

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Sdr. S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS POST OPERASI APENDIKTOMI DI RUANG  
DAHLIA RS BRAWIJAYA TK III  
SURABAYA**



Di susun oleh :

**ILDA EVRIL NURLINA**  
**NIM : 1902061**

**PROGRAM STUDI D3-KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO  
2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Sdr.S DENGAN  
DIAGNOSA MEDIS POST OPERASI APENDIKTOMI DI RUANG  
DAHLIA RS BRAWIJAYA TK III  
SURABAYA**

**Sebagai Prasyarat untuk Memperoleh Gelar  
Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)  
Di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**



Oleh :

**ILDA EVRIL NURLINA**  
**NIM. 1902061**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA  
SIDOARJO  
2020**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ILDA EVRIL NURLINA

NIM : 1902061

Tempat,Tanggal Lahir: Surabaya, 14 April 1998

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul “**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Sdr.S DENGAN DIAGNOSA MEDIS POST OPERASI APENDIKTOMI DI RUANG DAHLIA RUMAH SAKIT BRAWIJAYA TK.III SURABAYA**” adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kuipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pertanyaan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Surabaya, 13 Februari 2020

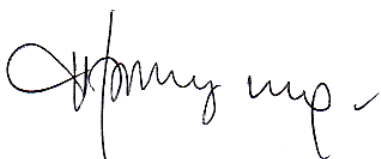


Ilda Evril Nurlina

NIM : 1902061

Mengetahui

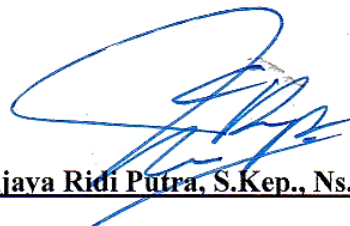
Pembimbing I



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

Pembimbing II



Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep., Ns., MNS

NIDN. 0731108603

## LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : ILDA EVRIL NURLINA

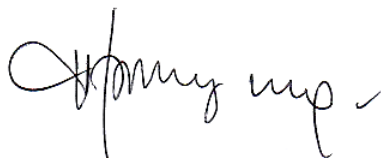
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Sdr.S Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Apendiktomi

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada tanggal :  
13 Februari 2020

Oleh :

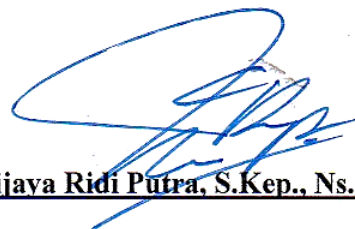
Pembimbing I

Pembimbing II



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801



Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep., Ns., MNS

NIDN. 0731108603

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

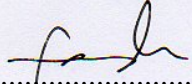
## LEMBAR PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Dewan Penguji pada Sidang Karya Tulis Ilmiah di Program Khusus Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal : 13 Februari 2020

### DEWAN PENGUJI

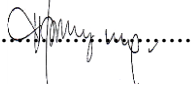
Ketua : FAIDA ANNISA, S.Kep., Ns., MNS

(..........)

Anggota : 1. KUSUMA WIJAYA RIDI PUTRA, S.Kep., Ns., MNS

(..........)

2. AGUS SULISTYOWATI, S.Kep., Ns., M.Kes

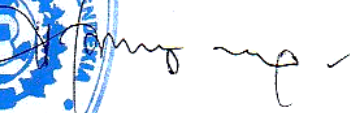
(..........)

Mengetahui

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo



  
Agus Sulistyowati, S.Kep., M.Kes

NIDN. 0703087801

## MOTTO

Lebih baik sekarang  
merasakan sulitnya pendidikan  
dari pada rasa pahit nya kebodohan kelak ...

Jangan pernah puas  
dengan yang anda miliki saat ini  
karna suatu saat percayalah  
anda bisa lebih memiliki sesuatu  
yang lebih baik dari sekarang

## KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur Dipanjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Sdr.S Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Apendiktomi”** ini tepat waktu sebagai persyaratan Akademik dalam menyelesaikan Program Khusus Diploma III Keperawatan di Akademi Kerta Cendekia Sidoarjo.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulisan mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang senantiasa memberikan anugerah-Nya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik
2. Keluarga tercinta, terutama Bapak Yudi Setiyono dan Ibu Soeherlin selaku orang tua yang selalu mendukung, menemani, menasehati, mendoakan dan memberikan pengorbanan baik berupa spiritual maupun material yang tk terhingga nilainya, memberikn dorongan dan semangat penuh dalam menyelesaikan studi hingga selesai sehingga semua berjalan lancar.
3. Ibu Agus Sulityowati, S.Kep., M.Kes, selaku Ketua Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo dan pembimbing yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan Tugas Akhir ini.
4. Ibu Faida Annisa, S.Kep., Ns., MNS, selaku Ketua Kaprodi Studi Diploma III Keperawatan dan Ketua Penguji yang telah memberikan kesempatan untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini dan dengan tulus ikhlas memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan dalam penyelesaian Tugas Akhir ini.
5. Bapak Kusuma Wijaya Ridi Putra, S.Kep., Ns., MNS, selaku Penguji 1 yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan bimbingna dalam penyusunan dalam penyelesaian Tugas Akhir ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Kerta Cendeki Sidoarjo, yang telah memberikan bekal bagi kami penulis melalui materi–materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan tesis ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisnya.

7. Kepala Rumah Sakit Brawijaya Tingkat III Surabaya yang telah memberikan kami untuk melakukan penelitian.
8. Sahabat – sahabat seperjuangan serta saudara – saudara tersayang dalam naungan Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah memberikan dorongan semangat sehingga KTI dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan terima kasih dan hubungan persahabatan tetap berjalain.
9. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Kami hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Tugas Akhir ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa KTI ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulisan harapan, akhirnya penulis berhrap, semoga KTI ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bahi Civitas Kerta Cendekia Sidoarjo.

Sidoarjo, 13 Februari 2020



ILDA EVRIL NURLINA



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>SURAT PERNYATAAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>v</b>
<b>MOTTO .....</b>	<b>vi</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
1.5 Metode Penelitian .....	6
1.6 Penulisan dan Pengumpulan Data.....	7
1.7 Sistematika Penulisan .....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>11</b>
2.1 Konsep Dasar Apendisitis .....	11
2.1.1 Definisi Apendisitis.....	11

2.1.2 Jenis Apendisitis.....	11
2.1.3 Etiologi atau Penyebab.....	12
2.1.4 Patofisiologi.....	13
2.1.5 Pathway .....	15
2.1.6 Manifestasi Klinis.....	16
2.1.7 Komplikasi Apendisitis .....	16
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang.....	16
2.1.9 Penata Pelaksanaan Apendisitis.....	17
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan pasien dengan apendisitis.....	19
2.2.1 Pengkajian .....	19
2.2.2 Pola Fungsi Kesehatan.....	24
2.2.3 Pemeriksaan Fisik.....	28
2.2.4 Diagnosa Keperawatan.....	30
2.2.5 Intervensi Keperawatan .....	31
2.2.6 Implementasi Keperawatan .....	39
2.2.7 Evaluasi Keperawatan .....	39
<b>BAB III TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>41</b>
3.1 Pengkajian Keperawatan.....	41
3.2 Analisa data.....	55
3.3 Rencana keperawatan.....	57
3.4 Intervensi keperawatan.....	59
3.5 Evaluasi.....	67
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>72</b>
4.1 Pengkajian.....	72
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	73
4.3 Intervensi Keperawatan.....	74
4.4 Implementasi Keperawatan.....	75
4.5 Evaluasi Keperawatan.....	76

<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>77</b>
5.1 Kesimpulan .....	77
5.1.1 Pengkajian Keperawatan.....	77
5.1.2 Diagnosa Keperawatan.....	78
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	78
5.1.4 Implementasi Keperawatan.....	78
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	80
5.2 Saran.....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Apendisitis.....	12
Gambar 3.1 Genogram.....	43

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium .....	53
Tabel 3.2 Analisa Data.....	55
Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan.....	57
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....	59
Tabel 3.5 Evaluasi Keperawatan.....	67

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Apendiksitis merupakan kasus bedah gawat darurat pada bagian abdomen karena adanya peradangan apendiks vermiformis yang menjadi salah satu penyebab pasien mengalami abdomen akut. Istilah apendisitis di kalangan masyarakat sering disebut sebagai usus buntu padahal apendisitis adalah sekum (Wijaya&Putri, 2013). Apendisitis juga dikenal sebagai penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering ditemukan dan memerlukan tindakan bedah mayor segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Sandy, 2010).

Berdasarkan data *World Health Organization*(WHO)2014, di beberapa negara berkembang seperti di negara Singapura memiliki pravelensi *apendisitis* yang tinggi yaitu berjumlah 15% terjadi pada anak-anak, 16,5% pada dewasa, Thailand 7% terjadi pada anak dan 10% pada dewasa, dan dibagian negara maju seperti Amerika Serikat berjumlah 7% penderita apendisitis dan terdapat lebih dari 200.000 apendiktomi dilakukan di Amerika Serikat setiap tahunnya, sedangkan di Indonesia yang memiliki *apendisitis* cukup tinggi terlihat dengan adanya peningkatan jumlah pasien dari tahun ketahun. Berdasarkan data yang diperoleh dari (Depkes, 2016), kasus apendisitis pada tahun 2016 sebanyak 65.755 orang dan pada tahun 2017 jumlah pasien apendisitis sebanyak 75.601 orang. Dinkes Jawa Timur

menyebutkan pada tahun 2017 jumlah kasus apendisitis di Jawa Timur sebanyak 5.980 penderita dan 177 penderita diantaranya menyebabkan kematian (Dinas Kesehatan, 2017). Angka kejadian penyakit apendisitis di Rumah Sakit Brawijaya TK.III Surabaya pada tahun 2017 jumlah kasus apendisitis sebanyak 86 orang dan pada tahun 2018 sebanyak 59 orang.

