahan, bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak yang sangat membantu kelancaran penulisan karya tulis ini. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat M.A., selaku ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani, dan beserta seluruh jajaran kepengurusan Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Engkus Kusnadi, S. Kep., M.Kes, selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut, dan sekaligus peguji sidang KTI saya.
3. Bapak Dadan dan Ibu Iyam tercinta selaku orang tua saya, yang telah berperan penting dalam hidup saya, mendidik, tak lupa dengan kasih

sayang, do'a dan dukungan baik berupa moril maupun materiil kepada penulis. Berkat keduanya, penulis bisa berada dalam fase ini.

4. Ibu K Dewi Budiarti, M.Kep, selaku ketua Program Studi D III Kperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Iin Patimah, M.kep, Selaku pembimbing yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan selama pembuatan karya tulis ini.
6. Ibu Devi Ratnasari selaku penguji sidang KTI saya.
7. Dosen dan seluruh karyawan Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
8. Kakak tercinta Sena, Intan dan juga Teguh yang ikut berperan dalam memberikan do'a serta dukungan bagi penulis.
9. Staf perpustakaan STIKes Karsa Husada Garut yang telah membantu penulis dalam menyediakan buku-buku sumber.
10. Kepala Ruangan dan Clinical Instruktur ruangan Edelweiss beserta seluruh staf yang telah memberikan kesempatan dan ilmu kepada penulis untuk melaksanakan praktikum asuhan keperawatan.
11. Keluarga Sdr. R yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam melaksanakan pembinaan asuhan keperawatan.
12. Sahabat kelas per-eceng-an Adila Fitriani, Shiyamita Alifa A, Silfi Nurfitriyani, dan Siti Zara K, yang selalu memberikan energi positif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini.
13. Terimakasih kepada sahabat saya Chelsie Selviani Gouwatana yang selalu ada dan memberikan dukungan bagi saya hingga saat ini.

14. Sahabat perjuangan, Desta Nurul A, Kameliya Sapitri, Yesilia Pratiwi, Friyenda, Diana Nurfadilah, Febby Wilianti. Terimakasih telah menemani dan memberikan semangat sehingga KTI ini dapat terselesaikan.
15. Rekan-rekan seperjuangan Kelas 3A Program Studi D3 Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
16. Kepada Park Chanyeol beserta member EXO lainnya, Kim Minseok, Kim Junmyeon, Zhang Yixing, Byun Baekhyun, Kim Jongdae, Doh Kyungsoo, Kim Jongin, Oh Sehun dan juga Jeno NCT yang telah memberikan motivasi bagi saya sehingga dapat menyelesaikan KTI ini.

Garut, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAKSI

KATA PENGANTAR.....i

DAFTAR ISI.....iv

DAFTAR TABELvi

DAFTAR BAGAN.....vii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar belakang Masalah 1

B. Rumusan masalah.....4

C. Tujuan.....5

D. Sistematika Penulisan6

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Teori Apendisitis8

B. Konsep Teori Apendiktomi 17

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan23

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus45

1. Pengakajian45

2. Analisa Data55

3. Diagnosa.....57

4. Perencanaan Asuhan Keperawatan59

5. Proses Keperawatan63

6. Catatan Perkembangan.....66

B. Pembahasan..... 70

1. Pengkajian.....70

2. Tahap Diagnosa.....73

3. Tahap Perencanaan.....75

4. Tahap Pelaksanaan77

5. Tahap Evaluasi	77
-------------------------	----

BAB IV PENUTUP

A. Kesimpulan.....	80
--------------------	----

B. Saran.....	81
---------------	----

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Skor Alvaro	15
Tabel 2.2 Analisa Data.....	31
Tabel 2.3 Perencanaan Asuhan Keperawatan	34
Tabel 3.1 Pola Aktivitas Sehari-hari	53
Tabel 3.2 Hasil Laboratorium	54
Tabel 3.3 Terapi	54
Tabel 3.4 Analisa Data.....	55
Tabel 3.5 Perencanaan Asuhan Keperawatan	59
Tabel 3.6 Proses Keperawatan	63
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan Hari ke-2	66
Tabel 3.8 Catatan Perkembangan Hari ke-3	69

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway.....	19
------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Apendisitis merupakan sumbatan yang terjadi pada lumen apendiks yang menyebabkan terjadinya proses peradangan akut dan kronis yang terjadi pada apendiks vermiformis. Pada usia 20-30 tahun, kasus apendisitis lebih sering terjadi pada jenis kelamin laki-laki daripada wanita. Batu feses menjadi penyebab tersering terjadinya obstruksi lumen apendiks. Ada beberapa faktor lain yang dapat menyebabkan obstruksi lumen apendiks antara lain hiperplasia jaringan limfoid, tumor, benda asing dan sumbatan oleh cacing. Dari studi epidemiologi lainnya menyebutkan bahwa terjadinya apendisitis disebabkan karena konstipasi akibat kebiasaan mengonsumsi makanan rendah serat (Fransisca C, Gotra M.I & Mahastuti M.N, 2019).

Apendiktomi merupakan salah satu tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengatasi apendisitis. Apendiktomi adalah tindakan pembedahan untuk mengangkat apendiks yang dilakukan untuk menurunkan risiko perforasi (Fransisca et al., 2019). Pada kasus klien dengan apendisitis dapat timbul berbagai masalah keperawatan baik itu masalah selama pre operasi, maupun post operasi. Selama periode post operasi masalah keperawatan yang dapat timbul diantaranya nyeri akut, resiko infeksi, resiko kekurangan volume cairan dan kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis dan kebutuhan

pengobatan (Nurarif & Kusuma 2015). Respon pasien post apendiktomi adalah nyeri. Nyeri yang timbul pada pasien post apendiktomi disebabkan oleh rangsangan mekanik pada luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator kimia nyeri, hal ini menyebabkan terjadinya nyeri pada pasien post operasi (Caecilia & Pristahayuningtyas; Muzakir, 2019). Berdasarkan gejala yang dialami pasien diatas, selain menimbulkan nyeri, masalah yang muncul pada pasien post apendiktomi adalah pasien mengalami gangguan dalam istirahat yaitu mengalami gangguan pola tidur dan keterbatasan dalam bergerak, maka sangat perlu diberikan pengelolaan nyeri pada pasien post apendiktomi (Wulandari,K., 2021).

Global Burden of Disease Study 2019 menunjukkan adanya 17.7 juta kasus apendisitis di dunia (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020). Berdasarkan Data Badan Kesehatan Dunia atau World Health Organization (WHO) tahun 2017 menyatakan angka kematian akibat apendisitis di dunia adalah 0,2-0,8%. Apenditis merupakan tindakan bedah abdomen yang paling sering dilakukan di Amerika Serikat dengan jumlah 734,138 orang pada tahun 2017 lalu meningkat menjadi 739,117 orang pada tahun 2018 (WHO 2018). Angka Kejadian apendiksitis di Indonesia saat ini masih tinggi dengan jumlah pasien yang menderita penyakit apendisitis yaitu sekitar 7% dari jumlah penduduk di Indonesia atau sekitar 179.000 orang. Kasus apendisitis pada tahun 2016 sebanyak 65. 755 orang dan pada tahun 2017 jumlah pasien apendisitis sebanyak 75. 601 orang dan pada tahun 2018 menempati urutan ke 4 terbanyak di Indonesia dengan jumlah pasien rawat inap sebanyak 28.040

(Depkes RI, 2018). Dari insiden kasus ini apendiksitis di Indonesia merupakan kasus tertinggi di antara kasus-kasus pembedahan abdomen lainnya di Indonesia. (Wainsani & Khoiriyah, 2020). Data yang dipublikasikan Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) tahun 2020 menunjukkan tidak ada perubahan tren angka kematian pada tahun 2017 hingga tahun 2019 akibat apendisitis di Indonesia. Rata-rata angka kematian pada pria akibat apendisitis pada tahun 2019 di Indonesia adalah 0,297 per 100.000 jiwa dan pada wanita yaitu 0,226 per 100.000 jiwa. Sedangkan di Jawa Barat menurut data Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat pada tahun 2014 jumlah kasus penyakit sistem pencernaan 475.174 kasus (16,09%) untuk usia 5-14 tahun, 996.672 kasus (19,64%) untuk usia 15-44 tahun dan 907.861 kasus (16,82%) untuk usia 45- >75 tahun. Pada tahun 2013 dilaporkan jumlah kasus apendisitis mencapai 1.148 kasus (1,94%) untuk usia 5-14 tahun dan 6.018 kasus (2,22%) untuk usia 15-44 tahun.

Dalam hal ini peran perawat sangat penting untuk melakukan asuhan keperawatan kepada pasien post operatif secara komprehensif dengan 5 tahap proses keperawatan diantaranya, pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Asuhan keperawatan ini bertujuan untuk mengurangi resiko infeksi dan komplikasi lainnya pasca pembedahan apendiktomi. Komplikasi yang terjadi akibat post operatif diantaranya, syok, perdarahan, infeksi luka operasi, sepsis, embolisme pulmonal dan nyeri pada luka operasi (Farhan & Ratnasari, 2019).

Maka perlu perawatan dan tindakan yang komprehensif untuk untuk menghindari komplikasi dari post apendiktomi. Adapun perawatan yang dilakukan yaitu dengan memposisikan pasien fowler tinggi, pemberian analgetik, pemberian cairan oral. Pantau secara ketat adanya tanda-tanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder atau abses sekunder apabila drain terpasang di area insisi (Brunner & Suddarth, 2014).

Melihat betapa pentingnya apendisitis memengaruhi kualitas kesehatan masyarakat, penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif dalam sebuah karya tulis ilmiah yang berjudul : **“Asuhan Keperawatan pada Sdr. R Dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Op Apendiktomi Hari Ke-1 Di Ruang Edelweiss RSUD Bayu Asih Purwakarta”**.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk mendapatkan pengetahuan dan pengalaman serta mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Op Apendiktomi Hari ke-1 melalui asuhan keperawatan yang komprehensif.

2. Tujuan Khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian secara komprehensif pada pasien post operasi apendiktomi.

- b. Dapat menegakan diagnosa keperawatan pada pasien post operasi apendiktomi.
- c. Dapat melakukan perencanaan pada pasien post operasi apendiktomi.
- d. Dapat melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan pada pasien post operasi apendiktomi.
- e. Dapat memberikan evaluasi hasil dari tindakan yang telah diberikan pada pasien post operasi apendiktomi.

C. Metode Penulisan

Pada karya tulis ilmiah ini, metode yang digunakan adalah analisis deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode pengumpulan data dan teknik asuhan keperawatan.

1. Wawancara

Wawancara dilakukan dengan percakapan langsung dengan klien, keluarga, perawat ruangan untuk mendapatkan data yang diperlukan mengenai identitas klien, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, data psikologis dan data penunjang lainnya, yang berhubungan dengan post operasi apendiktomi atas indikasi apendicitis.

2. Observasi

Teknik observasi yaitu dengan pengumpulan data secara langsung pada pasien post op apendiktomi dengan pengamatan secara subjektif untuk mendapatkan data secara akurat.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan menyeluruh secara *head to toe* atau persistem untuk mendapatkan data objektif klien.

4. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan adalah data yang didapatkan dari sumber-sumber yang menunjang terhadap kasus post op apendiktomi

5. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah data yang didapat dari pemeriksaan penunjang yang bertujuan untuk mendukung data yang didapat dari hasil wawancara dan pengukuran.

D. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari 4 BAB, yaitu :

BAB I : PENDAHULUAN

Yang berisikan latar belakang masalah, tujuan umum dan khusus, metode penulisan dan sistematika penulisan

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

Yang berisikan tinjauan teoritis berisi konsep dasar penyakit yang berisi pengertian, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, komplikasi dan penatalaksanaan medis. Sedangkan konsep dasar proses keperawatan membahas tentang data fokus dari penyakit apendisitis dan tentang

pendekatan asuhan keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa yang muncul, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Merupakan laporan asuhan keperawatan pada klien yang di rawat, yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan catatan perkembangan serta pembahasan yang berisikan ulasan naratif dari setiap tahapan proses keperawatan yang dilakukan.