Gejala klinis apendiksitis biasanya adanya rasa nyeri dan tegangnya otot pada bagian umbilikus yang menjalar bagian bawah (Manuaba, 2007). Dan biasanya pasien merasakan mual, muntah dan nyeri tekan ada bagian perumbilikal, rasa sakit akan bertambah apabila pasien terlambat penanganannya usus dapat menjadi bengkak, busuk dan pecah (Wasis dan Yuli, 2008). Dampak nyeri pada pasien post op akan meningkat dan mempengaruhi penyembuhan nyeri. Kontrol nyeri yang penting setelah operasi, nyeri yang dapat dibebaskan mengurangi kecemasan, pernafasan yang lebih mudah dan dalam mobilitas dengan cepat. Pengkajian nyeri dan obat analgetik dapat mengurangi nyeri yang dirasakan (Faridah, 2015).

Penanganan terhadap orang yang mengidap penyakit apendisitis ini sangat bermacam - macam tergantung dari jenis apendisitis. Pada apendisitis akut dapat dilakukan pembedahan Apendiktomi Terbuka atau Laparoscopi. Pada era baru – baru ini terdpt teknik baru yang sekarang ini banyak digunakan untuk pengangkatan apendiks veriformis yang meradang, teknik tersebut adalah teknik Laparoscopi ini memiliki banyak keuntungan bagi

pasien yang ingin terapi pada kasus apendisitis akut ( Sjamsuhidajat, 2011 ). Pentalaksanaan nyeri biasanya digunakan manajemen secara farmakologi atau obat-obatan diantaranya yaitu analgesik, macam analgesik sendiri dibagi menjadi dua yaitu, analgesik ringan (aspirin atau salisilat, parasetamol, NSAID) dan analgesik kuat (morfin, petidin, metadon). Sedangkan tindakan secara non farmakologi yaitu berupa teknik distraksi (teknik distraksi visual, distraksi pendengaran, distraksi pernafasan, distraksi intelektual, imajinasi terbimbing) dan relaksasi (nafas dalam, pijatan, musik, dan aroma terapi) dan teknik stimulasi kulit. Teknik stimulasi kulit yang digunakan adalah kompres dingin atau kompres hangat. Tindakan paliatif harus dilakukan sebelum penggunaan obat-obatan, tinjauan lain selain lebih ekonomis adalah kontrol nyeri lebih adekuat dan tidak ada efek samping (Tamsuri, 2007).



## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas maka dapat di susun rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Operasi Apendiktomi Diagnosa Medis Apendisitis Akut di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya”

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Post Operasi Apendiktomi Diagnosa Medis Apendiksitis Akut di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

1.3.2.1 Melakukan Pengkajian pada pasien dengan Post Operasi Apendiktomi diagnosa medis Apendisitis Akut di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya.

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan yang mungkin terjadi pada pasien dengan Post Operasi Apendiktomi diagnosa medis Apendisitis akut di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya.

1.3.2.3 Menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan post operasi apendiktomi diagnosa medis apendisitis akut di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya.

1.3.2.4 Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan post operasi apendiktomi diagnosa medis apendisitis akut di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya.

1.3.2.5 Melakukan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien dengan post operasi apendiktomi diagnosa medis apendisitis akut di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya.

1.3.2.6 Melakukan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien dengan post operasi apendiktomi diagnosa medis apendisitis akut di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### 1.4.1 Bagi Penulis

Penulis dapat lebih mendalami materi dan menambah pengetahuan tentang gangguan sistem pencernaan khususnya tentang post operasi apendiktomi

##### 1.4.2 Pasien dan keluarga

Bagi pasien dapat bermanfaat untuk mempercepat pemulihan keadaan pasca operasi. Bagi keluarga dapat menambah pengetahuan tentang bagaimana menangani penyakit apendisitis.

##### 1.4.3 Institusi pendidikan

Menambah sarana bacaan dan menambah informasi bagi generasi mahasiswa keperawatan yang selanjutnya tentang asuhan keperawatan post operasi apendisitis.

#### 1.4.4 Institusi rumah sakit

Karya tulis ini sebagai bahan masukan bagi rumah sakit dan bagi petugas kesehatan dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post operasi apendiktomi saat melakukan tindakan perawatan.

### **1.5 Metode Penelitian**

#### 1.5.1 Rancangan Desain

Rancangan penelitian (desain) adalah suatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. (Nursalem, 2013). Istilah rancangan penelitian digunakan dalam dua hal, pertama: rancangan penelitian merupakan suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data, dan kedua: rancangan penelitian digunakan untuk mendefinisikan struktur penelitian yang akan di laksanakan (Smaltzer, 2012)

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian metode deskriptif (studi kasus) yang bertujuan untuk mendiskripsikan (memaparkan) peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masakini (Nursalam, 2013). Jenis rancangan penelitian studi kasus merupakan metode yang digunakan dalam pengumpulan data.

### 1.5.2 Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi yang terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling. (Nursalam, 2013).

Sampel dalam penelitian ini yaitu 1 pasien dengan post operasi apendiktomi diagnosa medis apendisitis akut di RS DKT Brawijaya Surabaya.

## **1.6 Metode Penulisan dan Pengumpulan Data**

### 1.6.1 Metode Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis menggunakan metode pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Mutaqin dan Sari, 2011).

1.6.2 Pengumpulan data dalam penelitian diambil secara pengkajian meliputi:

#### 1.6.2.1 Wawancara

Tanya jawab atau komunikasi secara langsung pada pasien dengan keluarga untuk menggali informasi tentang kasus apendisitis, komunikasi yang digunakan adalah komunikasi terapeutik seperti menanyakan tentang biodata pasien; meliputi nama, alamat, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, dan menanyakan tentang

keadaan kesehatan atau penyakit yang diderita mulai keluhan utama sampai yang dirasakan sekarang, dan menanyakan tentang penyakit keluarga pasien dsb. Seperti wawancara yang dilakukan terhadap pasien dengan metode menanyakan tentang faktor penyebab apendisitis, dan bagaimana mengenai pola makan.

#### 1.6.2.2 Observasi

Melakukan observasi langsung kepada pasien apendisitis dan juga mengamati yang terjadi pada pasien (Muttaqin dan sari, 2011)

Observasi dilakukan pada pasien apendisitis dengan mengetahui keadaan umumnya lemah dan keadaan jasmani dan rohaninya buruk.

#### 1.6.2.3 Dokumenter

Pengumpulan data dilakukan di RS Tingkat III Brawijaya Surabaya untuk mendapatkan data-data pasien dengan diagnosa medis apendisitis secara langsung yang didapatkan dari rekam medis untuk mengetahui tindakan selanjutnya terhadap pasien apendisitis atau di jadikan sumber analisis data pasien pada penelitian ini.

#### 1.6.2.4 Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan menggunakan empat cara yaitu inspeksi, palpasi,

auskultasi pada berbagai fungsi seluruh tubuh (*head to toe*), disertai dengan pemeriksaan fisik lainnya yaitu; pada system B1 (*Breathing*) di lakukan dengan metode inspeksi, palpasi, auskultasi, B2 (*Blood*) dilakukan dengan auskultasi dengan menggunakan alat stetoskop, sedangkan B3 (*Brain*) dengan metode inspeksi, palpasi sampai B4 (*Bladder*) dengan menggunakan metode inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi. B5 (*Bowel*) dan B6 (*Bone*) juga dilakukan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi, melainkan perkusi tidak dilakukan perkusi

## **1.7 Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan dalam tugas akhir ini, disusun sebagai berikut:

### **1.7.1 Bab I Pendahuluan**

Bab ini berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan, penelitian dan manfaat, metode penelitian, serta sistematika penulisan.

### **1.7.2 Bab II Tinjauan Teori**

Bab ini berisi tinjauan teori, tentang konsep dasar penyakit, yang terdiri dari pengertian, klarifikasi, etiologi, patofisiologi, pathway, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan, komplikasi, serta konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari:

pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, evaluasi.

#### 1.7.3 Bab III Tinjauan Kasus

Bab ini berisi lima tahapan dalam proses keperawatan yaitu: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### 1.7.4 Bab IV Hasil dan Pembahasan

Bagian ini berisi analisis dari hasil pengolahan data dan pembahasan mengenai kasus apendisitis.

#### 1.7.5 Bab V Kesimpulan

Pada bab ini berisi beberapa kesimpulan dari hasil penelitian yaitu kritik dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Apendisitis**

##### 2.1.1 Definisi

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Apendiks disebut jugaumbai cacing. Istilah usus buntu yang selama ini dikenal dan digunakan dimasyarakat kurang tepat, karena yang merupakan usu buntu sebenarnya adalah sekum (Wijaya dan Putri, 2013).

##### 2.1.2 Jenis apendisitis

2.1.2.1 Apendisitis akut adalah timbulnya tanda dan gejala yang mendadak dari apendisitis.

2.1.2.2 Apendisitis berulang adalah serangan berulang apendisitis akut insidennya adalah 15 sampai 25%.

2.1.2.3 Apendisitis gumbung adalah serangan berulang grede ringan kolik, muntah pada kasus yang masuk rumah sakit berulang, dan dapat sembuh sendiri.

2.1.2.4 Apendisitis simpleks adalah jika durasi gejala klinis kurang dari 48 jam atau pencitraan/imaging tidak menunjukkan adanya atau flegmon.

2.1.2.5 Apendisitis komplikata adalah apendisitis akut dengan perforasi atau abses/flegmon yang besar



2.1.2.6 Pseudoapendisitis adalah ileitis akut menyerupai apendisitis setelah infeksi yersinis. Hal ini juga dapat disebabkan oleh penyakit crohn.

2.1.2.7 Apendisitis stump adalah suatu peradangan dan infeksi tunggul apendiks, jika tunggul yang besar ditinggalkan (kasus pasca-bedah). Keadaan ini mungkin memerlukan apendiktomi stump. Basis apendiks perlu diligali dan dipotong untuk mencegah komplikasi ini (lebih sering terjadi pada apendiktomi laparoskopi) (Shenoy dan Nileswar, 2014).