BAB IV : PENUTUP

Terdiri dari kesimpulan dan rekomendasi yang berisikan kesimpulan dari pelaksana asuhan keperawatan serta rekomendasi atau saran bagi mahasiswa, bagi institusi pendidikan, dan tempat pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN-LAMPIRAN

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Teori Apendisitis

1. Definisi

Apendisitis adalah penyebab utama inflamasi akut di kuadran kanan bawah abdomen dan penyebab tersering pembedahan abdomen darurat. Meskipun dapat dialami oleh semua kelompok usia, apendisitis paling sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun (Brunner dan Suddarth, 2014).

Appendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini menyerang semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun dan merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran kanan bawah dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Bare, 2013).

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (cecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan

tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya.

2. Klasifikasi

Klasifikasi apendisitis menurut Nurarif & Kusuma (2015) terbagi menjadi 3 yaitu :

- a. Apendisitis akut, radang mendadak di umbai cacing yang memberikan tanda, disertai maupun tidak disertai rangsangan peritoneum lokal.
- b. Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut bagian kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama sembuh spontan.
- c. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu (sumbatan di lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa), dan keluhan hilang setelah apendiktomi.

3. Etiologi

Penyebab terjadinya appendiksitis menurut (Wijaya & Putri, 2013) disebabkan oleh beberapa factor sebagai berikut:

- a. Ulserasi pada mukosa
- b. Obstruksi pada kolon oleh fecalit (feses yang keras)
- c. Pemberian barium

- d. Berbagai macam penyakit cacing
- e. Tumor
- f. Striktur karena fibrosa pada dinding usus

Penyebab lain yang diduga menimbulkan apendisitis adalah ulserasi mukosa apendiks oleh parasit *Entamoeba histolytica* (Warsinggih, 2016). Pola kebiasaan makan-makanan yang rendah serat dan pengaruh konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Hal itu dapat mempermudah timbulnya apendisitis akut (Brunner & Suddarth, 2014).

4. Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks, dapat terjadi karena berbagai macam penyebab, antara lain obstruksi oleh fecalith. Feses mengeras, menjadi seperti batu (fecalith) dan menutup lubang penghubung apendiks dan caecum tersebut. Terjadinya obstruksi juga dapat terjadi karena benda asing seperti permen karet, kayu, batu, sisa makanan, biji-bijian. Hiperplasia folikel limfoid apendiks juga dapat menyebabkan obstruksi lumen. Insidensi terjadinya apendisitis berhubungan dengan jumlah jaringan limfoid yang hiperplasia. Penyebab dari reaksi jaringan limfatik baik lokal atau general misalnya akibat infeksi virus atau akibat invasi parasit entamoeba.

Carcinoid tumor juga dapat mengakibatkan obstruksi apendiks, khususnya jika tumor berlokasi di 1/3 proksimal (Warsinggih, 2016).

Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang di produksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut lokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium (Price, 2012). Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat, hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren dan perforasi. Jika inflamasi dan infeksi menyebar ke dinding apendiks, apendiks dapat ruptur. Setelah ruptur terjadi, infeksi akan menyebar ke abdomen, tetapi biasanya hanya terbatas pada area sekeliling dari apendiks (membentuk abses periapendiks) dapat juga menginfeksi peritoneum sehingga mengakibatkan peritonitis (Mansjoer, 2012).

5. Manifestasi Klinis

Menurut Warsinggih, 2016. Gejala-gejala apendisitis biasanya mudah di diagnosis, yang paling umum adalah nyeri perut. Apendisitis memiliki gejala kombinasi yang khas, yang terdiri dari :

a. Nyeri

Penderita apendisitis umumnya akan mengeluhkan nyeri pada perut kuadrankanan bawah. Gejala yang pertama kali dirasakan pasien adalah berupa nyeri tumpul, nyeri di daerah epigastrium atau di periumbilikal yang samar-samar, tapi seiring dengan waktu nyeri akan terasa lebih tajam dan berlokasi ke kuadran kanan bawah abdomen. Nyeri semakin buruk ketika bergerak, batuk atau bersin. Biasanya pasien berbaring, melakukan fleksi pada pinggang, serta mengangkat lututnya untuk mengurangi pergerakan dan menghindari nyeri yang semakin parah.

b. Mual dan Muntah

Mual dan muntah sering terjadi beberapa jam setelah muncul nyeri.

c. Anoreksia

Mual dan muntah yang muncul berakibat pada penurunan nafsu makan sehingga dapat menyebabkan anoreksia.

d. Demam

Demam dengan derajat ringan ($37,6 - 38,5^{\circ}\text{C}$) juga sering terjadi pada apendisitis. Jika suhu tubuh diatas $38,6^{\circ}\text{C}$ menandakan terjadi perforasi.

e. Sembelit atau diare

Diare dapat terjadi akibat infeksi sekunder dan iritasi pada ileum terminal atau caecum.

6. Komplikasi

Komplikasi utama adalah perforasi apendiks yang dapat menyebabkan peritonitis, pembentukan abses (tertampungnya materi purulen), atau flebitis portal. Perforasi biasanya terjadi 24 jam setelah awitan nyeri. Gejala yang muncul antara lain demam $37,7^{\circ}\text{C}$ atau lebih, tampilan toksik, dan nyeri tekan atau nyeri abdomen yang terus-menerus (Brunner & Suddarth, 2014).

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium untuk Apendisitis terdiri dari pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan protein reaktif. Pada pemeriksaan darah lengkap yang dijadikan penanda untuk apendisitis akut adalah leukositosis dan neutrofilia. Peningkatan sel darah putih lebih dari $10.000/\text{ml}$ menandakan Apendisitis sederhana, sedangkan

peningkatan lebih dari 18.000/ml menandakan Apendisitis dengan perforasi (Brunner & Suddarth, 2014).

Peningkatan C-reactive protein (CRP) biasanya terjadi pada Apendisitis yang gejalanya telah timbul lebih dari 12 jam. Dari kombinasi ketiga temuan tersebut dapat meningkatkan sensitifitas diagnosis untuk Apendisitis akut sebesar 97%- 100% .

b. USG

Alat pencitraan yang paling sering digunakan sebagai penunjang diagnosis Apendisitis adalah USG, walaupun akurasinya lebih rendah dibanding CT-Scan dan MRI. Ultrasonografi menjadi pilihan utama karena penggunaannya yang mudah, murah, dan tidak invasif. Sayangnya tingkat akurasi USG sangat bergantung pada operator dan alat yang digunakan. Faktor lain yang mempengaruhi hasil USG adalah obesitas, gas dalam lengkungan usus di depan apendiks, jumlah cairan inflamasi di sekitar apendiks, dan posisi dari apendiks (Hussain et al., 2014; Wardana I. G, 2021).

c. CT-Scan

Pemeriksaan computed tomography (CT-Scan) pada dasarnya merupakan pemeriksaan imaging yang paling diakui untuk membantu penegakan diagnosis Apendisitis pada orang dewasa. Di Amerika CT-Scan digunakan pada 86% pasien Apendisitis, dengan sensitifitas sebesar 92,3%. Namun bahaya radiasi dan keterbatasan sarana merupakan masalah dari penggunaan alat ini (Bhangu et al., 2015).

d. MRI

Penggunaan Magnetic Resonance Imaging (MRI) dapat mengurangi resiko dari radiasi, namun tujuan khusus dan spesifisitasnya dalam mendiagnosis akut abdomen masih dipertanyakan. Selain itu tidak semua rumah sakit di dunia memiliki sarana yang memadai untuk MRI, dan penggunaanya yang tidak bisa langsung merespon keadaan darurat menjadi kekurangan dari alat ini (Bhangu et al., 2015).

e. Skor Alvarado

Saat ini telah banyak upaya yang dilakukan untuk dapat menegakkan diagnosis Apendisitis, salah satunya adalah dengan sistem skor Alvarado. Skor ini menggabungkan antara gejala, tanda, dan hasil laboratorium dari pasien suspek apendisitis. Dibawah ini merupakan kriteria penilaian dari skor Alvarado :

Tabel 2.1

Skor Alvarado

No	Temuan klinis	Skor
1	Nyeri perut yang berpindah ke kuadran kanan bawah	1
2	Anoreksia	1
3	Mual dan muntah	1
4	Nyeri tekan pada perut kuadran kanan bawah	2

5	Nyeri lepas	1
6	Peningkatan suhu tubuh $>37,2^{\circ}\text{C}$	1
7	Leukositosis ($>10.000/\text{ml}$)	2
8	8 Neutrofilia ($>75\%$)	1
Total		10

Dari tabel diatas, jika skor Alvarado 6 menunjukkan risiko tinggi untuk terjadinya Apendisitis sehingga dapat segera dilakukan penatalaksanaan selanjutnya seperti apendiktomi (Brunner & Suddarth, 2014).

8. Pentalaksanaan

Pembedahan diindikasikan bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan. Antibiotik dan cairan IV diberikan serta pasien diminta untuk membatasi aktivitas fisik sampai pembedahan dilakukan. Analgetik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan. Apendiktomi (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum umum atau spinal, secara terbuka ataupun dengan cara laparoskopi yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif. Bila apendiktomi terbuka, insisi Mc.Burney banyak dipilih oleh para ahli bedah. Pada penderita yang diagnosisnya tidak jelas sebaiknya dilakukan observasi dulu. Pemeriksaan laboratorium dan ultrasonografi bisa dilakukan bila dalam observasi masih terdapat keraguan. Bila terdapat laparoskop, tindakan laparoskopi diagnostik pada kasus meragukan dapat segera menentukan

akan dilakukan operasi atau tidak (Smeltzer, S. C & Barre, 2018; Decaprio, 2022).

B. Konsep Teori Apendiktomi

1. Definisi

Apendiktomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks untuk menurunkan resiko perforasi (Smeltzer, 2013). Apendiktomi adalah pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau menghilangkan atau mengangkat usus buntu yang sudah terinfeksi (Wainsani & Khoiriyah, 2020). Apendiktomi suatu tindakan operasi dengan tujuan untuk mengangkat apendiks yang telah meradang. Namun adanya perlengketan multiple, posisi retroperitoneal dari apendiks, atau robek perlu dilakukan prosedur pembukaan tradisional. Sedangkan post operasi adalah masa yang dimulai ketika masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah (Suddarth, 2014).

2. Etiologi

Dilakukannya tindakan pembedahan apendiktomi pada penderita apendisitis dikarenakan apendik mengalami peradangan. Sumbatan lumen apendiks merupakan factor pencetus penyebab apendisitis.

Apendik yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi apabila tidak dilakukannya proses tindakan pembedahan. Penyebab lain yang dapat menimbulkan apendiks yaitu akibat adanya sumbatan lumen apendiks yang disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris, dan selain itu apendisitis juga bisa terjadi akibat adanya erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E. Histolytica* (Sjamsuhidayat, 2017).

3. Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks, dapat terjadi karena berbagai macam penyebab, antara lain obstruksi oleh fecalith. Agar tidak terjadi komplikasi maka harus segera dilakukan tindakan pembedahan salah satunya dengan apendiktomi.

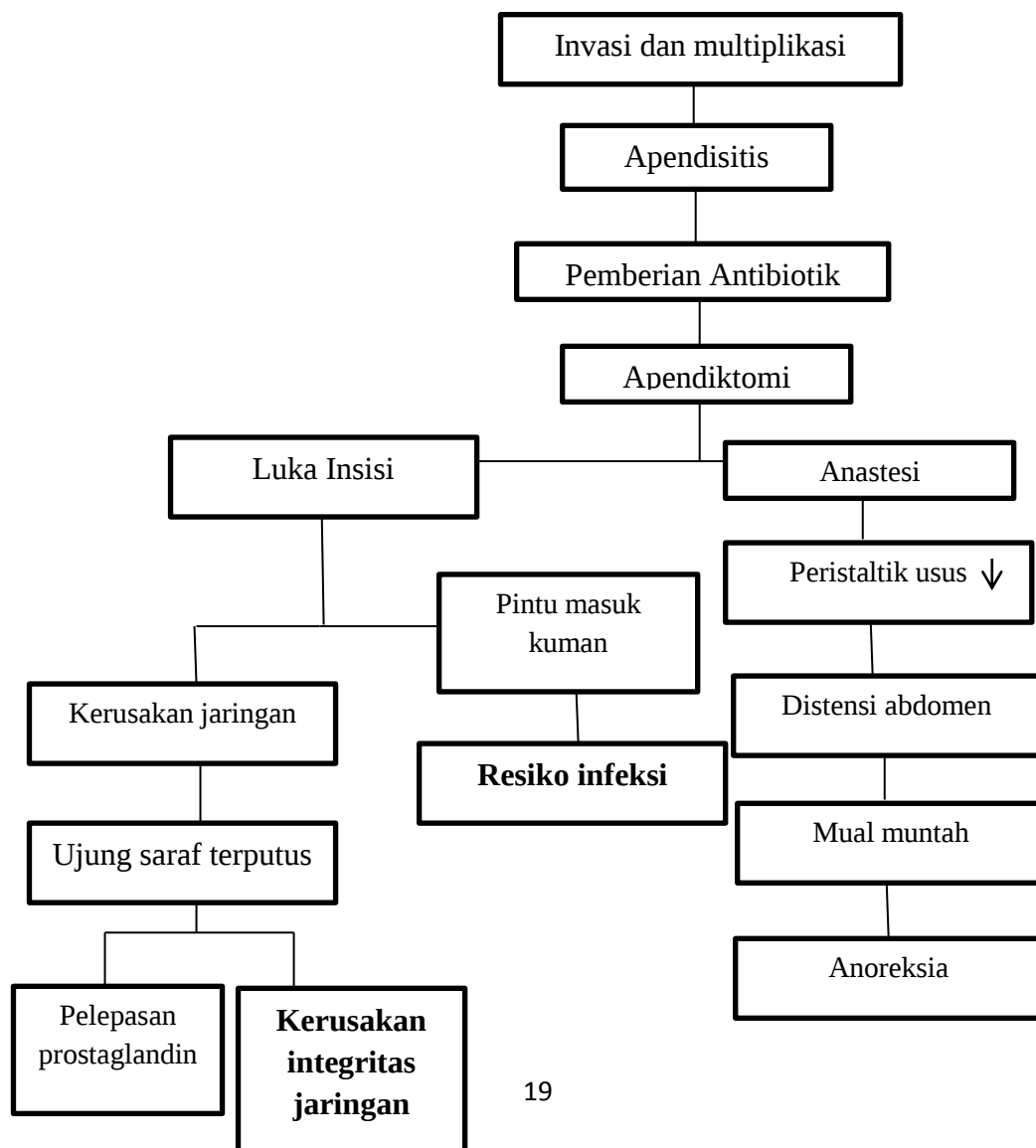
Apendiktomi dilakukan dengan membuat sayatan di bagian perut kanan bawah yang akan menyebabkan adanya luka insisi dimana luka tersebut dapat menjadi pintu masuk kuman yang kemudian menyebabkan adanya resiko infeksi. Dengan adanya luka insisi apendiktomi, menyebabkan rusaknya jaringan dan terputusnya ujung saraf sehingga menyebabkan kerusakan integritas jaringan. Terputusnya ujung saraf mengakibatkan terlepasnya hormon prostaglandin dan menghantarkan stimulus nyeri ke spinal cord dan cortex serebri sehingga nyeri dapat dipersepsikan. Nyeri yang timbul pada pasien post apendiktomi dapat menyebabkan pasien kesulitan tidur.

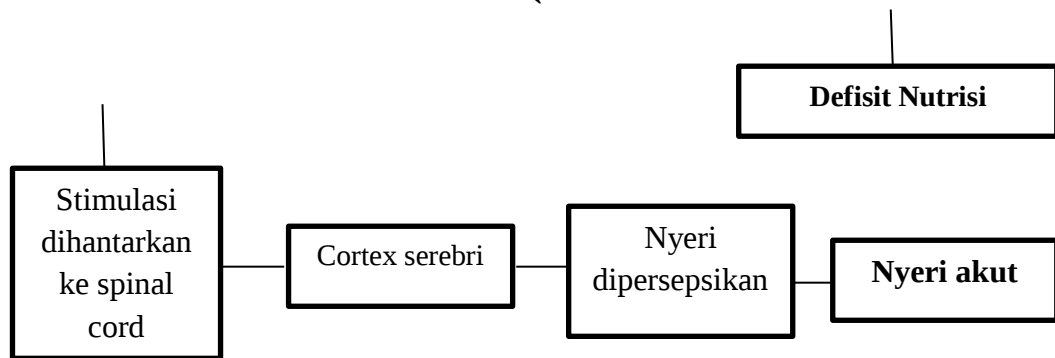
Sebelum dilakukannya apendiktomi pasien akan diberikan anastesi. Efek samping dari anastesi dapat menyebabkan distensi abdomen yang akan menimbulkan mual muntah dan anoreksia. Oleh sebab itu, pasien tidak nafsu makan sehingga nutrisi yang dibutuhkan tubuh tidak terpenuhi (Nurarif & Kusuma, 2015).

4. Pathway

Bagan 2.1

Pathway post Op Apendiktomi





(Sumber : Nurarif & Kusuma, 2015)

5. Penatalaksanaan

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 & Suddarth, 2014).

6. Perawatan post operasi

Pasien post apendiktomi memerlukan perawatan yang maksimal untuk mengembalikan fungsi tubuh. Tindakan apendiktomi merupakan peristiwa kompleks sebagai ancaman potensial atau actual pada integritas seseorang baik biopsikososial spiritual yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Rasa nyeri tersebut biasanya timbul setelah operasi. Salah satu dari perawatan pasien post operasi adalah mobilisasi dini sesegera mungkin, dimana mobilisasi dini mempunyai peranan penting dalam mengurangi nyeri dengan cara menghilangkan konsentrasi pasien pada

lokasi nyeri atau daerah operasi, mengurangi aktivasi mediator kimiawi pada proses peradangan yang meningkatkan respon nyeri serta meminimalkan transmisi saraf nyeri menuju saraf pusat (Murtaqib, 2013 ; Decaprio 2022).

Peranan perawat dalam menangani masalah-masalah post apendiktomi sangat dibutuhkan untuk mencapai kesembuhan pasien, terutama dalam hal perawatan luka post operasi yang harus dilakukan secara aseptik untuk mencegah terjadinya infeksi dan mengadakan kolaborasi dengan profesi lain secara mandiri. Juga penyuluhan kepada pasien dan keluarga mengenai pentingnya mengkonsumsi makanan yang bernilai gizi tinggi kalori tinggi protein guna mempercepat proses penyembuhan penyakit serta perawatan dirumah setelah pasien pulang (Mardiah, 2017; Decaprio 2022).

7. Komplikasi Post Apendiktomi

Komplikasi setelah pembedahan apendik :

- a. Infeksi pada luka, ditandai apabila luka mengeluarkan cairan kuning atau nanah, kulit di sekitar luka menjadi merah, hangat, bengkak, atau terasa semakin sakit.
- b. Abses (nanah), terdapat kumpulan di dalam rongga perut dengan gejala demam dan nyeri perut.
- c. Perlengketan usus, dengan gejala rasa tidak nyaman di perut, terjadi sulit buang air besar pada tahap lanjut, dan perut terasa sangat nyeri.

- d. Komplikasi yang jarang terjadi seperti ileus, gangren usus, peritonitis, dan obstruksi usus. (Muttaqin, 2013).

8. Dampak Apendiktomi Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

a. Nyeri Akut

Disebabkan terputusnya kontinuitas jaringan akibat insisi pembedahan Apendiktomi yang dapat menimbulkan kerusakan jaringan serta merangsang pengeluaran zat perangsang reseptor nyeri (bradikinin dan serotonin) ke serabut saraf yang berdiameter kecil sehingga dipersepsikan rasa nyeri dan rasa nyaman terganggu (Doenges, 2015).

b. Kebutuhan Nutrisi

Sebagai efek anestesi, penderita post operasi biasanya mengalami mual sampai muntah. Pada hari kedua post operasi biasanya usus bergerak lagi dengan gejala mules dan perut kembung. Pada klien post operasi nutrisi sangat diperlukan saat penyembuhan luka, jika tidak dapat terpenuhi dapat mempengaruhi terhadap proses penyembuhan luka. Nutrisi yang penting untuk penyembuhan luka adalah protein dan vitamin c (Doenges, 2015).

c. Kerusakan Integritas

Adanya luka post apendiktomi yang menyebabkan gangguan sirkulasi perifer bentuk insisi dan luka drain mempengaruhi integritas kulit, pasien bedah ginekologi beresiko terhadap kerusakan kulit, karena pasien ginekologi berbeda dalam hal umur, status

kesehatan, dan manifestasi faktor resiko terhadap kerusakan integritas kulit (Doenges, 2015).

d. Gangguan Pola Tidur

Pada pasien post operasi akan mengalami gangguan pola istirahat tidur, hal ini berhubungan dengan respon-respon hormonal dan psikologis, kegembiraan hebat, ansietas dan kesenangan, nyeri ketidaknyamanan, proses kelelahan persalinan, kebutuhan atau tuntutan keluarga. Pasien akan mengeluh kesulitan tidur, tidak merasa segar, lekas marah, lingkaran hitam di bawah mata, dan sering menguap (Doenges, 2015).

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

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

a. Identitas pasien dan identitas penanggung jawab

- 1) Identitas pasien Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor medrec, diagnosa medik dan alamat.
- 2) Identitas penanggung jawab Identitas penanggung jawab diisi oleh biodata dari seseorang yang memiliki hubungan keluarga dengan klien baik ayah, ibu, suami, istri, atau pun anak yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

b. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

a) Keluhan utama pasien saat masuk Rumah Sakit

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

b) Keluhan utama saat dikaji

Keluhan utama saat dikaji merupakan penjelasan terkait keluhan yang dirasakan pasien saat dilakukan pengkajian. Pengkajian pada pasien dengan post operasi apendektomi sering ditemukan keluhan nyeri saat dikaji. Riwayat kesehatan sekarang dikaji dengan pendekatan PQRST.

P : Provokatus – Paliatif

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

Q : Kualitas – Quantitas

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

R : Region – Radiasi

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

S : Skala – Severity

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

T : Time

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

2) Riwayat kesehatan masa lalu

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

3) Riwayat kesehatan keluarga

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

c. Pemeriksaan fisik

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

1) Keadaan umum

Keadaan umum pada pasien post operasi apendektomi tampak nyeri ringan/sedang/berat, gelisah, rewel, lemah. Kesadaran, dapat diisi dengan tingkat kesadaran secara kualitatif atau kuantitatif yang dipilih sesuai dengan kondisi pasien. Secara kuantitatif, tingkat kesadaran dapat dinilai dengan pengukuran GCS (Glasgow Coma Scale). Sedangkan, secara kualitatif tingkat kesadaran dimulai dari composmentis, apatis, samnolen, sopor dan koma.

2) Tanda-tanda vital : Mengkaji mengenai tekanan darah, suhu, nadi dan respirasi.

3) Sistem sirkulasi/ kardiovaskuler

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

4) Sistem respirasi

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

5) Sistem pencernaan

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

6) Sistem genitourinaria

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

7) Sistem muskuloskeletal

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

8) Sistem integumen

Biasanya terdapat luka post operasi.

9) Sistem penginderaan

Sistem penginderaan meliputi penglihatan, pendengaran, penciuman
Biasanya pada pasien post apendektomi tidak ada gangguan pada sistem penginderaan.

d. Pola aktivitas sehari-hari

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

pasien mengalami gangguan aktivitas karena kelemahan fisik akibat adanya luka operasi (Mardalena, 2018).

e. Data psikologis

Data psikologi yang dikaji pada klien meliputi status emosi, kecemasan dan pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri. Konsep diri terdiri atas lima komponen yaitu :

1) Citra tubuh

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

2) Ideal diri

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

3) Harga diri

Penilaian/penghargaan orang lain, hubungan klien dengan orang lain

4) Identitas diri

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

5) Peran

Seperangkat perilaku/tugas yang dilakukan dalam keluarga dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas Pengkajian dari data psikologis pada pasien post operasi apendektomi biasanya memiliki kekhawatiran pada proses penyembuhan luka dan terkadang cepat tersinggung atau cepat marah.