### 2.1.3 Etiologi atau penyebab

2.1.3.1 Faktor sumbatan merupakan faktor terpenting terjadinya apendisitis (90%) yang diikuti oleh infeksi

2.1.3.2 Faktor adanya bakteri beberapa bakteri yang bisa menyebabkan apendisitis antara lain *Bacterodes fragilis*, *E. coli*, *Splanchicus*, *Lacto-basilus*, *Pseudomonas*, dan *Bacteriodes splanicus*.

2.1.3.3 Keturunan, pada radang apendik diduga juga merupakan faktor herediter. Hal ini juga dihubungkan dengan kebiasaan makanan dalam keluarga terutama yang kurang serat dapat memudahkan terjadinya fekalit dan mengakibatkan obstruksi lumen.

2.1.3.4 Faktor ras dan diet, negara maju yang mengonsumsi makanan tinggi serat berisiko lebih rendah terkena apendisitis

daripada negara berkembang yang tidak mengonsumsi tinggi serat

#### 2.1.4 Patofisiologi

Studi epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan-makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal, yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa (Sjamsuhidayat, 2005 dalam Mutaqqin, 2011).

Kondisi obstruksi akan meningkatkan tekanan intraluminal dan peningkatan perkembangan bakteri. Hal lain akan terjadi peningkatan kognesti dan penurunan perfusi pada dinding apendiks yang berlanjut pada nekrosis dan inflamasi apendiks (Atassi, 2002 dalam Mutaqqin, 2011).

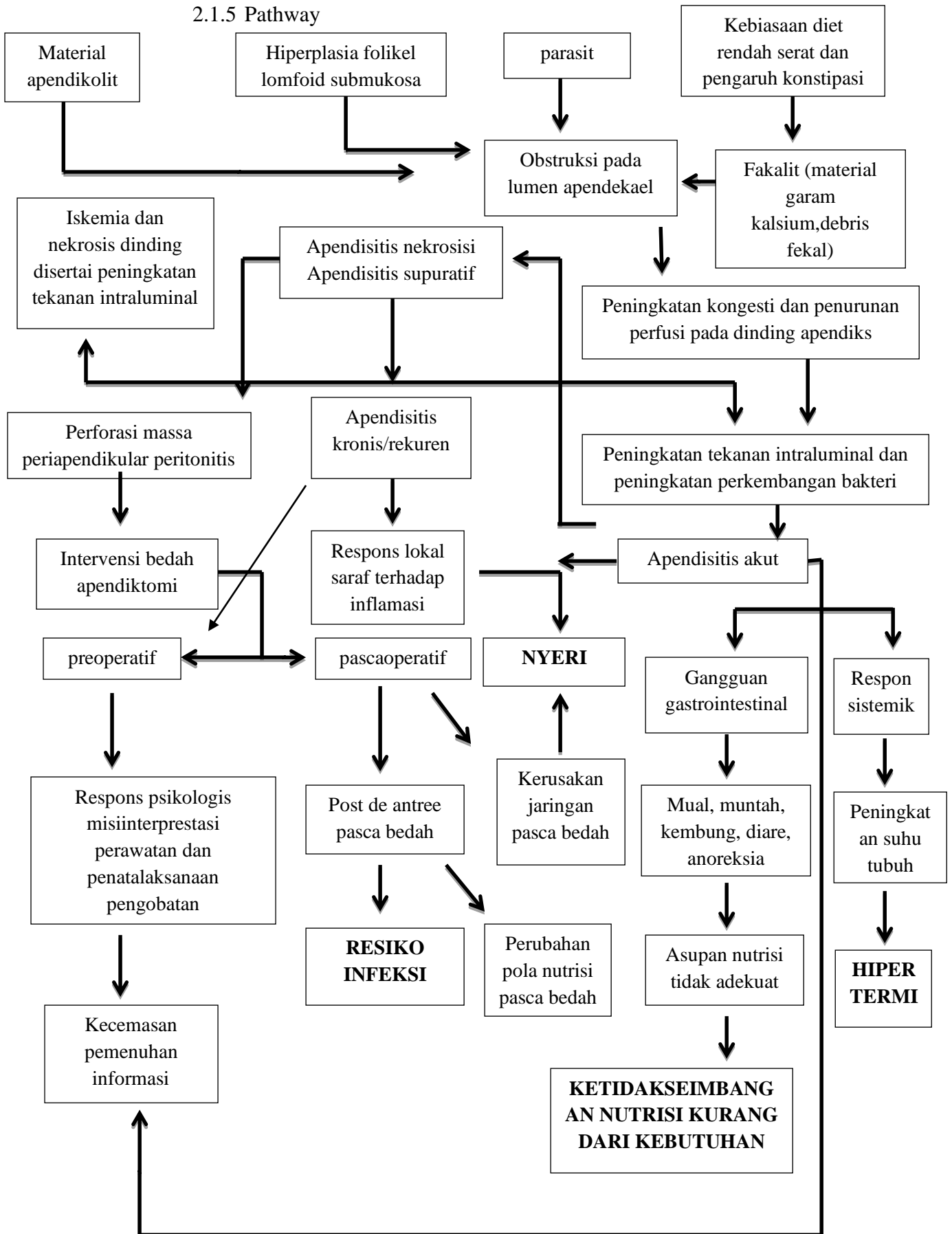
Pada fase ini, pasien akan mengalami nyeri pada area periumbilikal. Dengan berlanjutnya proses inflamasi, maka pembentukan eksudat akan terjadi pada permukaan serosa apendiks. Ketika eksudat ini berhubungan dengan parietal peritoneum, maka intensitas nyeri yang khas akan terjadi (Santacrose, 2009).

Dengan berlanjutnya proses obstruksi, bakteri akan berpoliferasi dan meningkatkan tekanan intraluminal dan membentuk infiltrat pada mukosa dinding apendiks yang disebut dengan apendisitis mukosa, dengan manifestasi

ketidaknyamanan abdomen. Adanya penurunan perfusi pada dinding akan menimbulkan iskemia dan nekrosis disertai peningkatan tekanan intraluminal yang disebut apendisitis nekrosis, juga akan meningkatkan resiko perforasi dari apendiks. Proses fagositosis terhadap respon perlawanan pada bakteri memberikan manifestasi pembentukan nanah atau abses yang terkumulasi pada lumen apendiks yang disebut dengan apendisitis supuratif.

Sebenarnya tubuh juga melakukan usaha pertahanan untuk membatasi proses peradangan ini dengan cara menutup apendiks dengan omentum dan usus halus sehingga berbentuk massa periapendikular. Perforasi dengan cairan inflamasi dan bakteri masuk kerongga abdomen lalu memberikan respons inflamasi permukaan peritoneum atau terjadi peritonitis. Apabila perforasi apendiks disertai dengan material abses, maka akan memberikan manifestasi nyeri lokal akibat akumulasi abses dan kemudian juga akan memberikan respons peritonitis. Manifestasi yang khas dari perforasi apendiks adalah nyeri hebat yang tiba-tiba datang pada abdomen kanan bawah (Tzanakis, 2005 dalam Mutaqqin, 20011).

## 2.1.5 Pathway



Gambar 2.1 Pathway apendisitis (Muttaqindan Sari, 2011)

## 2.1.6 Manifestasi Klinis

2.1.6.1 Nyeri, kram di daerah perumbilikus menjalar ke kuadran kanan bawah.

2.1.6.2 Demam tinggi

2.1.6.3 Mual dan untah

2.1.6.4 Malaise

2.1.6.5 Anoreksia

2.1.6.6 Nyeri tekan lokal pada titik Mc Burney.

2.1.6.7 Nyeri tekan lepas (hasil atau intensifikasi daeri nyeri bila tekanan dilepaskan).

2.1.6.8 Kontipasi

2.1.6.9 Nyeri bertambah parah jikadipakai beraktivitas (berjalan, batuk dan mendedan)

## 2.1.7 Komplikasi

2.1.7.1 Perfoasi usus

2.1.7.2 Nyeri tidak tertahankan

2.1.7.3 Peritonitis

## 2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

2.1.8.1 Hitung WBC/leukosit total hampir selalu meningkat diatas  $10.000 \text{ sel/mm}^3$ , pada sebagian besar pasien (95%). Jumlah leukosit yang sangat tinggi ( $> 20.000/\text{mm}^3$ ) memberi kesan kearah apendisitis komplikata dengan gangren atau perforasi.

2.1.8.2 Foto polos abdomen posisi tegak dilakukan untuk mengesampingkan adanya perforasi dan obstruksi intestinalis. Pemeriksaan ini mungkin menunjukkan dilatasi lengkung usus halus pada fosa iliaka dekstra.

2.1.8.3 Ultrasonografi abdomen untuk mengesampingkan penyebab lain yang mencakup penyebab ginekologik. Ultrasonografi dapat memperlihatkan organ tubular aperistaltik dan tidak mengempis dengan dinding tabung yang tebal. Pemeriksaan ultrasonografi dapat digunakan untuk menunjukkan adanya nyeri tekan oleh probe ultrasonografi (sensitivitas 85%, spesifitas 90%).

2.1.8.4 CT scan merupakan pemeriksaan pilihan (sensitivitas 90%, spesifisitas 90%). Protein C-reaktif meningkat pada setiap kelainan peradangan seperti apendisitis (Shenoy dan Nileswar, 2014)

## 2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan apendisitis menurut Andra & Yessi, 2013 :

### 2.1.9.1 Sebelum operasi

#### 1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis sering kali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya

apendisitis ataupun perioritas lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rectal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodic, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari memungkinkan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosa ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

## 2) Antibiotik

Apendisitis tanpa komplikasi biasanya tanpa perlu di berikan antibiotik, kecuali apendisitis ganggrenosa atau apendisitis perforasi. Penundaan tindak bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi.

### 2.1.9.2 Operasi

#### 1) Apendektomi.

2) Apendiks di buang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotik.

3) Abses apendiks diobati dengan antibiotika IV, masaanya mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari. Apendektomi dilakukan bila operasi elektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan.