- f. Data Sosial Data ini diambil dari interaksi social dalam hubungan keluarga, tetangga, masyarakat,perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya termasuk gaya hidup, faktor sosial kultural dan support sistem.
- g. Data Spiritual Pada data spiritual ini menyangkut masalah keyakinan terhadap tuhan Yang Maha Esa, sumber kekuatan, sumber kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan dan kegiatan keagamaan yang ingin dilakukan selama sakit serta harapan klien akan kesembuhan penyakitnya.
- h. Pemeriksaan Laboratorium

1) Pemeriksaan hematologi

Pemeriksaan laboratorium hematologi merupakan pemeriksaan cairan darah yang berhubungan dengan dengan sel-sel darah dan biokimiawi yang berhubungan dengan sel darah. Pemeriksaan laboratorium hematologi bertujuan untuk : mengkonfirmasi suatu dugaan klinis atau menetapkan diagnosis penyakit, misalnya hemoglobin untuk anemia; menentukan terapi atau pengelolaan dan pengendalian penyakit; mengikuti perjalanan penyakit; untuk penapisan suatu penyakit dan menentukan status kesehatan secara umum (Riswanto, 2013).

2) Pemeriksaan Kimia darah

Pemeriksaan kimia darah merupakan pemeriksaan laboratorium yang terdiri dari berbagai parameter diantaranya gula darah, fungsi ginjal (BUN, creatinine), lemak (kolesterol, trigliserida, HDL,LDL) dan protein (albumin, protein total)(Wallace, 2007; Arganingsih , 2018).

2. Analisa Data

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

Tabel 2.2
Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS : • Mengeluh nyeri DO : • Tampak meringis • Bersikap proaktif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri) • Gelisah • Frekuensi nadi meningkat • Sulit tidur	Apendisitis merupakan satu indikasi dilakukannya apendiktomi. Setelah dilakukannya apendiktomi terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus. Maka prostaglandin terlepas dan menghantarkan stimulus nyeri ke spinal cord dan cortex cerebri sehingga nyeri dapat dipersepsikan.	Nyeri Akut

- Tekanan darah meningkat
- Pola nafas berubah
- Menarik diri
- Nafsu makan berubah
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaforesis

2. DS:

- Cepat kenyang setelah makan
- Kram/nyeri abdomen
- Nafsu makan menurun

DO :

- Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal
- Bising usus hiperaktif
- Otot pengunyah lemah
- Otot menelan lemah
- Membran mukosa pucat
- Sariawan
- Serum albumin turun
- Rambut rontok berlebihan

Apendisitis merupakan satu Defisit Nutrisi indikasi dilakukannya apendiktomi. Sebelum dilakukannya apendiktomi pasien akan diberikan anastesi. Efek samping dari anastesi dapat menyebabkan distensi abdomen. Dari distensi abdomen akan menimbulkan mual muntah dan anoreksia. Pasien tidak nafsu makan sehingga nutrisi yang dibutuhkan tubuh tidak terpenuhi.

- Diare
3. DO :
 - Kerusakan jaringan.
 - Nyeri.
 - Kemerahan.
 - Hematoma.
 - Pendarahan

Apendisitis merupakan satu Gangguan indikasi dilakukannya apendiktomi. Setelah dilakukannya apendiktomi terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus. Integritas Jaringan
 4. Faktor risiko :
 - Efek prosedur Invasif.
 - Malnutrisi
 - Penyakit kronis
 - Peningkatan paparan organisme patogen lain
 - Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer

Apendisitis merupakan satu Risiko Infeksi indikasi dilakukannya apendiktomi. Setelah dilakukannya apendiktomi terdapat luka insisi yang mengakibatkan adanya pintu masuk kuman.
 5. DS :
 - Mengeluh sulit tidur
 - Mengeluh sering terjaga
 - Mengeluh tidak puas tidur
 - Mengeluh istirahat tidak cukup
 - Mengeluh pola tidur berubah

Apendisitis merupakan satu Gangguan indikasi dilakukannya apendiktomi. Setelah dilakukannya apendiktomi terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus. Maka prostaglandin terlepas dan menghantarkan stimulus nyeri ke spinal cord dan cortex cerebri sehingga nyeri dapat dipersepsikan. Karena terdapat nyeri pasien mengalami sulit tidur, sehingga terjadi gangguan pola tidur. Pola Tidur

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada post apendiktomi, antara lain:

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi).
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan mual muntah.
- c. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan diskontinuitas jaringan.
- d. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive.
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri.

4. Perencanaan Asuhan Keperawatan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi (Nurarif, A. H., dan Kusuma, 2015).

Tabel 2.3

Perencanaan Asuhan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
Nyeri berhubungan dengan pencedera fisik (Prosedur operasi).	Akut	<i>Tingkat Nyeri (L.08066)</i> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: • Keluhan nyeri menurun.	<i>Manajemen Nyeri (I.08238)</i> Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi respon nyeri non-	Observasi 1. Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya 2. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan pasien.

- Meringis menurun.
- Sikap protektif menurun.
- Gelisah menurun.
- Frekuensi nadi membaik.
- Kesulitan tidur menurun
- Tekanan darah membaik
- Pola nafas membaik

- verbal.
3. Identifikasi skala nyeri
 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

1. Berikan teknik non farmakologis untuk

3. Mengetahui perkembangan nyeri
4. Mengetahui hal-hal yang dapat memperberat dan memperingan nyeri
5. Mengetahui sejauh mana klien mengetahui mengenai nyeri
6. Mengetahui seberapa besar pengaruh budaya terhadap nyeri
7. Mengetahui seberapa besar pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
8. Untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan terapi yang diberikan
9. Mengetahui keberhasilan pemberian analgetik

Terapeutik

1. Menurunkan ketegangan otot, sendi dan melancarkan peredaran darah sehingga nyeri berkurang.
2. Dapat menurunkan tingkat nyeri.

mengurangi rasa nyeri.

2. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.
3. Fasilitasi istirahat tidur

3. Mengalihkan dan memenuhi kebutuhan istirahat tidur.

Edukasi

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri.

1. Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien
2. Membantu pasien mengatasi saat nyeri muncul
3. Pasien dapat mengetahui sendiri karakteristik, penyebab, lokasi saat nyeri muncul
4. Mendapatkan efek yang diharapkan
5. Memudahkan pasien untuk mengontrol nyeri.

Kolaborasi

Kolaborasi

1. Analgetik berfungsi sebagai depresan sistem syaraf pusat

			1. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu.	sehingga mengurangi atau menghilangkan nyeri.
Defisit nutrisi berhubungan dengan muntah	Status Nutrisi (L.03030)	Manajemen Nutrisi (I.03119)		
	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka Status Nutrisi Membaik dengan kriteria hasil :	Observasi	Observasi	
	• Porsi makanan yang dihabiskan meningkat • Frekuensi makan membaik • Nafsu makan membaik • Kekuatan otot menelan meningkat • IMT membaik	1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makan 3. Monitor berat badan.	1. Menentukan intervensi selanjutnya. 2. Menilai asupan makanan yang dapat diberikan. 3. Penurunan BB menunjukkan kebutuhan nutrisi yang tidak adekuat.	
		Terapeutik	Terapeutik	
		1. Hentikan pemberian makanan melalui nasogastrik jika asupan oral dapat di toleransi	1. Untuk mengurangi rasa nyeri pada klien karena pemasangan selang NGT	
			Edukasi	
			1. Mempermudah proses pemberian makanan.	

Edukasi

1. Anjurkan orang tua atau keluarga membantu memberi makan kepada pasien.

Kolaborasi

1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

Promosi Berat Badan

observasi

1. Monitor adanya mual dan muntah

Edukasi

1. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan.

Kolaborasi

1. Meningkatkan keseimbangan nutrisi yang adekuat.

Promosi Berat Badan

observasi

1. Mual dan muntah menurunkan pemasukan.

Edukasi

1. Pengetahuan yang cukup dapat meningkatkan motivasi klien.

Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan diskontinuitas jaringan.	<i>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</i> Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Integritas Jaringan meningkat dengan kriteria hasil: • Kerusakan integritas jaringan menurun • Nyeri menurun • Perdarahan menurun • Kemerahan menurun • Hematoma menurun	<i>Perawatan Luka (I.14564)</i> Observasi 1. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau). 2. Monitor tanda-tanda infeksi. Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan 4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai di kulit /lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis	<i>Perawatan Luka</i> Observasi 1. Mengetahui kondisi luka pasien 2. Menghindari komplikasi Terapeutik 1. Melihat keadaan luka 2. Menjaga area luka tetap steril 3. Agar luka tetap bersih dan mempercepat proses penyembuhan 4. Membantu penyembuhan luka 5. Mempercepat penyembuhan
--	---	--	--

-
- | | |
|--|-----------------------------------|
| luka | 6. Agar luka tetap steril |
| 7. Pertahankan teknik seteril saat perawatan luka | 7. Menghindari resiko infeksi |
| 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase | 8. Menjaga luka agar tetap kering |
| 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap dua jam atau sesuai kondisi pasien. | 9. Menghindari resiko dekubitus |

Edukasi

1. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.
2. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
3. Anjurkan mengonsumsi makan tinggi kalium dan protein

Edukasi

Kolaborasi

- | | |
|-------------------------|---|
| 1. Kolaborasi pemberian | 1. Perawatan luka dengan baik di rumah. |
|-------------------------|---|

			antibiotik, jika perlu	2. Meningkatkan pengetahuan pasien	
				3. Mempercepat proses penyembuhan.	
				Kolaborasi	
				1. Untuk menghindari infeksi	resiko
Risiko berhubungan dengan efek prosedur infasive	Infeksi	Tingkat Infeksi (L.14137)	Pencegahan Infeksi (I.14539)		
		Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko infeksi dapat berkurang. Dengan kriteria hasil sebagai berikut :	Observasi.	Observasi	
			1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.	1. Diagnosa dini dari infeksi dapat dicegah.	
			Terapeutik	Terapeutik	
		• Demam menurun • Kemerahan menurun • Nyeri menurun • Bengkak menurun • Drainase purulen menurun	1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. 2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi 3. Berikan perawatan kulit pada area oedema	1. Mencegah adanya infeksi nosokomial. 2. Mencegah terjadinya resiko	

- Kadar sel darah putih 4. Batasi jumlah pengunjung membaik

Edukasi

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Ajarkan cara mencuci tangan yang benar
3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

infeksi

3. Untuk mencegah terjadinya infeksi yang lebih luas
4. Agar klien dapat beristirahat cukup dan tenang.

Edukasi

1. Meningkatkan pengetahuan pasien mengenai infeksi.
2. Meningkatkan pengetahuan pasien tentang cara cuci tangan yang benar.
3. Agar klien mengetahui cara memeriksa kondisi luka
4. Agar meningkatkan energi dan daya tahan tubuh
5. Untuk mencegah terjadinya dehidrasi.

Kolaborasi

1. Sebagai pencegahan infeksi

Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri.

Pola Tidur (L.05045)

Setelah dilakukan rencana keperawatan selama 1 x 24 jam maka Pola Tidur membaik dengan kriteria hasil :

- Keluhan sulit tidur menurun
- Keluhan sering terjaga menurun
- Keluhan tidak puas tidur menurun
- Keluhan pola tidur berubah menurun

Dukungan tidur (I.05174)

Observasi

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur.
2. Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)

Terapeutik

1. Modifikasi Lingkungan (misnya pencahayaan, kebisingan suhu, matras dan tempat tidur)
2. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur – terjaga.
3. Batasi waktu tidur siang, jika perlu

Edukasi

1. Anjurkan Relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya.
2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang

Observasi

1. Untuk mengetahui pola tidur
2. Untuk menghindari faktor pengganggu tidur.

Terapeutik

1. Membantu agar pasien dapat tidur dengan nyenyak dalam keadaan tenang.
2. Agar tidak mengganggu jam tidur pasien.
3. Agar tidur malam lebih nyenyak

Edukasi

1. Agar pasien dapat beristirahat

mengganggu tidur .

dengan nyaman.

2. Agar pola tidur membaik

5. Implementasi

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

6. Evaluasi

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

S : Data subjektif

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

O : Data objektif

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

A : Analisis Interpretasi dari data subjektif dan data objektif.

Analisis merupakan diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan

status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

P : Planning

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

I : Implementasi

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

E : Evaluasi

Respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

R : Reassessment

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

Evaluasi terdiri dari 2 macam jenis yaitu :

1) Evaluasi proses (formatif)

- a. Evaluasi yang dilakukan setiap selesai melakukan tindakan
- b. Berorientasi pada etiologi. Dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai

2) Evaluasi hasil (sumatif)

- a. Evaluasi yang dilakukan setelah akhir dari tindakan keperawatan secara paripurna.

- b. Berorientasi pada masalah keperawatan.
- c. Menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan.
- d. Rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan. (Rohmah dan Walid, 2014).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas Pasien dan Identitas Penanggung Jawab Pasien

1) Identitas Pasien

Nama	: Sdr.R
Umur	: 18 tahun
Alamat	: Kec.Bungursari, Purwakarta
Agama	: Islam
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Pelajar
Status	: Belum Menikah
Suku Bangsa	: Indonesia
Tanggal Masuk RS	: 28 Mei 2022
Tanggal Operasi	: 30 Mei 2022
Tanggal Pengkajian	: 31 Mei 2022
No RM	: 00.27.17.28
Diagnosa	: Apendisitis Akut, Post Op Apendiktomi

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn. A
Umur : 34 tahun
Alamat : Kec.Bungursari, Purwakarta
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Hubungan dengan pasien : Ayah

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kanan bawah (luka post operasi hari ke-1)

2) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 31 Mei 2022, pasien mengeluh nyeri perut kanan bawah pada area luka operasi. Nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk benda tajam. Nyeri hanya terasa pada area luka operasi saja dan tidak menyebar, pasien tampak meringis. Skala nyeri 5 dari 0-10, pasien mengeluh sulit tidur dan pasien tampak lemas. Nyeri dirasakan secara terus menerus.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan baru sekarang mengalami usus buntu, dan pasien sering mengonsumsi makanan pedas dan jarang makan-makanan yang berserat. Sebelumnya pasien belum pernah dirawat di rumah sakit dan tidak memiliki riwayat penyakit menular dan tidak memiliki alergi terhadap makanan.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menurut penuturan pasien di keluarga tidak ada yang memiliki penyakit seperti yang diderita pasien saat ini dan di keluarga tidak ada yang memiliki penyakit genetik seperti diabetes mellitus, TBC, jantung, asma, dan Hipertensi.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Penampilan : Lemah
Kesadaran : Compos Mentis
GCS : 15 (E 4, M 6, V 5)

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : 100/70 mmHg
HR : 96x/menit
RR : 22x/m
Suhu : 36,5° C
BB/TB : 50 kg/165 cm

3) Persistem

a) Sistem Pernafasan

Inspeksi : Pengembangan dada simetris, bentuk dada normal.

Palpasi : Pergerakan dada simetris, taktil vocal fremitus simetris.

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

b) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi : Tidak terdapat sianosis

Palpasi : Tidak terdapat peningkatan JVP, nadi teraba kuat, CRT<2 detik.

Auskultasi : S1-S2, irama regular.

c) Sistem Pencernaan

(1) Mulut

Inspeksi : Mukosa bibir lembab, tidak ada karies gigi.

(2) Abdomen

Inspeksi : Terdapat luka operasi di sebelah kanan bawah, panjang luka ± 8 cm dengan keadaan luka masih basah, tidak ada kemerahan, tidak terdapat rembesan darah, tidak berbau dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

Auskultasi : Bising usus 6x/m

Palpasi : Terdapat nyeri tekan sekitar area luka.

Perkusi : Pekak

d) Sistem Perkemihan

Inspeksi : Terpasang kateter no.18

Palpasi : Tidak ada distensi

e) Sistem Musculoskeletal

(1) Ekstremitas Atas

Inspeksi : Bentuk simetris antara tangan kanan dan kiri, jumlah jari sempurna, tangan kiri terpasang infus.

(2) Ekstermitas Bawah

Inspeksi : Bentuk simetris antara kaki kanan dan kiri, jumlah jari sempurna, tidak terdapat varises.

(3) Kekuatan Otot

5	5
5	5

f) Sistem Persarafan

(1) Tingkat kesadaran Compos Mentis, GCS=15 (E=5, M=6, V=5) orientasi terhadap waktu, orang dan tempat baik.

(2) Tes Fungsi Kranial

N I (olfactorius)

Pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih dan minyak wangi.

N II (optikus)

Pasien dapat membaca papan nama perawat ± 30 cm dengan tidak menggunakan kacamata dengan pencahayaan cahaya matahari.

N III, IV, VI (okulomotoris, trokhealis, abduksen)

Pupil berkonstriksi dengan cepat pada saat diberi cahaya, bola mata dapat digerakkan ke segala arah.

N V (trigeminus)

Pasien dapat merasakan sentuhan di wajahnya, saat wajahnya disentuh oleh kapas dengan menutup mata.

N VII (Fasialis)

Pasien dapat membedakan rasa asin, dan pahitnya kopi.

Pasien dapat mengerutkan dahi, wajah pasien simetris saat tersenyum.

N VIII (Vestibulo)

Pasien dapat menjawab pertanyaan perawat dengan baik tanpa harus diulang dengan merasakan getaran dari garputala (weber, rine, swabah)

N IX, X (glosafaringeus, vagu)

Uvula bergetar simetris saat pasien mengatakan “Ah”, reflek menelan bagus.

N XI (asesorius)

Pasien dapat menggerakkan kepala ke segala arah

N XII (hipoglossus)

Lidah pasien dapat diegrakkan ke segala arah

g) Sistem Integumen

(1) Rambut dan kulit kepala

Inspeksi : Warna rambut hitam, lurus, pendek, bersih tidak ada ketombe dan lesi.

Palpasi : Tidak terdapat benjolan, tidak terdapat nyeri tekan.

(2) Kuku

Inspeksi : Warna kuku transparan, bentuk kuku cembung, kuku agak pendek.

(3) Kulit

Inspeksi : Warna sawo matang

h) Sistem Penginderaan

(1) Penglihatan

Inspeksi : Bentuk mata simetris, mata merah, konjungtiva merah muda, pupil miosis saat diberi cahaya, kemampuan melihat baik.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

(2) Pendengaran

Inspeksi : Bentuk telinga simetris, terdapat serumen, kemampuan mendengar baik.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak terdapat benjolan

(3) Penciuman

Inspeksi : Bersih tidak terdapat kotoran hidung, penciuman berfungsi baik.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan.

d. Aspek Psikologi

Pasien yakin akan sembuh, meyakini bahwa semua penyakit ada obatnya dan senantiasa akan terus berikhtiar untuk penyembuhannya.

e. Aspek Spiritual

Pasien beragama islam dan meyakini bahwa Allah SWT yang dapat menyembuhkan, dan pasien tampak selalu berdoa untuk kesembuhannya.

f. Aspek Sosial Budaya

Hubungan antara keluarga dengan pasien baik, terbukti pasien selalu ditemani suami atau ibunya. Hubungan dengan tetangga juga baik, terbukti dengan adanya pembesuk dari tetangga pasien. Hubungan perawat dengan Pasien baik, terbukti pasien dapat bekerjasama dalam hal pengobatan serta dapat memberikan informasi yang dibutuhkan perawat.

g. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.1
Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis	Sebelum sakit	Saat sakit
1.	Pola Nutrisi		
	Pola Makan	Pasien makan 1 porsi, 3x sehari dengan nasi+lauk	Pasien makan bubur 1 porsi, 2x sehari
	Pola Minum	Pasien minum air putih, teh, kopi, dengan frekuensi 1,5 L/hari	Pasien minum air putih dengan frekuensi 1 L/hari
2.	Pola Eliminasi		
	BAB	Pasien BAB 1x/hari, dengan konsistensi padat, warna kuning feses, dan bau khas	Pasien belum BAB pada hari pertama post op
	BAK	Pasien BAK 5x sehari, berwarna kuning jernih, dan bau khas	Frekuensi BAK 500ml/hari, berwarna kuning pekat, bau khas
3.	Pola Istirahat Tidur		
	Siang	Pasien tidur siang $\pm$ 2 jam nyenyak	Pasien tidur 1 jam, tidak nyenyak, pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri.
	Malam	Pasien tidur malam 8 jam nyenyak.	Pasien tidur malam 5 jam tidak nyenyak sering terjaga pada malam hari dan mengeluh sulit tidur karena

nyeri.

4. Personal Hygiene	Pasien memiliki kebiasaan mandi sebanyak 3 kali sehari, sikat gigi sebanyak 3 kali sehari dan keramas sebanyak 1 kali sehari, memotong kuku seminggu sekali.	Pasien diseka waslap basah dengan air hangat dan menyikat gigi 1x sehari dan mengganti baju pada pagi hari.
----------------------------	--	---

h. Pemeriksaan Penunjang

Nama : Sdr.R
 No.RM : 00.27.17.28
 Alamat : Kec.Bungursari, Purwakarta
 Tanggal Pemeriksaan : 31 Mei 2022

Tabel 3.2
Hasil Laboratorium

Jenis	Hasil	Satuan	Nilai Normal	Interpretasi
Hematologi				
Hemoglobin	14,5	g/dl	14,0-17,5	Normal
Hematokrit	43,3	%	36-47	Normal
Leukosit	9,6 10^3	μ l	4,6-10,0 10^3	Normal
Eritrosit	4,6 juta	μ l	4,5-5,5 juta	Normal
Trombosit	230 10^3	μ l	123-380 10^3	Normal
BT, waktu pendarahan	1'30"	Menit	1-3	Normal

CT, waktu pembekuan	5'00"	Menit	1-7	Normal
---------------------	-------	-------	-----	--------

Kimia darah

Ureum	16	Mg/dl	10-50	Normal
Kreatinin	0,64	Mg/dl	0,5-0,9	Normal
SGOT	22	U/L/37°	10-31	Normal
SGPT	21	U/L/37°	9-36	Normal
GDS	80	Mg/dl	70-150	Normal

i. Terapi

Tabel 3.3

Terapi

No	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Infus Futrolit	20 tpm 500 ml	IV
2.	Ketorolac	3 x 30 mg	IV
3.	Ranitidine	2 x 1 amp	IV
4.	Metronidazole	3 x 500 mg	IV

2. Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS : Pasien mengeluh nyeri pada perut kanan bawah luka	Apendisitis merupakan satu indikasi dilakukannya apendiktomi. Setelah dilakukannya apendiktomi terdapat luka insisi yang	Nyeri Akut

- operasi. mengakibatkan terjadinya
- Nyeri terasa kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus. Maka prostaglandin terlepas dan menghantarkan stimulus nyeri ke spinal cord dan cortex cerebri sehingga nyeri dapat dipersepsikan.
- Nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan.
- Nyeri hanya terasa pada area luka operasi saja dan tidak.
- Nyeri dirasakan secara terus menerus.

DO :

- Skala nyeri 5 (0-10)
- TD : 100/70 mmHg
- HR : 96x/m
- RR : 22x/m
- Tampak meringis

2. DS : Apendisitis merupakan satu Gangguan indikasi dilakukannya integritas jaringan
- Pasien mengeluh nyeri apendiktomi. Setelah dilakukannya apendiktomi terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus.
- DO :
- Terdapat luka insisi di perut kanan bawah
 - Panjang luka ± 8 cm
 - Keadaan luka masih basah
 - Tidak ada kemerahan

- Tidak terdapat rembesan darah
- Tidak berbau
- Tidak ada tanda-tanda infeksi
- Skala nyeri 5 (0-10)

3. DS : Apendisitis merupakan satu Gangguan Pola
indikasi dilakukannya Tidur
- Pasien mengeluh sulit tidur
 - Mengeluh tidur tidak nyenyak
 - Mengeluh sering terjaga pada malam hari.
 - Mengeluh tidur 5 jam
- DO :
- Pasien tampak lemas
- Setelah dilakukannya apendiktomi terdapat luka insisi yang mengakibatkan terjadinya kerusakan jaringan dan ujung saraf terputus. Maka prostaglandin terlepas dan menghantarkan stimulus nyeri ke spinal cord dan cortex cerebri sehingga nyeri dapat dipersepsikan. Karena terdapat nyeri pasien mengalami sulit tidur, sehingga terjadi gangguan pola tidur.

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi, yang ditandai dengan :

DS :

- Pasien mengeluh nyeri pada perut kanan bawah luka operasi.
- Nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan.
- Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk benda tajam.
- Nyeri hanya terasa pada area luka operasi saja dan tidak menyebar
- Nyeri dirasakan secara terus menerus.