### 2.1.9.3 Pasca operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernafasan, angkat sonde lambung, bila pasien sudah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah, baringkan pasien dalam posisi fowler. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu pasien dipuaskan, bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2x30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh jahitan diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

## 2.2 Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

Menurut Nikmatur & Saiful, 2016

Tanggal/jam masuk rumah sakit : Diisi dengan tanggal-bulan-tahun dan jam masuk rumah sakit

Ruang : jelas (contoh : Ruang mawar 2)

Nomor Register : jelas (sesuai rekam medik rumah sakit/puskesmas)



Diagnosa medis : diisi dengan diagnosa yang ditegakkan oleh tim medis.

Tanggal Pengkajian : untuk keperluan pembelajaran, mahasiswa diminta untuk menuliskan tanggal-bulan-tahun dan jam pengkajian dengan asumsi bahwa tidak selalu pengkajian dilakukan bersamaan dengan waktu klien masuk RS.

#### 2.2.1.1 Identitas

Nama : ditulis dengan inisial dan diikuti dengan label status klien

Wanita : - Sudah kawin Nyonya (Ny.)  
- Belum kawin (Nn./Sdr.)

Laki-Laki : -Sudah kawin (Tn.)  
- Belum kawin Saudara (Sdr.)

Anak : Umur 1-12 tahun (An.)

Bayi : Umur 0-12 bulan Bayi (By.)

Umur : ditulis umur dalam satuan hari, bulan, tahun

Jenis kelamin : Laki-laki, Perempuan

Agama : Islam, Kristen, Katolik, Hindu, Budha

Suku/Bangsa : Jawa, Madura, Batak, dan lain-

lain/WNI,WNA

Bahasa : Bahasa pengantar sehari-hari yang palingsering digunakan klien

Pekerjaan : Bidang pekerjaan, profesi, status, atau sesuai dengan pekerjaan klien

Pendidikan : Pendidikan terakhir klien

Status : kawin/tidak kawin, janda/duda, dibawah umur

Alamat : alamat ditulis secara singkat

Suami/istri/orangtua :Coret yang tidak perlu, kemudian diisi nama, umur, pekerjaan, dan alamat. Untuk keperluan pembelajaran, nama ditulis inisial dan alamat ditulis secara singkat.

Penanggung jawab : diisi nama orang/perusahaan dan alamat, nama orang ditulis inisial dan alamat ditulis secara singkat.

#### 2.2.1.2 Keluhan utama

Ditulis singkat jelas, dua atau tiga kata yang merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan. Dalam beberapa literature, diterangkan bahwa keluhan utama adalah alasan klien masuk rumah sakit. Untuk pembelajaran, mahasiswa pada saat awal melakukan pengkajian sering tidak bersamaan

dengan saat klien masuk rumah sakit (pengkajian dilakukan setelah beberapa hari klien masuk rumah sakit), keluhan utama diisi dengan keluhan yang dirasakan klien saat mahasiswa melakukan pengkajian. Ada juga format yang membagi item ini menjadi dua bagian, yaitu (1) alasan masuk rumah sakit ; dan (2) keluhan utama/keluhan saat pengkajian. Pasien mengeluh nyeri tekan dan nyeri pada luka operasi.

#### 2.2.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit. Untuk pembelajaran, bila pengkajian dilakukan tidak bersamaan dengan saat klien masuk rumah sakit, penjelasan pada riwayat penyakit sekarang dilanjutkan sampai dengan saat mahasiswa melakukan pengkajian. Upaya yang telah dilakukan upaya-upaya yang telah dilakukan klien, keluarga dalam kaitannya usaha untuk mengurangi keluhan yang terjadi, baik yang rasional maupun irrasional. Terapi yang telah dilakukan diisi hanya untuk pembelajaran, yaitu bila pengkajian dilakukan beberapa waktu setelah klien masuk rumah sakit. Semua terapi medis beserta tindakannya termasuk juga tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama klien dalam masa perawatan di rumah sakit.

#### 2.2.1.4 Riwayat penyakit dahulu

Diisi dengan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau memengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Bila klien pernah menjalani operasi, perlu dikaji tentang waktu operasi, jenis operasi, jenis anastesi, dan kesimpulan akhir setelah operasi

#### 2.2.1.5 Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, dan penyakit yang menular akibat kontak langsung maupun tak langsung antar-anggota keluarga.

Genogram : pada umumnya ditulis dalam tiga generasi sesuai dengan kebutuhan. Artinya, bila klien adalah seorang nenek atau kakek, genogram dibuat dua generasi kebawah. Bila klien adalah anak-anak, genogram bisa dibuat dua generasi ke atas. Dapat juga dibuat satu generasi keatas dan satu generasi ke bawah. Penyakit menular dalam keluarga garis yang menunjukkan anggota keluarga yang berada dalam satu rumah harus dituliskan.

#### 2.2.1.6 Keadaan lingkungan

Diisi dengan faktor-faktor lingkungan yang merupakan yang dapat dilihat dalam beberapa aspek : (1) sebagai sumber

pengeluaran; (2) adanya polusi udara; (3) pencemaran lingkungan yang lain; (4) perubahan iklim; (5) situasi dan kondisi lingkungan yang meningkatkan resiko trauma (dipilih sesuai dengan penyakit yang diderita klien).

## 2.2.2 Pola Fungsi Kesehatan

### 2.2.2.1 Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Diisi dengan persepsi klien atau keluarga terhadap konsep sehat sakit dan upaya klien atau keluarga dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan perilaku yang menjadi gaya hidup klien atau keluarga untuk mempertahankan kondisi sehat. Miskonsepsi tentang sehat sakit hendaknya dideskripsikan dengan singkat dan jelas.

### 2.2.2.2 Pola nutrisi dan metabolisme

Diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit (saat ini) yang meliputi ; jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makann selingan, makanan yang disukai, alergi makanan dan makanan pantangan. Keluhan yang berhubungan dengan mual, muntah, dan kesulitan menelan dibuatkan deskripsi singkat dan jelas. Bila diperlukan, lakukan pengkajian terhadap pengetahuan klien/keluarga tentang diet yang harus diikuti serta bila ada larangan adat atau agama pada suatu makanan tertentu.

#### 2.2.2.3 Pola eliminasi

Diisi dengan eliminasi alvi (buang air besar) dan eliminasi urine (buang air kecil). Pola eliminasi menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai dengan saat sakit (saat ini), yang meliputi : frekuensi, konsistensi, warna, bau, adanya darah, dll. Bila ditemukan adanya kelainan pada eliminasi, hendaknya dibuatkan deskripsi singkat dan jelas tentang keluhan yang dimaksud.

#### 2.2.2.4 Pola aktivitas dan kebersihan diri

Diisi dengan aktivitas rutin yang dilakukan klien sebelum sakit sampai saat sakit mulai dari bangun tidur sampai tidur kembali, termasuk penggunaan waktu senggang. Mobilitas selama sakit dilihat dan aktivitas perawatan diri, seperti makan-minum, mandi, toileting, berpakaian, berhias, dan penggunaan instrumen.

#### 2.2.2.5 Pola istirahat tidur

Diisi dengan kualitas dan kuantitas istirahat tidur klien sejak sebelum sakit sampai saat sakit (saat ini), meliputi jumlah jam tidur siang dan malam, penggunaan alat pengantar tidur, perasaan klien sewaktu bangun tidur dan kesulitan atau masalah tidur : sulit jatuh tidur, sulit tidur lama, tidak bugar saat terbangun, terbangun dini, atau tidak bisa melanjutkan tidur.

#### 2.2.2.6 Pola kognisi dan persepsi sensori

Diisi dengan kemampuan klien berkomunikasi (berbicara dan mengerti pembicaraan) status mental dan orientasi, kemampuan pengindraan yang meliputi : indra penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan pengecap.

#### 2.2.2.7 Pola konsep diri

Diisi pada hanya klien yang sudah dapat mengungkapkan perasaan yang berhubungan dengan kesadaran akan dirinya yang meliputi : gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri, identitas diri.

#### 2.2.2.8 Pola peran-berhubungan

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

#### 2.2.2.9 Pola seksual dan seksualitas

Diisi sesuai dengan tugas perkembangan psikoseksual. Usia remaja-dewasa-lansia dikaji berdasarkan jenis kelaminnya.

#### 2.2.2.10 Pola mekanisme koping

Diisi dengan mekanisme koping yang biasa digunakan klien ketika menghadapi masalah/konflik/stress/kecemasan. Bagaimana klien mengambil keputusan (sendiri/dibantu) ?

pakah ada perubahan dalam 6 bulan terakhir dalam kehidupannya?

#### 2.2.2.11 Pola nilai dan kepercayaan

Diisi dengan nilai-nilai dan keyakinan klien terhadap sesuatu dan menjadi sugesti yang amat kuat sehingga memengaruhi gaya hidup klien, dan berdampak pada kesehatan klien. Termasuk, juga praktik ibadah yang dijalankan klien sebelum sakit sampai saat sakit. Untuk mengkaji pola ini, sebaiknya perawat yang melakukan pengkajian seagama dengan klien sehingga mampu mendapatkan data yang lengkap.