DO :

- Skala nyeri 5 (0-10)
- TD : 100/70 mmHg
- HR : 96x/m
- Tampak meringis

- b. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan diskontinuitas jaringan, ditandai dengan :

DS : Pasien mengeluh nyeri

DO :

- Terdapat luka insisi di perut kanan bawah
- Panjang luka $\pm$ 8 cm

- Keadaan luka masih basah
- Tidak ada kemerahan
- Tidak terdapat rembesan darah
- Tidak berbau
- Tidak ada tanda-tanda infeksi
- Skala nyeri 5 (0-10)

c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, ditandai dengan :

DS :

- Pasien mengeluh sulit tidur
- Mengeluh tidur tidak nyenyak
- Mengeluh sering terjaga pada malam hari.
- Mengeluh tidur 5 jam

DO :

- Pasien tampak lemas

4. Perencanaan Asuhan Keperawatan

Nama : Sdr.R

Diagnosa : Post Apendiktomi

Umur : 18 Tahun

No. RM : 00.27.17.28

Tabel 3.5

Perencanaan Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1	2	3	4	5
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi, yang ditandai dengan : DS : Pasien mengeluh nyeri pada perut kanan bawah luka operasi.	Tingkat Nyeri (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Keluhan nyeri menurun.	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi respon nyeri non-verbal. - Observasi TTV	Observasi - Mengetahui perkembangan nyeri dan tanda-tanda nyeri sehingga dapat menentukan intervensi selanjutnya - Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan pasien. - Mengetahui keadaan umum pasien

- Pasien mengeluh sulit tidur.
- Nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan.
- Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk benda tajam.
- Nyeri hanya terasa pada area luka operasi saja dan tidak menyebar
- Nyeri dirasakan secara terus menerus.
- Meringis menurun.
- Tekanan darah membaik.
- Nadi membaik

DO :

- Skala nyeri 5 (0-10)
- TD : 100/70 mmHg
- HR : 96x/m
- RR : 22x/m
- Tampak meringis

Edukasi

1. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam
2. Berikan penkes manajemen nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik

Edukasi

1. Menurunkan ketegangan otot, sendi dan melancarkan peredaran darah sehingga nyeri berkurang.
2. Agar pasien mengetahui cara mengontrol nyeri.

Kolaborasi

1. Analgetik berfungsi sebagai depresan sistem syaraf pusat sehingga mengurangi atau menghilangkan nyeri.

2.	DS :	<i>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</i>	<i>Perawatan Luka (L.14564)</i>	<i>Perawatan Luka</i>
	Pasien mengeluh nyeri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka Integritas Jaringan meningkat dengan kriteria hasil:	Observasi	Observasi
	DO :		3. Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau).	3. Mengetahui kondisi luka pasien
	- Terdapat luka insisi di perut kanan bawah - Panjang luka $\pm$ 8 cm - Keadaan luka masih basah - Tidak ada kemerahan - Tidak terdapat rembesan darah - Tidak berbau - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Skala nyeri 5 (0-10)	- Kerusakan integritas jaringan menurun - Nyeri menurun	4. Monitor tanda-tanda infeksi.	4. Menghindari komplikasi
			Terapeutik	Terapeutik
			1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan	1. Melihat keadaan luka
			2. Bersihkan luka dengan cairan NaCl	2. Agar luka tetap bersih dan mempercepat penyembuhan
			3. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka	3. Mencegah resiko infeksi
			4. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase	4. Menjaga luka tetap kering dan steril.
			Edukasi	Edukasi
			1. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri.	
			2. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	4. Perawatan luka dengan baik di rumah.
			3. Anjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi	5. Meningkatkan pengetahuan

kalium dan protein.

pasien

6. Mempercepat penyembuhan.

Kolaborasi

1. Kolaborasi
antibiotik, *jika perlu*

pemberian

Kolaborasi

1. Untuk menghindari resiko
infeksi

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri, ditandai dengan : DS : • Pasien mengeluh sulit tidur • Mengeluh tidur tidak nyenyak • Mengeluh sering terjaga pada malam hari. • Mengeluh tidur 5 jam DO : • Pasien tampak lemas	<i>Pola Tidur (L.05045)</i> Setelah dilakukan rencana keperawatan selama 2 x 24 jam maka Pola Tidur membaik dengan kriteria hasil : • Keluhan sulit tidur menurun • Keluhan sering terjaga menurun • Keluhan tidak puas tidur menurun	<i>Dukungan tidur (I.05174)</i> Observasi 3. Identifikasi pola aktivitas dan tidur. 4. Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) Terapeutik 4. Modifikasi Lingkungan (misnya pencahayaan, kebisingan suhu,matras dan tempat tidur) 5. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur – terjaga. Edukasi 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur .	Observasi 3. Untuk mengetahui pola tidur 4. Untuk menghindari faktor pengganggu tidur. Terapeutik 4. Membantu agar pasien dapat tidur dengan nyenyak dalam keadaan tenang. 5. Agar tidak mengganggu jam tidur pasien. Edukasi 3. Agar pola tidur membaik
--	--	---	--

5. Proses Keperawatan

Nama : Sdr.R

Diagnosa : Post Apendiktomi

Umur : 18 Tahun

No. RM : 00.27.17.28

Tabel 3.6

Proses Keperawatan

No DX	Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1.	Selasa, 31/05/2022 Pukul 12.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi respon nyeri non-verbal. 3. Mengobservasi TTV. 4. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam, dan distraksi. 5. Memberikan penkes manajemen nyeri. 5. Berkolaborasi pemberian ketorolac	S : • Pasien mengatakan nyeri di perut bagian kanan bawah • Nyeri bertambah apabila bergerak dan berkurang apabila diistirahatkan • Nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam • Nyeri terus menerus • Nyeri tidak menyebar O : • Skala nyeri 5 (0-10)	Puri Andansari

30 mg.

- Pasien tampak meringis
- TTV :
TD : 100/70 mmHg
HR : 70x/m
RR : 20x/m
S : 36,5°C
- Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi dengan mengajak ngobrol

A : Nyeri akut belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

- | | | | | |
|----|----------------------------------|--|--|----------------|
| 2. | Selasa,31/05/2022
Pukul 12.15 | <ol style="list-style-type: none">1. Memonitor karakteristik luka2. Memonitor tanda-tanda infeksi.3. Melakukan perawatan luka dengan teknik steril4. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri5. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi6. Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalsium dan protein7. Berkolaborasi memberikan metronidazole 500 mg | <p>S : Pasien mengeluh nyeri.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">• Panjang luka ± 8 cm, tidak berbau• Tidak terdapat rembesan darah• Luka tampak basah• Tidak ada kemerahan• Tidak ada tanda-tanda infeksi• Perban diganti dengan yang baru• Klien tampak memahami cara perawatan luka mandiri | Puri Andansari |
|----|----------------------------------|--|--|----------------|

- Skala nyeri 5 (0-10)

A : Gangguan integritas jaringan belum teratasi

P : lanjutkan intervensi

3. Selasa,
31/05/2022
Pukul 12.30

1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur.
2. Mengidentifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)
3. Memodifikasi Lingkungan (misnya pencahayaan, kebisingan suhu, matras dan tempat tidur)
4. Menyesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga.
5. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.

S :

- Pasien mengatakan kurang tidur dan sering terjaga pada malam hari
- Pasien mengeluh sulit tidur karena nyeri, tidur $\pm$ 5 jam
- Pasien mengatakan tidak mengonsumsi makanan/minuman yang membuat sulit tidur

O :

- Lingkungan pasien terlihat nyaman
- Pasien tampak lemas

A : Gangguan pola tidur belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

Puri Andansari

6. Catatan Perkembangan

Nama : Sdr.R
Umur : 18 Tahun
Tanggal : 01/06/22

Tabel 3.7

Catatan Perkembangan hari ke-2 Post Operasi

No	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	08.30	S : Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang O : • Skala nyeri 3 (0-10) • Masih tampak meringis • TTV : TD : 110/80 mmHg HR : 76x/m RR : 20x/m S : 36,7°C A : Nyeri akut teratasi sebagian P : • Monitor TTV • Observasi nyeri • Ajarkan teknik relaksasi distraksi • Berikan analgetik I : • Memonitor TTV Hasil : TD : 110/80 mmHg HR : 74x/m RR : 20x/m	Puri Andansari

S : 36,6°C

- Mengobservasi nyeri
- Mengajarkan teknik relaksasi distraksi
- Memberikan ketorolac 30 mg

E :

- Pasien mengatakan nyeri berkurang
- Menyarankan untuk melakukan teknik nafas dalam apabila terasa sakit.

2. 08.40

S : Pasien mengatakan nyeri berkurang Puri Andansari

O :

- Panjang luka ±8 cm
- Keadaan luka masih basah
- Tidak ada kemerahan
- Tidak ada rembesan darah
- Tidak ada tanda-tanda infeksi
- Skala nyeri 3 (0-10)

A : Gangguan integritas kulit teratasi sebagian

P :

- Lakukan perawatan luka dengan teknik aseptik/steril
- Observasi luka
- Monitor tanda-tanda infeksi
- Berikan antibiotik

I :

- Melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik
- Mengobservasi luka
- Memonitor tanda-tanda infeksi
- Berkolaborasi memberikan

metronidazole 500 mg

E :

- Panjang luka ± 8 cm
- Keadaan luka basah
- Tidak ada kemerahan
- Tidak ada rembesan darah
- Tidak ada tanda-tanda infeksi
- Skala nyeri 3 (0-10)

3. 09.00

S :

Puri Andansari

- Pasien mengatakan sudah bisa tidur
- Pasien mengatakan tidur masih kurang nyenyak
- Jam tidur malam 6 jam

O :

- Pasien masih tampak lemas
- Keadaan pasien lebih baik dari kemarin

A : Gangguan pola tidur teratasi sebagian

P :

- Observasi pola tidur
- Berikan lingkungan yang nyaman

I :

- Mengobservasi pola tidur
- Memberikan lingkungan yang nyaman dengan membatasi pengunjung serta waktu berkunjung

E :

- Pasien masih mengeluh tidur kurang nyenyak
- Jam tidur 6 jam

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama : Sdr.R

Umur : 18 Tahun

Tanggal : 02/06/22

Tabel 3.8
Catatan Perkembangan hari ke-3

No	Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1.	14.10	S : Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang O : • Skala nyeri 1 (0-10) • Pasien tampak lebih tenang • TTV : - TD : 110/80 mmHg - HR : 79x/m - RR : 20x/m - S : 36,2°C A : Nyeri akut teratasi P : Pasien pulang	Puri Andansari
2.	14.20	S : Pasien mengatakan nyeri berkurang O : • Panjang luka ±8 cm • Keadaan luka tampak kering • Tidak ada kemerahan • Tidak ada rembesan darah • Tidak ada bau • Tidak ada tanda-tanda infeksi • Skala nyeri 1 (0-10) A : Gangguan integritas kulit teratasi P : Pasien pulang	Puri Andansari
3.	14.27	S : Pasien mengatakan tidur malam nyenyak O : • Pasien tampak lebih segar	Puri Andansari

- Frekuensi tidur 8 jam

A : Gangguan pola tidur teratasi

P : Pasien pulang

B. PEMBAHASAN

Penulis telah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Sdr.R dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Post Operasi Apendiktomi hari ke-1 Di Ruang Edelweiss RSUD Bayu Asih Purwakarta. Asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Sdr. R secara komprehensif dengan proses keperawatan dan ada beberapa tahap yang telah dilakukan penulis. Pembahasan ini meliputi semua tahapan proses keperawatan yaitu mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Tahap Pengkajian

Pengkajian terdiri dari pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya tanda-tanda vital, wawancara pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik) dan informasi riwayat pasien pada rekam medik. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan resiko (area perawat dapat mencegah atau potensi masalah yang dapat ditunda (Herdman & Shigemi Kamitsuru 2015)).

Pada pengkajian umum didapatkan pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kanan bawah bekas luka operasi apendiktomi. Nyeri

bertambah banyak bergerak, dan berkurang apabila diistirahatkan. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri hanya terasa pada bagian luka saja dan tidak menyebar, pasien tampak meringis. Skala nyeri 5 (0-10). Nyeri terasa secara terus-menerus. Apendiktomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks untuk menurunkan resiko perforasi (Smeltzer, 2013). Indikasi dilakukannya apendiktomi karena pasien mengalami apendisitis akut. Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering (Smeltzer & Bare, 2013). Pola kebiasaan makan-makanan yang rendah serat dan pengaruh konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Hal itu dapat mempermudah timbulnya apendisitis akut (Suddarth, 2014). Pada saat pengkajian ditemukan bahwa pasien sering makan-makanan yang pedas dan jarang mengonsumsi makanan yang berserat, hal ini menjadi salah satu penyebab pasien mengalami apendisitis dan segera dilakukan pembedahan apendiktomi.

Penulis juga menemukan adanya luka post operasi apendiktomi ±8 cm, Keadaan luka masih basah, Tidak ada kemerahan, tidak ada rembesan darah, tidak berbau, Skala nyeri 5 (0-10), tidak ada tanda-tanda infeksi. Komplikasi setelah pembedahan apendiktomi adalah, infeksi pada luka, abses, perlengketan usus, dan komplikasi lainnya (Muttaqin dalam Elma, 2018). Sehingga perlu dilakukan perawatan pada luka post

operasi untuk menghindari komplikasi. Penulis juga menemukan penyimpangan pada pola tidur pasien. Pasien mengeluh sulit tidur dan sering terjaga pada malam hari, frekuensi tidur pasien 5 jam dan mengatakan tidur tidak nyenyak karena nyeri.

Pada pengkajian fisik didapatkan pasien terpasang kateter no.18, urine berwarna kuning dengan volume 500 ml/hari. Pemasangan kateter pada Sdr. R dilakukan karena saat pembedahan klien di anastesi sehingga pasien tidak sadar. Dibawah reaksi obat bius atau ada kelainan pada sistem perkemihan tindakan pengosongan kandung kemih dilakukan dengan pemasangan kateter (Majid dkk, 2011). Menurut Hidayat 2011, katerisasi sementara diindikasikan pada pasien yang tidak dapat berkemih selama 8-12 jam setelah operasi, retensi urine akut setelah trauma uretra, tidak mampu berkemih akibat obat sedatif, cedera pada tulang belakang, degre neumuskular secara progresif dan pengeluaran urine residual.

Pada asuhan keperawatan ini juga dilakukan pemberian terapi obat sesuai yang diresepkan oleh dokter diantaranya, pemberian cairan infus futrolit 20 tpm 500 ml/8 jam. Infus dilakukan untuk menggantikan cairan yang hilang akibat tindakan operasi. Indikasi infus adalah menggantikan cairan yang hilang akibat perdarahan, dehidrasi karena panas atau akibat suatu penyakit, kehilangan plasma akibat luka bakar yang luas (Ariningrum, 2018). Futrolit adalah sediaan infus yang digunakan untuk membantu mengatasi kebutuhan karbohidrat, cairan, dan elektrolit pada

masa sebelum, selama dan sesudah operasi. Futrolit juga digunakan untuk membantu mengatasi dehidrasi isotonik (kondisi dimana tubuh kehilangan banyak air dan juga natrium dengan kadar yang sama). Pemberian obat analgetik yaitu ketorolac dengan dosis 3 x 30 mg melalui selang infus untuk mengatasi nyeri. Ketorolac adalah obat untuk meredakan nyeri sedang hingga berat. Obat ini sering digunakan setelah operasi atau prosedur medis yang bisa menyebabkan nyeri. Pemberian ranitidine 2 x 1 ampule melalui selang infus untuk mengurangi mual akibat anastesi. Indikasi ranitidin untuk dewasa adalah untuk eradikasi infeksi *H. pylori*, tukak lambung dan duodenal, dispepsia, GERD, esofagitis erosif, kondisi hipersekresi, stress ulcer, serta profilaksis aspirasi asam lambung sebelum anastesi umum. Pemberian metronidazole 3 x 500 mg melalui infusan. Metro nidazole merupakan obat antibiotik. karena luka operasi memiliki resiko infeksi yang tinggi sehingga perlu diberikan terapi antibiotik (Kanji dan devlin, 2008).

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukannya pengkajian dari hasil wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik, didapatkan data subjektif dan data objektif dilanjutkan pada tahap diagnosa keperawatan, tahap diagnosa keperawatan ini didapatkan dari hasil analisa data, namun diagnosa keperawatan yang memungkinkan muncul pada teori tidak semua ditegakkan. Diagnosa keperawatan yang biasa muncul pada klien Post op apendiktomi adalah :

- f. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi). Yang ditandai dengan, mengeluh nyeri,tampak meringis, bersikap proaktif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, menarik diri, nafsu makan berubah, berfokus pada diri sendiri, diaforesis (PPNI, 2017)
- g. Defisit nutrisi berhubungan dengan mual muntah. Yang ditandai dengan, cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun, berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat (PPNI, 2017).
- h. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan diskontinuitas jaringan. Yang ditandai dengan, kerusakan jaringan, nyeri, kemerahan, hematoma, pendarahan (PPNI, 2017).
- i. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive. Adapun faktor risikonya yaitu, efek prosedur Invasif, malnutrisi, penyakit kronis,peningkatan paparan organisme patogen lain, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (PPNI, 2017).
- j. Gangguan pola tidur berhubungan dengan adanya nyeri. Yang ditandai dengan, mengeluh sulit tidur, engelah sering terjaga, engelah tidak puas tidur, mengeluh istirahat tidak cukup, mengeluh pola tidur berubah (PPNI, 2017).

Sedangkan pada kasus nyata diagnosa yang penulis temukan pada pasien Sdr. R yang sesuai dengan teori antara lain :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi) (PPNI, 2017). Penulis mengangkat masalah ini karena pada saat pengkajian didapatkan pasien mengeluh nyeri pada perut bagian kanan bawah bekas luka operasi apendiktomi. Nyeri bertambah bila banyak bergerak, dan berkurang apabila diistirahatkan. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk benda tajam, nyeri hanya terasa pada bagian luka saja dan tidak menyebar, pasien tampak meringis. Skala nyeri 5 (0-10). Nyeri terasa secara terus-menerus.
- b. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan diskontinuitas jaringan (PPNI, 2017). Masalah ini diangkat karena pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri dan terdapat luka bekas operasi $\pm$ 8 cm.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri (PPNI, 2017). Masalah ini diangkat karena pada saat pengkajian pasien mengeluh sulit tidur, tidur tidak nyenyak, sering terjaga pada malam hari.

3. Tahap Perencanaan

Pada tahap perencanaan ini penulis merencanakan sesuai diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dan tahap ini terdapat tujuan sesuai intervensi yang akan dilakukan dan tiap intervensi harus dengan rasional. Tahap perencanaan ini untuk mengatasi masalah yang ada pada pasien yang akan diaplikasikan pada pasien ataupun melibatkan keluarga.

Dalam menangani masalah nyeri akut dirumuskan perencanaan yaitu, Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri untuk mengetahui perkembangan dan tanda-tanda nyeri yang dirasakan pasien. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi untuk menurunkan ketegangan otot, sendi, dan melancarkan peredaran darah sehingga nyeri berkurang. Berikan penkes manajemen nyeri agar pasien mengetahui cara mengontrol nyeri. Berikan analgetik untuk mengurangi rasa nyeri. Identifikasi reaksi nyeri nonverbal untuk mengetahui tingkat kenyamanan pasien. Observasi TTV untuk mengetahui keadaan umum pasien. (Tim Pokja DPP SIKI PPNI, 2018).

Untuk masalah gangguan integritas jaringan intervensi yang akan dilakukan yaitu, Monitor karakteristik luka (misalnya drainase, warna, ukuran, bau) untuk mengetahui kondisi luka pasien. Monitor tanda-tanda infeksi untuk menghindari komplikasi. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan untuk melihat keadaan luka. Bersihkan luka dengan cairan NaCl agar luka tetap bersih dan mempercepat penyembuhan. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka untuk mencegah resiko infeksi. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase menjaga luka tetap kering dan steril. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri agar dapat melakukan perawatan luka dengan baik di rumah. Jelaskan tanda dan gejala infeksi untuk meningkatkan pengetahuan pasien mengenai tanda gejala infeksi. Anjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalium dan protein untuk mempercepat penyembuhan. Kolaborasi pemberian

antibiotik untuk menghindari resiko infeksi (Tim Pokja DPP SIKI PPNI, 2018).

Dalam menangani gangguan pola tidur perencanaan yang akan dilakukan yaitu, ciptakan lingkungan yang nyaman untuk membantu agar klien dapat tidur dengan nyenyak dalam keadaan tenang. Observasi pola tidur yaitu untuk mengetahui pola tidur yang dialami pasien. Identifikasi faktor pengganggu tidur untuk menghindari faktor pengganggu tidur. Sesuaikan jadwal pemberian obat agar tidak mengganggu jadwal tidur pasien. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang menyebabkan sulit tidur agar pola tidur membaik. (Tim Pokja DPP SIKI PPNI, 2018).

4. Tahap Pelaksanaan

Tahap implementasi merupakan aplikasi dari perencanaan, implementasi ini dilakukan oleh perawat atau mengikutsertakan keluarga dan kolaborasi dengan para medis yang lain, pelaksanaan ini untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan dasar manusia yang belum terpenuhi. Penulis tidak mendapat hambatan karena pasien dan keluarga pasien kooperatif saat menjalani masa perawatan dan sebagai sumber informasi masalah pasien. Maka dari itu perencanaan yang sudah dirumuskan penulis berjalan sesuai yang sudah dijadwalkan.

5. Tahap Evaluasi

Tahap evaluasi ini dilakukan setelah tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan, dan pada dasarnya penulis dapat melaksanakan

dengan semaksimal mungkin. Evaluasi dilakukan dengan observasi dan wawancara kepada keluarga, perawat ataupun pertanyaan langsung kepada pasien, adapun hasil evaluasi antara lain :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Sdr. R selama 3 hari masalah nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi) dapat teratasi dengan hasil yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yaitu, keluhan nyeri menurun dari skala 5 menjadi 1, meringis menurun ditandai dengan pasien tampak tenang, tekanan darah membaik dari 100/70 mmHg menjadi 110/80 mmHg. Frekuensi nadi membaik. Mampu mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi distraksi yang telah diajarkan.

Pada masalah gangguan integritas jaringan yang berhubungan dengan diskontinuitas jaringan dapat teratasi dengan tujuan dan kriteria hasil seperti, kerusakan integritas jaringan menurun dan nyeri menurun. Serta menunjukkan proses penyembuhan luka telah kering. Gangguan integritas jaringan teratasi dibuktikan dengan luka mulai mengering, tidak ada kemerahan, nyeri berkurang dari skala 5 menjadi 1. Proses penyembuhan luka fase pertama, penyembuhan luka selama 3 hari, setelah pembedahan. Pada fase ini terjadi penumpukan benang-benang fibrin dan membentuk gumpalan yang mengisi luka dan pembuluh darah yang terputus. Leukosit mulai mencerna bakteri dan jaringan yang rusak. Fase ke dua, berlangsung selama 3-14 hari, setelah setelah pembedahan.

Leukosit mulai berkurang dan luka insisi yang kemudian berisi kolagen yang kemudian menunjang luka dan membaik pada hari ke-6 dan ke-7 serta jahitan boleh diangkat. Fase ketiga berlangsung pada minggu ke-2 sampai ke-6, kolagen terus tumbuh dan menekan pembuluh darah, sehingga suplai darah ke daerah luka mulai berkurang. Fase keempat, berlangsung beberapa bulan setelah pembedahan kolagen tetap ditimbun dan luka semakin mengecil. Tegang serta timbul rasa gatal di sekitar luka (Sjamsuhidayat, 2017).

Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan nyeri dapat juga teratasi sesuai dengan tujuan yaitu, keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun. Gangguan pola tidur sudah teratasi karena pasien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak dan pola tidur sudah normal. Tahapan tidur yang dialami yaitu, keadaan fisik lemah lunglai, dapat terjadi mimpi, denyut jantung dan pernafasan menurun 20%-30%, otot-otot relax, jarang bergerak dan sangat susah dibangunkan (Atoilah, 2013).

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada Sdr. R dengan post op apendiktomi pada tanggal 31 Mei 2022, sampai dengan 2 Juni 2022, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian komprehensif pada pasien post op apendiktomi dengan menggunakan komunikasi terapeutik dan terkumpul data-data sehingga masalah-masalah dapat ditemukan. Adapun data yang ditemukan antara lain, adanya nyeri pada luka post apendiktomi di sebelah kanan bawah perut dengan skala nyeri 5 (0-10), terdapat kerusakan integritas jaringan karena luka operasi, serta pasien mengatakan sulit tidur karena adanya nyeri. Penulis mampu merumuskan masalah keperawatan yang timbul pada pasien post op apendiktomi berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul diantaranya, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi), Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan diskontinuitas jaringan, dan gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri.