### 2.2.3 Pemeriksaan Fisik

#### 2.2.3.1 Status kesehatan umum

Keadaan/penampilan umum : lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah dan rewel

Kesadaran : dapat diisi dengan tingkat kesadaran secara kualitatif (GCS)

Tanda-tanda vital : tensi, nadi, suhu dan pernapasan

Berat badan : sebelum sakit, sesudah sakit, dan BB ideal

#### 2.2.3.2 Analisa keseimbangan cairan

1) Intake : minuman, makanan, air metabolisme, infus dan tranfusi dalam satuan cc



- 2) Out put : urine, feses, muntah drainage, NGT, perdarahan, diare, dan insensible water loss dalam satuan cc

Keseimbangan cairan = total intake-total out put

### 2.2.3.3 Analisa kecukupan nutrisi

- 1) Kebutuhan (kkal) kebutuhan diperhitungkan dengan rumus :

(1) BB 0-10 KG = 100kkal/kgBB/hari

(2) BB 11-20 = 1000 kkal + 50 kkal/kgBB/hari

(3) BB > 20 kg = 1500 kkal + 20 kkal/kgBB/hari

Dewasa :

(1)Normal = 25-30 kkal/kgBB/hari

(2)Stress ringan = 30-35 kkal/kgBB/hari

(3)Stress sedang = 35-40 kkal/kgBB/hari

(4)Stress berat = 40-45 kkal/kgBB/hari

- 2) Masukan (kkal)

Keseimbangan nutrisi = masukan-kebutuhan

### 2.2.3.4 Integumen secara umum

Diisi dengan warna dan perubahan pada kulit

### 2.2.3.5 Kepala

- 1) Rambut : warna, distribusi, kebersihan, kutu, ketombe
- 2) Muka : kelopak mata, warna, kebersihan, jerawat, luka
- 3) Mata : kelopak mata, konjungtiva, pupil, sclera, lapang pandang, bola mata, dan ketajaman penglihatan

- 4) Hidung : kebersihan, sekresi, dan pernapasan cuping hidung
- 5) Mulut : bibir, mukosa mulut, lidah, dan tonsil
- 6) Gigi : jumlah, karies, gusi, dan kebersihan
- 7) Telinga : kebersihan, sekresi, dan pemeriksaan pendengaran

#### 2.2.3.6 Leher

Pembesaran kelenjar limfe, tiroid, posisi trakea, distensi vena jugularis, kaku kuduk

#### 2.2.3.7 Dada

- 1) Inspeksi : bentuk dada, ekspansi dada, gerakan dada, ictus cordis, penggunaan otot bantu pernapasan
- 2) Palpasi : nyeri, bengkak, ekspansi dinding dada, dll
- 3) Perkusi : perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi, dan vibrasi yang dihasilkan
- 4) Auskultasi : suara napas, suara napas tambahan, dan suara jantung

#### 2.2.3.8 Abdomen

- 1) Inspeksi : warna, jaringan perut, lesi, kemerahan, umbilikus, dan garis bentuk abdomen
- 2) Auskultasi : frekuensi, nada, dan intensitas bising usus

- 3) Palpasi : rasakan adanya spasme otot, nyeri tekan, dan adanya massa
- 4) Perkusi : dengarkan bunyi yang dihasilkan

#### 2.2.3.9 Ekstremitas

- 1) Kekuatan otot
- 2) Range of motion
- 3) Perabaan akral
- 4) Perubahan bentuk tulang
- 5) *Capillary refill time* (normal >3 detik)
- 6) Edema pitting dengan derajat kedalaman

2.2.3.10 Anus genetalia : kebersihan dan sesuai prioritas pengkajian

2.2.3.11 Neurologis (*Gasgow Coma Scale*)

Membuka mata (1-4), respon verbal/bicara (1-5), respon motoric/gerakan (1-6)

#### 2.2.4 Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI, 2016

2.2.4.1. Diagnosa pre-operasi

- 1) Ansietas berhubungan dengan proses operasi
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan spasme dinding apendik

2.2.4.2. Diagnosa post-operasi

- 1) Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan jaringan

- 2) Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan luka insisi
- 3) Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman

## 2.2.5 Intervensi Keperawatan

Menurut SLKI, 2018, SIKI, 2018

### 2.2.5.1. Pre-operasi

- 1) Ansietas berhubungan dengan proses operasi

Tujuan : Tingkat ansietas berkurang

Kriteria hasil :

- (1) TTV dalam batas normal
- (2) Pasien tampak rileks tidak gelisah & tegang
- (3) Pasien tidak tampak pucat
- (4) Pasien tidak anoreksia

Intervensi : Dukungan keyakinan

- 1) Observasi

- (1) Identifikasi keyakinan, masalah, dan tujuan peralatan
- (2) Identifikasi kesembuhan jangka panjang sesuai kondisi pasien
- (3) Monitor kesehatan fisik dan mental pasien

- 2) Terapeutik

- (1) Integrasikan keyakinan dalam rencana perawatan sepanjang tidak membahayakan/berisiko keselamatan, sesuai kebutuhan
- (2) Berikan harapan yang realistis sesuai prognosis
- (3) Fasilitas pertemuan antara keluarga dan tim kesehatan untuk membuat keputusan
- (4) Fasilitas memberikan makna terhadap kondisi kesehatan

### 3) Edukasi

- (1) Jelaskan bahaya atau risiko yang terjadi akibat keyakinan negatif
- (2) Jelaskan alternatif yang berdampak positif untuk memenuhi keyakinan dan perawatan
- (3) Berikan penjelasan yang relevan dan mudah dipahami

### 2) Nyeri akut berhubungan dengan spasme dinding apendik

Tujuan : Tingkat nyeri berkurang

Kriteria Hasil :

- (1) TTV dalam batas normal
- (2) Keluhan nyeri berkurang
- (3) Pasien tampak rileks
- (4) Pasien mampu menuntaskan aktivitas

Intervensi : Manajemen Nyeri

#### 1) Observasi

- (1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
  - (2) Identifikasi skala nyeri
  - (3) Identifikasi respons nyeri non verbal
  - (4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringkan 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
- 2) Terapeutik
- (1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
  - (2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
  - (3) Fasilitas istirahat dan tidur
  - (4) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- 3) Edukasi
- (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
  - (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
  - (3) Anjurkan memonitorkan nyeri secara mandiri

(4) Anjurkan menggunakan menggunakan analgetik secara tepat

(5) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

4) Kolaborasi

(1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.2.5.2. Post operasi

1) Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan

Tujuan : Tingkat nyeri berkurang

Kriteria Hasil :

(1) TTV dalam batas normal

(2) Keluhan nyeri berkurang

(3) Pasien tampak rileks

(4) Pasien mampu menuntaskan aktivitas

Intervensi : Manajemen Nyeri

1) Observasi

(1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

(2) Identifikasi skala nyeri

(3) Identifikasi respons nyeri non verbal

(4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingkan 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
- 2) Terapeutik
    - (1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
    - (2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
    - (3) Fasilitas istirahat dan tidur
    - (4) Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- 3) Edukasi
    - (1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
    - (2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
    - (3) Anjurkan memonitorkan nyeri secara mandiri
    - (4) Anjurkan menggunakan menggunakan analgetik secara tepat
    - (5) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
- 4) Kolaborasi
    - (1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- 2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan luka insisi



Tujuan : Integritas kulit dan jaringan dapat teratasi

Kriteria Hasil :

- (1) Elastisitas kulit dipertahankan
- (2) Hidrasi baik
- (3) Perfusi jaringan baik
- (4) Tidak ada kerusakan jaringan dan lapisan kulit

Intervensi : Perawatan integritas kulit

1) Observasi

- (1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit  
(mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi,  
penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem,  
penurunan mobilitas)

2) Terapeutik

- (1) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- (2) Lakukan pemijitan pada area penonjolan tulang, jika perlu
- (3) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- (4) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
- (5) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
- (6) Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

### 3) Edukasi

- (1) Anjurkan menggunakan pelembab
- (2) Anjurkan minum air yang cukup
- (3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- (4) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- (5) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
- (6) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah
- (7) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

### 3) Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman

Tujuan : Tingkat infeksi berkurang

Kriteria Hasil :

- (1) Menjaga kebersihan tangan
- (2) Menjaga kebersihan badan
- (3) Meningkatnya nafsu makan
- (4) Tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka (mis. Demam, kemerahan pada luka, nyeri, bengkak)

Intervensi : manajemen imunisasi/vaksinasi

#### 1) Observasi

- (1) Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi
- (2) Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. Reaksi anafilaksis terhadap vaksin)

sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa dendam)

(3) Identifikasi status imunisi setiap kunjungan ke pelayanankesehatan

## 2) Terapeutik

(1) Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral

(2) Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. Nama produsen, tanggal kedaluwarsa

(3) Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat

## 3) Edukasi

(1) Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping

(2) Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H. Influenza, polio, campak, measles, rubela)

(3) Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. Influenza, pneumokokus)

(4) Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. Rabies, tetanus)

(5) Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali

(6) Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis

### 2.2.6 Implementasi

Pelaksanaan adalah pemberian asuhan keperawatan secara nyata berupa serangkaian kegiatan sistimatis berdasarkan perencanaan untuk mencapai hasil yang optimal. Pada tahap ini perawat menggunakan segala kemampuan yang dimiliki dalam melaksanakan tindakan keperawatan terhadap klien baik secara umum maupun secara khusus pada klien apendiktomi. Pada penatalaksanaan ini perawat melakukan fungsinya secara independen, interdependen, dan dependen.

Pada fungsi independen adalah mencakup dari semua kegiatan yang diprakarsai oleh perawat itu sendiri sesuai dengan kemampuan dan keterampilan yang dimilikinya. Pada fungsi interdependen adalah dimana fungsi yang dilakukan dengan bekerja sama dengan profesi/disiplin ilmu yang lain dalam perawatan maupun pelayanan kesehatan. Sedangkan fungsi dependen adalah fungsi yang dilaksanakan oleh perawat berdasarkan atas pesan orang lain (Sugeng & Weni, 2010)

### 2.2.7 Evaluasi

Untuk mengetahui pencapaian tujuan dalam asuhan keperawatn yang telah dilakukan pada klien perlu dilakukan evaluasi dengan mengajukan pertanyaan sebagai berikut :

Menurut *International Association for Study of Pain* (IASP) (1979) nyeri adalah sensor subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang dapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakannya (Ana Zakiyah, 2015 hal 5)

Menurut Smelter dan Bare (2002) dalam judha.dkk, (2012), nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan.

Menurut Ana Zakiyah (2015) klarifikasi nyeri berdasarkan lokasi dan sumber, antara lain :

#### 2.2.7.1. Nyeri somatik superficil (kulit)

Nyeri kulit berasal dari struktur-struktur superficial kulit dan jaringan subkutis

#### 2.2.7.2. Nyeri somatik dalam

Nyeri somatik dalam mengacu kepada nyeri yang berasal dari otot, tendon, ligamen, tulang, sendi, dan arteri.

Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Hapsari dan Anasari, 2013). Relaksasi secara umum sebagai metode yang paling efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri (National Safety Council, 2003 dalam Hapsari dkk, 2010).

**DAFTAR PUSTAKA**

Aaan dan Rini. 2015. *Diagnosis Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Salemba Medika.

Bulechek, et al *Nursing Intervention clasification (NIC)*. Edisi 6. 2016. Elsevier. Singapore.

Elizabeth J. Corwin. 2008. *Buku Saku Patofisiologi Corwin*. Jakarta : AdityaMedia.

Haryono. 2012. *Keperawatan medikal bedah sistem pencernaan*. Yogyakarta ; Gosyen Publishing.

Herdman T Heather. 2015. *Nanda International Inc Diagnosis Keperawatan Definisi & Klarifikasi 2015-2017*. Jakarta. ECG

Hutahean, Serri. 2010. *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta :TIM

Moorhead, et al. 2016. *Nursing Outcome Classification. (NOC)*. Edisi 5. ElsevierSingapore

Nikmatur Rohmah & Saiful Walid. 2016. *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jogjkarta : AR-Ruzz Media.

Shenoy dan Nileswar. 2014. *Buku Ajar Ilmu Bedah Jilid Dua. Tangerang Selatan ; Karisma Publishing Group*.

## BAB III

### TINJAUAN PUSTAKA

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *post operasi apendiktomi* hari ke , maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai 23 juli 2019 sampai 25 juli 2019 dengan data pengkajian pada tgl 23 juli 2019 jam 12.30 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file no. Register 0927\*\* sebagai berikut :

#### 3.1 Pengkajian

##### 3.1.1. Identitas

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Sdr.S usia 22 tahun, beragama islam bahasa yang sering digunakan adalah bahasa indonesia. Pasien adalah anak kedua, pasien berpendidikan mahasiswa, pasien MRS pada tanggal 22 juli 2019 jam 11.00 WIB.

##### 3.1.2. Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada bagian luka post operasi

##### 3.1.3. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke IGD RS Tingkat III Brawijaya Surabaya pada tanggal 22 juli 2019 pukul 11.00 dengan mengatakan keluhan nyeri perut kanan bawah dan muntah sebanyak 4 kali sejak kemarin dengan pemeriksaan TTV TD : 100/80 mmHg S/N : 36°C/86x/menit RR : 20x/menit dan dianjurkan oleh dokter untuk pemeriksaan Lab,USG,Radiologi dengan pemasangan infus RL 14 tpm ditangan kanan, injeksi Ranitidine 2x1 ampul, injeksi cefriaxone 2x1 gram, lalu pasien dianjurkan untuk operasi dan di

pindah ke ruang perawatan bedah Dahlia no.03 dan dilakukan operasi pada tanggal 23 juli 2019. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 23 juli 2019 pukul 12.30 WIB pasien mengeluh nyeri pada bagian luka operasi terpasang infus RL 14 tpm/24 jam, hasil observasi P : pasien mengatakan nyeri pada luka post operasi Q : pasien mengatakan nyeri seperti terbakar dan tertusuk-tusuk R : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi bagian perut S : skala nyeri 6 T : pasien mengatakan nyeri terus menerus TTV : TD : 120/70mmHg S/N : 36°C/80x/menit RR : 20xmenit pasien terlihat lemas.

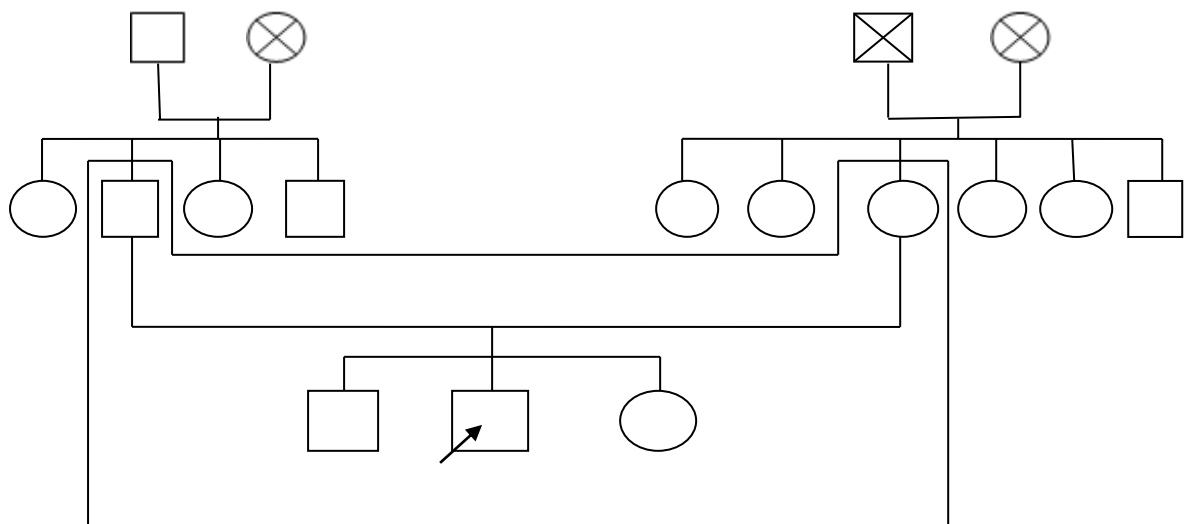
#### 3.1.4. Riwayat penyakit dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu.

#### 3.1.5. Riwayat kesehatan keluarga

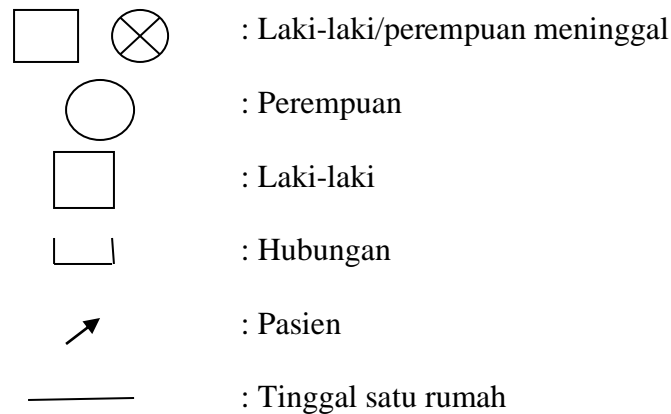
Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit menular dan menurun pada keluarga pasien.

#### 3.1.6. Genogram:





Keterangan :



Gambar 3.1 Genogram Sdr.S

3.1.7. Riwayat Kesehatan Lingkungan : Pasien mengatakan tinggal di lingkungan yang bersih dan jauh dari pabrik

3.1.8. Riwayat Alergi : pasien mengatakan tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan yang dibuktikan dengan skin test.

3.1.9. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum : kesadaran Composmetis

Tanda – tanda vital, TB dan BB:

S : 36<sup>0</sup>C      N : 80x/mnt      TD : 120/70mmHg      RR :  
20x/mnt

TB : 170cm      BB : 70kg

3.1.9.1. Pernapasan (B1: Breathing)

Inspeksi : bentuk dada pasien normochest, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada otot bantu nafas tambahan,  
 palpasi : teraba jelas paru kanan/kiri tidak ada nyeri tekan,  
 perkusi : sonor pada dada, auskultasi : irama nafas reguler

pernafasan 20x/menit (normal 18-20x/menit), suara nafas vesikuler, tidak ada suara tambahan.

Masalah keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.9.2. Kardiovaskuler (B2: Blood)

Inspeksi : tidak ada nyeri dada, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, palpasi : < 3 detik, akral teraba hangat kering merah, irama nadi reguler, auskultasi : irama jantung reguler, bunyi jantung S1 S2 tunggal.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.9.3. Persyarafan (B3: Brain)

Inspeksi : Glasgow Coma Scale (GCS): E : 4V : 5 M : 6, reflek cahaya (+/+), pupil isokor, kepala warna rambut hitam, kulit kepala tidak ada lesi, palpasi dan perkusi : reflek fisiologi patella (+/+) respon berupa kontraksi otot quadriceps femoris yaitu ekstensi dari lutut, trisep (+/+) normal karena timbul kontraksi triceps, briceps (+/+) normal karena timbul kontraksi briceps, achilles (+/+) respon normal berupa gerakan plantar fleksi kaki, babinski (+/+) respon normal berupa gerakan plantar semua jari kaki, reflek patologis kaku kuduk (+/+), brunzinski I (+/+) bil kedua tungkai bawah akan fleksi pada sendi panggul dan sendi lutut, brudzinski II (+/+) fleksi tungkai lainnya pada sendi panggul dan lutut, kernig (+/+) respon normal ekstensi lutut pasif akan menyebabkan rasa sakit terhadap hambatan.

Pada pemeriksaan nervus cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan obat, nervus cranial II pasien mampu melihat disemua lapang pandang secara normal, nervus cranial III pasien mampu membuka mata ke atas dan ke bawah, nervus cranial IV pasien mampu menggerakkan bola mata, nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, nervus cranial VI pasien mampu bergerak ke atash lateral, nervus cranial VII pasien mampu untuk tersenyum, nervus cranial VIII pasien mampu mendengarkan perintah perawat dengan baik, nervus cranial IX pasien mampu merasakan rasa manis, nervus cranila X pasien mampu menelan makanan dengan baik, nervus cranial XI pasien mampu mengangkat bahu dan menoleh kanan kiri, nervus cranial XII pasien mampu menggerakkan lidah ke kanan kiri, tidak ada paralisis, tidak ada polip dan deviasi septum.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.9.4. Perkemihan - Eliminasi Urine (B4: Bladder)

Sebelum MRS : frekuensi berkemih 3-4x/hari, pola minum cukup (1500-2000ml), kencing keluar sedikit, inspeksi : alat kelamin bersih, jumlah urine  $\pm$  900-1000cc/8jam warna kuning, bau khas menyengat,

Setelah MRS : terpasang cateter (1000cc/24 jam) palpasi tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.9.5. Pencernaan-Eliminasi Alvi (B5: Bowel)

Pada saat pengkajian didapatkan hasil pasien mengatakan tidak pernah melaksanakan diet khusus dengan makan 3x/hari sebanyak 1 porsi di habiskan, selama di rumah sakit kebutuhan makan pasien 3x/hari habis  $\frac{3}{4}$  porsi makanan yang diberikan oleh rumah sakit, nafsu makan cukup, pasien tidak terpasang selang NGT, bentuk abdomen : rounded, pasien minum air putih 1500cc/24 jam, palpasi : tidak ada pembesaran hepar dan lien, auskultasi : bising usus 12x/menit.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