3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan dengan berdasarkan prioritas masalah yang telah disusun dengan melibatkan perawat ruangan, pembimbing, dan peran serta pasien.

Rencana tindakan pada diagnosa pertama yaitu, Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi. Berikan analgetik. Identifikasi reaksi nonverbal. Observasi TTV. Lakukan penkes tentang manajemen nyeri.

Rencana tindakan pada diagnosa yang kedua yaitu monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau). Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur. Monitor tanda-tanda infeksi. Lakukan perawatan luka. Pertahankan teknik steril saat perawatan luka. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. Kolaborasi pemberian antibiotik.

Rencana tindakan pada diagnosa yang ketiga yaitu, ciptakan lingkungan yang nyaman. Observasi pola tidur. Identifikasi faktor pengganggu tidur. Sesuaikan jadwal pemberian obat agar tidak mengganggu jadwal tidur pasien. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang menyebabkan sulit tidur. (Tim Pokja DPP SIKI PPNI, 2018).

4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan melalui metode asuhan keperawatan secara langsung.

Tindakan keperawatan pada diagnosa yang pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Mengajarkan teknik relaksasi dan distraksi. Memberikan analgetik keterolac 30 mg. Mengidentifikasi reaksi nonverbal. Mengobservasi TTV. Melakukan penkes tentang manajemen nyeri.

Tindakan keperawatan pada diagnosa yang kedua yaitu memonitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau). Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur. Memonitor tanda-tanda infeksi. Melakukan perawatan luka dengan teknik aseptik. Mempertahankan teknik steril. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri. Memberikan antibiotik metronidazole 500 mg.

Tindakan keperawatan pada diagnosa yang ketiga yaitu, menciptakan lingkungan yang nyaman. Mengobservasi pola tidur. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Menyesuaikan jadwal pemberian obat agar tidak mengganggu jadwal tidur pasien. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang menyebabkan sulit tidur.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi tindakan keperawatan berdasarkan kriteria dan tujuan yang dapat diukur dalam rencana keperawatan. Diagnosa nyeri akut dapat teratasi. Gangguan integritas jaringan yang berhubungan diskontinuitas jaringan dapat teratasi. Gangguan pola tidur yang berhubungan dengan nyeri dapat teratasi.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan hendaknya di pandang menyeluruh baik melalui aspek bio-psiko-sosial-spiritual, agar dapat menentukan masalah baik aktual maupun potensial. Dan lebih meningkatkan kemampuan melakukan asuhan keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Untuk meningkatkan dan melengkapi literatur atau buku-buku sumber khususnya yang berkaitan dengan materi yang diujikan disertai dengan teori-teori asuhan keperawatan pada semua sistem.

3. Bagi Tempat Pelayanan

Peningkatan ilmu pendidikan dan keterampilan di bidang keperawatan perlu ditingkatkan untuk meningkatkan kualitas mutu pelayanan kesehatan dan kesembuhan pasien. Adanya interaksi secara terapeutik dan melakukan tindakan sesuai prosedur perlu dikembangkan oleh perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Atoilah, E. M, & Kusnadi, E. (2013). *Askep Pada Klien Dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia*. Garut: IN MEDIA.
- Brunner, & Suddarth. (2014). *Keperawatan Medikal-Bedah (12th ed.)*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Decaprio, M. (2022). *Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dengan Post Appendectomy Di Ruang Cempaka 2 Rsud Sleman Yogyakarta*. Skripsi thesis, Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Retrieved : <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/8787/>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2018). *Badan Litbangkes Kementerian Kesehatan RI dan Data Penduduk Sasaran, Pusdatin Kementerian Kesehatan RI Tahun 2018*. Jakarta : KemenKes RI
- Doenges, E. Marlyn. (2015). *Manual Diagnosis Keperawatan : Rencana, Intervensi, & Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Farhan, Z, & Ratnasari, D. (2019). *Perioperatif*. Bandung : Manggu Makmur Tanjung Lestari.
- Fransisca, C., Gotra, I., & Mahastuti, N. (2019). Karakteristik Pasien Gambaran Histopatologi Apendisitis Di Rsup Sanglah Denpasar Tahun 2015 - 2017. *E-Jurnal Medika Udayana*, 8(7). Retrieved from <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/51783>
- Mardalena, I., 2018. *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Nurarif, Amin, Huda & Kusuma, Hardhi. (2015). *Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*. Yogyakarta : Mediacion Publishing.
- Rohmah, Nikmatur dan Saiful Walid. 2014. *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Sjamsuhidajat R, de Jong W, Editors. *Buku Ajar Ilmu Bedah Sjamsuhidajat-De Jong. Sistem Organ dan Tindak Bedahnya (2)*. 4th Ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2017.
- Smeltzer, S. C & Barre, B. G. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth, Edisi 8*. Jakarta: EGC.

- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1*, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia
- Warsinggih. (2016). Appendicitis Acute. Diakses pada tanggal 1 Oktober 2019. <https://med.unhas.ac.id/kedokteran/en/wp-content/uploads/2016/10/APPE-DISITIS-AKUT.pdf>
- Wainsani, S., & Khoiriyah, K. (2020). *Penurunan Intensitas Skala Nyeri Pasien Appendiks Post Appendiktomi Menggunakan Teknik Relaksasi Benson*. Ners Muda, 1(1), 68. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5488>

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

MANAJEMEN NYERI



Disusun Oleh :

Puri Andansari

KHGA 19032

3A DIII KEPERAWATAN

YAYASAN DHARMA HUSADA INSANI

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

KARSA HUSADA GARUT

2021/2022

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Diagnosa Keperawatan : Nyeri aku b/d agen pencedera fisik (prosedur operasi)
Topik : Manajemen Nyeri
Sasaran : Pasien post operasi
Tempat : Kamar 1 ruang Edelweiss RSUD Bayu Asih
Purwakarta
Tanggal : Selasa, 31 Mei 2022
Jam : 09.00 WIB s.d Selesai
Waktu : 15 Menit
Pemateri : Mahasiswa

A. Tujuan

1. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan mengenai manajemen nyeri diharapkan pasien dapat mengerti tentang manajemen nyeri pasien post operasi.

2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan ini selama 15 menit tentang manajemen nyeri, diharapkan pasien dapat Menjelaskan kembali tentang

a. Menyebutkan macam-macam cara mengatasi nyeri.

b. Menyebutkan hal-hal yang diperlukan dalam mengatasi nyeri.

- c. Mendemonstrasikan latihan relaksasi untuk mengatasi nyeri.

B. Materi Penyuluhan

1. Pengertian Nyeri
2. Macam-macam manajemen nyeri :
 - a. Farmakologis
 - b. Non farmakologis :
 - 1) Stimulasi dan pijatan
 - 2) Kompres air hangat dan air es
 - 3) Teknik distraksi
 - 4) Teknis relaksasi

C. Metode

- a. Penyuluhan
- b. Diskusi
- c. Tanya jawab

D. Media

- a. Leaflet
- b. Power point

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap Kegiatan	Waktu	Kegiatan penyuluhan
1.	Pembukaan	3 menit	1. Salam pembuka 2. Kontrak waktu 3. Menjelaskan tentang tujuan

- penyuluhan
4. Validasi atau memberikan pertanyaan awal tentang materi yang akan disampaikan.
2. Penyajian 5 menit Penyajian materi
 1. Pengertian nyeri
 2. Macam-macam manajemen nyeri
 - a. Farmakologis
 - b. Non farmakologis
 - 1) Stimulasi dan pijatan
 - 2) Kompres air hangat dan air es
 - 3) Teknik distraksi
 - 4) Teknik relaksasi
 3. Evaluasi 5 menit 1. Menyimpulkan materi yang telah diberikan
 2. Menanyakan pada pasien tentang hal-hal yang telah dijelaskan
 3. Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya
 5. Penutup 2 menit Salam penutup

F. Evaluasi

1. Struktur
 - a. Peserta mengikuti penyuluhan
 - b. Penyelenggaraan dilakukan ditempat yang sudah ditentukan
2. Proses penyuluhan

Peseta mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir dan aktif

3. Kriteria hasil

- a. Pasien dapat menyebutkan macam-macam cara mengatasi nyeri
- b. Pasien dapat mempraktekkan cara mengatasi nyeri.

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensoris subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan (Wardani, 2014)

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subyektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015).

B. Macam-macam Manajemen nyeri

1. Farmakologis

Obat-obatan untuk mengurangi nyeri secara cepat.

2. Non Farmakologis

a. Stimulasi dan pijatan

Pasien jauh lebih nyaman karena otot relaksasi, sensasi tidak nyeri memblokir menurunkan transmisi nyeri, menggosok kulit, punggung, bahu.

b. Kompres Es dan hangat

Es : Mengurangi peradangan, nyeri berkurang.

Hangat : Melancarkan aliran darah, nyeri berkurang.

c. Teknik Distraksi

Teknik Distraksi adalah mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri. Teknik distraksi menurut MC. Caffery, 1980 meliputi :

- 1) Bernafas lambat dan berirama
- 2) Menyanyi berirama
- 3) Mendengarkan musik
- 4) Mendorong untuk mengkhayal
- 5) Menonton TV

d. Relaksasi

Teknik relaksasi memberi individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidaknyaman atau nyeri, stres fisik dan emosi pada nyeri. Sejumlah teknik relaksasi dapat dilakukan untuk mengendalikan rasa nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem syaraf otonom. Teknik relaksasi dapat dilakukan dengan teknik nafas dalam :

- 1) Menarik nafas dalam
- 2) Keluarkan perlahan-lahan dan rasakan
- 3) Nafas beberapa kali dengan irama yang normal
- 4) Ulangi nafas dalam dengan konsentrasi pikiran

- 5) Setelah rileks, nafas pelan.

DAFTAR PUSTAKA

Atoilah, E. M, & Kusnadi, E. (2013). *Askep Pada Klien Dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia*. Garut: IN MEDIA.

Wardani (2014) Manajemen Nyeri Akut. Denpasar: FK Unud RSUP Sanglah.

Tetty, S. (2015) Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri. Jakarta: EGC

Manajemen Nyeri

Bagaimana cara
mengurangi
nyeri?

Puri Andan Sari
KHGA 19032

D3 Keperawatan
STIKes Karsa
Husada Garut

Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala ataupun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (Tetty, 2015).

Macam-macam Manajemen nyeri

1. Farmakologis/Obat

Obat-obatan untuk mengurangi nyeri secara cepat.

2. Non Farmakologis

a. Pijatan

Dengan cara menggosok kulit, punggung, bahu dapat mengurangi rasa nyeri.

Kompres Es dan hangat

Es : Menurunkan peradangan,
mengurangi nyeri.

Hangat : Melancarkan aliran
darah, nyeri berkurang.

Cara mengalihkan rasa nyeri

1. Bernafas lambat dan berirama
2. Menyanyi berirama
3. Mendengarkan musik
4. Mendorong untuk mengkhayal
5. Menonton TV

Teknik Nafas Dalam

- 1) Menarik nafas dalam
- 2) Keluarkan perlahan-lahan dan rasakan
- 3) Nafas beberapa kali dengan irama yang normal
- 4) Ulangi nafas dalam dengan konsentrasi pikiran
- 5) Setelah rileks, nafas pelan.

Sumber

Atoilah, E. M, & Kusnadi, E. (2013). *Askep Pada Klien Dengan Gangguan Kebutuhan Dasar Manusia*. Garut: IN MEDIA.

**Thank
You**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas

Nama : Puri Andansari

Jenis kelamin : Perempuan

Agama : Islam

Tempat, tanggal lahir : Garut, 26 Juni 2001

Status marital : Belum Menikah

Alamat : Kp. Dunguscili RT/RW 02/06 Desa Cipicung Kec.
Banyuresmi Garut.

2. Riwayat pendidikan

- a. SDIT Al-Fadhil : 2007-2013
- b. MTs Negeri 1 Garut : 2014 -2016
- c. SMA Negeri 11 Garut : 2017-2019
- d. STIKes Karsa Husada garut : 2019 -2022

Demikian daftar riwayat hidup ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Garut, juli 2022

Puri Andansari