### 3.1.9.6. Tulang – Otot – Integumen (B6: Bone)

Inspeksi : tidak ada edema, kemampuan pergerakan sendi bebas, tidak ada atrofi atau hiperatrofi, tidak ada paralisis dan hemiparase, tidak deformitas, tidak ada nyeri sendi, tidak ada nyeri tulang, tidak ada riwayat fraktur, pasien mengalami keterbatasan mobilitas karena terpasang infus RL 1500cc/24 jam di tangan kanan, tidak ada dislokasi, kekuatan otot

5	5
5	5

Palpasi : turgor kulit elastis, tidak ada krepitasi

Keterangan :

0 : otot sama sekali tidak mampu bergerak

1 : tampak sedikit kontraksi dan gerak

2 : mampu menahan tegak dan menahan gaya gravitasi

3 : mampu menggerakkan otot dengan tahanan minimal

4 : dapat bergerak dan melawan hambatan ringan

5 : kekuatan otot penuh

Integumen : pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan kulit pada bagian perut terdapat luka pembedahan post operasi apendiktomi, ada luka.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.9.7. Sistem Endokrin

Saat dilakukan pengkajian tidak didapatkan adanya pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada hiperglikemi maupun hipoglikemi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.9.8. Sistem Reproduksi

Saat dilakukan pemeriksaan jenis kelamin pasien laki-laki dan tidak ada kelainan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

#### 3.1.10 Pola fungsi kesehatan

3.1.10.1. Persepsi terhadap kesehatan dan penyakit : Pasien mengatakan baru mengetahui penyakit yang diderita

3.1.10.2. Pola Nutrisi – Metabolisme :

TB : 170 cm                      BB sebelum sakit      : 72 kg

BB sesudah sakit              : 70 kg

Sebelum sakit : diet khusus tidak ada, frekuensi 3x/ hari,  
 jenis makanan di rumah nasi, lauk pauk, buah-buahan,  
 minum air mineral, air susu

Selama sakit : diet khusus diit TKTP, frekuensi 3x/hari,  
 jenis makanan di rumah bubur, lauk pauk, minum air  
 susu, air mineral

### 3.1.10.3. Pola eliminasi :

Sebelum sakit : BAB dan BAK

Frekuensi BAB : 2 hari 1x  
 Konsistensi : Lunak dan berbentuk  
 Warna : Kuning  
 Keluhan : -

Frekuensi BAK : 5-6x/hari  
 Jumlah urine : 1000cc  
 Warna : Kuning  
 Keluhan : -

Selama sakit

Frekuensi BAB : 4 hari 1x  
 Konsistensi : Lunak dan berbentuk  
 Warna : Kuning kecoklatan  
 Keluhan : Feses keluar hanya sedikit

Frekuensi BAK : Terpasang DC  
 Jumlah urine :  $\pm$  1500cc

Warna : Kuning pekat

Keluhan : -

3.1.10.4. Pola tidur dan istirahat :

Sebelum sakit : Pasien mengatakan tidur siang kurang 1-2 jam, malam 7-8 jam dan tidak ada keluhan

Selama sakit : Pasien mengatakan tidur siang 1-2 jam, malam 5-6 jam kadang-kadang terbangun merasakan nyeri

3.1.10.5. Pola Kognitif – perseptual :

Sebelum sakit : Pasien mengatakan hubungan keluarga dan sekitarnya baik, komunikasi tidak terganggu, dan pasien tidak tahu bahwa akan mengalami sakit seperti ini sebelumnya pasien hanya merasakan sakit perut biasa

Selama sakit : pasien mengatakan setelah dilakukan operasi pasien mengeluhkan nyeri dibagian luka bekas operasi

3.1.10.6. Pola Persepsi diri – konsep diri :

Sebelum sakit

(1) Identitas diri : Pasien di keluarga berstatus sebagai anak kedua

(2) Peran diri : Pasien keluarga berperan sebagai anak kedua dari dua bersaudara

(3) Ideal diri : Pasien mahasiswa dan ingin segera sembuh dan melakukan aktivitas seperti biasanya

(4) Harga diri : Pasien mengatakan sangat dekat dengan semua keluarganya dan sering mengadakan rekreasi atau kumpul bersama

Selama sakit

(1) Identitas diri : Pasien di keluarga berstatus sebagai anak kedua

(2) Peran diri : Selama sakit dalam memenuhi kebutuhan individualnya pasien di bantu oleh keluarganya

(3) Ideal diri : Pasien mengatakan ingin segera pulang dari RS dan ingin segera sembuh

(4) Harga diri : Selama sakit komunikasi pasien dengan orang-orang terdekatnya tetap berjalan dengan baik

3.1.10.7. Pola Peran – hubungan :

Sebelum sakit : Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik, pasien sering berkumpul dengan keluarga dan mengikuti kegiatan di lingkungan dengan baik

Selama sakit : Pasien mengatakan hubungan keluarga tetap baik

3.1.10.8. Pola seksual dan seksualitas :

Sebelum sakit : Pasien mengatakan belum menikah dan masih mahasiswa, tidak mempunyai masalah reproduksi



Selama sakit : Pasien mengatakan belum menikah dan masih mahasiswa, terpasang kateter

3.1.10.9. Aktivitas dan kebersihan diri :

Sebelum sakit : Pasien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri

Selama sakit : Pasien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarganya

3.1.10.10. Koping–toleransi stress(mekanisme pembelaan ego):

Sebelum sakit : Pasien mengatakan apabila dalam keluarga ada permasalahan selalu diselesaikan dengan musyawarah

Selama sakit : Pasien mengatakan selama sakit ini keluarga selalu bermusyawarah untuk membantu pasien

3.1.10.11. Nilai – pola keyakinan :

Sebelum sakit : Pasien mengatakan beragama islam dan selalu beribadah 5 waktu

Selama sakit : Pasien mengatakan beragama islam dan selalu berdoa kepada Allah SWT untuk diberikan kesembuhan

### 3.1.11. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tabel 3.1 hasil laboratorium Sdr. S tanggal 22 juli 2019

Jenis pemeriksaan	Hasil	Hasil normal
FAAL Ginjal BUN	10.8	L/P 4.7-23.4 mg/dl

Creatinin	1.2	L/P 0.5-1.2 mg/dl
FAAL Hati		
SGOT	20	P 0-40 u/l ; L 0-35 u/l
SGPT	21	P 0-40 u/l ; L 0-35 u/l
Albumin	3.9	L/P 4,0-5,2 g/dl
FAAL Hemastatis		
Waktu pendarahan		L/P 1-6 menit
Waktu pembekuan	12 menit+00 detik	L/P 10-15 menit
Elektrolit		
Natrium	141	L/P 136-145 mmol/l
Kalium	3.2	L/P 3,5-5,1 mmol/l
Calsium	1.1	L/P 1,0-1,4 mmol/l
Chlorida	105	L/P 97-111 mmol/l
HGB	14.9	L 13,2-17,3 ; P 11,7- 15,5 g/dl
RBC	6.02+	L 4,4-5,9 ; P 3,8-5,2
HCT	43.5	10 <sup>6</sup> /ul
MCV	72.3-	L 40,0-52,0 ; P 35,0-
MCH	24.8-	47,0 %
MCHC	34.3	80,0-100,0 fl
RDW-SD	37.7	26,0-34,0 pg
RDW-CV	14.7	32,0-36,0 g/dl
WBC	17.17+	35-47 fl 11,5-14,5 %

Eo%	0.1	L 3,8-10,6 ; P 3,6-11,0
Baso%	0.1	10 <sup>3</sup> /ul
Neut%	92.0+	2-4 %
LYMPH%	2.9-	0-1 %
Mono%	4.9	50-70 %
		25-40 %
EO#	0.01	2-8 %
Baso#	0.01	
Neut#	17.66+	2-4 10 <sup>3</sup> /ul
LYMPH#	0.55-	0-1 %
Mono#	0.94+	50-70 %
		25-40 %
PLT	232	2-8 %
PDW	14.4	
MPV	12.7	150-440 %
P-LCR	42.1	9,0-13,0 fl
PCT	0.29	7,2-11,1 fl
		15,0-25,0 %
		0,150-0,400 %
Catatan		
WBC IP Message (s)	RBC IP Message (s)	PLT IP Message (s)
Neutrophilia		
Lymphopenia		

Leukosit	HGB Defect	LED : 2 (L < 10 ; P < 16)
----------	------------	---------------------------

Radiologi tanggal 22 juli 2019 :

COR : Besar dan bentuk normal

Pulmo : Tak tampak infiltrate

Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam

Hemidiafragma kanan kiri baik.

Tulang tampak baik

Kesimpulan : foto thorax tak tampak kelainan

### **3.1.12. Terapi tanggal 23 juli 2019**

3.1.12.1. Infus RL 14 tpm

3.1.12.2. Ranitidin 2x1 amp (50mg/12jam)

3.1.12.3. Ceftriaxone 3x1 gr (1gr/8 jam)

3.1.12.4. Metronidazole 3x1 (500gr/8 jam)

3.1.12.5. Tramadol 3x1 (50mg/8 jam)

### 3.2 ANALISA DATA

Tabel 3.2 Analisa data Sdr. S

Tgl	Data penunjang	Masalah keperawatan	etiologi
23 Juli 2019	<p>DS : Pasien mengeluh nyeri pada bagian perut kanan bawah</p> <p>P : Pasien mengatakan nyeri pada luka post op saat bergerak</p> <p>Q : Pasien mengatakan nyeri seperti terbakar atau tertusuk-tusuk</p> <p>R : Pasien mengatakan nyeri bagian perut kanan bawah</p> <p>S : Skala nyeri 6</p> <p>T : Pasien mengatakan nyeri terus menerus</p> <p>DO :</p> <p>TD : 120/70mmHg</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>S/N : 36°c/80x/menit</p> <p>– Pasien tampak melindungi area nyeri</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan kulit</p>	<p>Operasi</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan jaringan</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>

	<p>– Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>Pasien tampak gelisah</p>		
	<p><b>DS :</b> Pasien mengatakan sudah dilakukan tindakan operasi</p> <p><b>DO :</b> Terdapat luka pasif operasi apendiktomi 8cm (Tindakan invasif)</p>	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman</p>	<p>Operasi</p> <p>↓</p> <p>Luka insisi</p> <p>↓</p> <p>Pintu masuk kuman</p> <p>↓</p> <p>Resiko infeksi</p>

### 3.3 INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.3 Rencana Keperawatan Sdr. S dengan post operasi apendiksitis

No	Diagnosa keperawatan, Tujuan, Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	<p>Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan kulit</p> <p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan 1x24 jam diharapkan masalah nyeri akut teratasi dengan KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV dalam batas normal</li> <li>- Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan skala nyeri</li> <li>- Pasien tampak rileks</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring TTV pasien</li> <li>2. Kaji skala nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>4. Kolaborasikan pemberian analgesik dengan dokter</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui kondisi umum pasien</li> <li>2. Untuk mengetahui tingkat nyeri</li> <li>3. Untuk mengurangi nyeri yang dirasakan</li> <li>4. Untuk pemberian IV analgetik</li> </ol>
2	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi tanda-tanda</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. untuk mengetahui</li> </ol>

	<p>pintu masuk kuman</p> <p>Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam pasien tidak mengalami infeksi dengan</p> <p>KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan kebersihan badan,tangan</li> <li>- Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> </ul>	<p>vital</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ajarkan cara menghindari infeksi</li> <li>3. Monitor adanya luka dan tanda-tanda infeksi</li> <li>4. Anjurkan untuk tetap menjaga kebersihan</li> </ol>	<p>keadaan umum pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. untuk mencegah adanya infeksi</li> <li>3. untuk mengecek kondisi luka</li> <li>4. untuk mengurangi terjadinya infeksi</li> </ol>
--	---	--	---



### 3.4 IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.4 implementasi keperawatan Sdr. S dengan post operasi apendiktomi

HARI/ TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	PARAF
Selasa, 23 juli 2019	Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan kulit	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mengobservasi TTV TD : 120/70 mmHg RR : 20 x/menit S/N : 36°C/80 x/menit</li> <li>– Mengkaji skala nyeri Respon : Skala nyeri 6</li> <li>– Mengajarkan pasien teknik relaksasi dengan nafas dalam</li> <li>– Memposisikan klien senyaman mungkin dengan memberikan posisi semi fowler</li> <li>– Memberikan terapi IV antibiotik dan analgetik dengan kolaborasi dengan</li> </ul>	

		<p>tim medis lain</p> <p>dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ceftriaxone 3x1 1gr/8jam</li> <li>✓ Ranitidin 2x1 amp.50mg/12jam</li> <li>✓ Metronidazole 3x1 500mg/8jam</li> <li>✓ Tramadol 3x1 50mg/8jam</li> </ul>	
	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi TTV TD : 120/70 mmHg RR : 20 x/menit S/N : 36°C/82 x/menit</li> <li>- Mengajarkan cara menghindari infeksi dengan rawat luka</li> <li>- Memonitoring adanya luka post op dan tanda-tanda infeksi dengan periksa tanda-tanda</li> </ul>	

		<p>adanya</p> <p>nyeri,panas,kemerahan,bengkak,pes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan untuk tetap menjaga kebersihan dengan mencuci tangan baik dan benar</li> </ul>	
Rabu, 24 juli 2019	Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi TTV            TD : 110/70 mmHg            RR : 20 x/menit            S/N : 36°C/82 x/menit</li> <li>- Mengkaji skala nyeri            Respon : Skala nyeri 4</li> <li>- Memposisikan klien senyaman mungkin dengan posisi semi fowler</li> <li>- Memberian terapi IV antibiotik dan analgetik dengan kolaborasi tim medis</li> </ul>	

		lain dengan ✓ Ceftriaxone 3x1 1gr/8jam ✓ Ranitidin 2x1 amp.50mg/12jam m ✓ Metronidazole 3x1 500mg/8jam ✓ Tramadol 3x1 50mg/8jam	
	Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mengobservasi TTV            TD : 110/70 mmHg            RR : 20 x/menit            S/N : 36°C/82            x/menit</li> <li>– Mengajarkan cara            menghindari infeksi            dengan rawat luka</li> <li>– Memonitoring            adanya luka post op            dan tanda-tanda            infeksi dengan            periksa tanda-tanda            adanya</li> </ul>	

		<p>nyeri,panas,kemerahan,bengkak,pes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengajarkan untuk tetap menjaga kebersihan dengan mencuci tangan baik dan benar</li> </ul>	
Kamis, 25 juli 2019	Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan/kulit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi TTV TD : 110/70 mmHg RR : 20 x/menit S/N : 36,4°C/82 x/menit</li> <li>- Mengkaji skala nyeri Respon : Skala nyeri 4</li> <li>- Mengajarkan pasien teknik relaksasi dengan nafas dalam</li> <li>- Memposisikan pasien nyaman mungkin dengan memberikan posisi semi fowler</li> <li>- Memberikan terapi</li> </ul>	

		<p>IV antibiotik dan analgetik dengan kolaborasi dengan tim medis lain dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ceftriaxone 3x1 1gr/8jam</li> <li>✓ Ranitidin 2x1 amp.50mg/12jam</li> <li>✓ Metronidazole 3x1 500mg/8jam</li> <li>✓ Tramadol 3x1 50mg/8jam</li> </ul>	
	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi TTV TD : 110/70 mmHg RR : 20 x/menit S/N : 36,4°C/82 x/menit</li> <li>- Mengajarkan cara menghindari infeksi dengan rawat luka</li> <li>- Memonitoring adanya luka post op</li> </ul>	

		<p>dan tanda-tanda infeksi dengan periksa tanda-tanda adanya nyeri,panas,kemerahan,bengkak,pes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan untuk tetap menjaga kebersihan dengan mencuci tangan baik dan benar</li> </ul>	
Jum'at, 26 juli 2019	Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan/kulit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi TTV TD : 120/80 mmHg RR : 20 x/menit S/N : 36°C/78 x/menit</li> <li>- Mengkaji skala nyeri Respon : Skala nyeri 3</li> <li>- Mengajarkan pasien teknik relaksasi dengan nafas dalam</li> </ul>	
	Risiko infeksi berhubungan dengan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengobservasi TTV TD : 120/80mmHg</li> </ul>	

	pintu masuk kuman	RR : 20x/menit S/N : 36°/78x/menit – Mengajarkan menghindari infeksi dengan rawat luka – Menganjurkan untuk tetap menjaga kebersihan dengan mencuci tangan baik dan benar	
--	-------------------	--	--



### 3.5 EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.5 evaluasi Sdr. S dengan post operasi apendiktomi

HARI/TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI
Selasa, 23 juli 2019	Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan/kulit	<p><b>S:</b> pasien mengatakan nyeri pada bagian perut bawah kanan terasa panas dan tertusuk tusuk</p> <p><b>O:</b> k/u cukup, skala nyeri 6 TD : 120/70mmHg RR :20x/menit S/N : 36°C/80x/menit</p> <p><b>A;</b> Masalah belum mengatasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4</p>
	Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman	<p><b>S:</b> pasien mengatakan masih nyeri pada bagian perut bawah kanan dan masih terasa panas seperti terbakar</p> <p><b>O:</b> k/u cukup, terdapat luka diperut bagian kanan</p>

		<p>bawah,luka tampak masih baru</p> <p>TD : 120/70mmHg RR :20x/menit S/N : 36°C/80x/menit</p> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4</p>
Rabu, 24 juli 2019	Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan/kulit	<p><b>S:</b> pasien mengatakan masih nyeri di bagian luka post operasi</p> <p><b>O:</b> k/u cukup skala nyeri 4 TD : 110/70 RR : 20x/menit S/N : 36°C/82x/menit</p> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4</p>
	Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman	<p><b>S:</b> pasien mengatakan nyeri luka post op hilang timbul</p>

		<p><b>O:</b> k/u cukup, terdapat luka diperut bagian kanan bawah,  TD : 110/70mmHg RR :20x/menit S/N : 36,4°C/82x/menit</p> <p><b>A:</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dilanjutkan  1,2,3,4</p>
Kamis, 25 juli 2019	Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan/kulit	<p><b>S :</b> pasien mengatakan nyeri hilang timbul di bagian luka post operasi</p> <p><b>O :</b> k/u cukup, skala nyeri 4  TD : 110/70mmHg RR :20x/menit S/N : 36,4°C/82x/menit</p> <p><b>A :</b> Masalah belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Intervensi dilanjutkan  1,2,3,4, rencana pulang besok pada tanggal 26 Juli 2019</p>

	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman</p>	<p><b>S</b> : pasien mengatakan nyeri luka post op berkurang</p> <p><b>O</b> : k/u cukup, terdapat luka diperut bagian kanan bawah, tidak tampak gejala infeksi, TD : 110/70mmHg RR :20x/menit S/N : 36,4°C/82x/menit</p> <p><b>A</b> : Masalah belum teratasi</p> <p><b>P</b> : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4, rencana pulang besok pada tanggal 26 Juli 2019</p>
<p>Jum'at, 26 juli 2019</p>	<p>Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan/kulit</p>	<p><b>S</b> : pasien mengatakan nyeri luka post op berkurang</p> <p><b>O</b> : k/u cukup, skala nyeri 3, TD : 120/80mmHg RR :20x/menit S/N : 36°C/78x/menit</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi</p>

		<p><b>P</b> : Intervensi dihentikan, pasien pulang</p>
	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman</p>	<p><b>S</b> : pasien mengatakan nyeri luka post op berkurang</p> <p><b>O</b> : k/u cukup, terdapat luka diperut bagian kanan bawah, tidak tampak gejala infeksi, TD : 120/80mmHg RR :20x/menit S/N : 36°C/78x/menit</p> <p><b>A</b> : Masalah teratasi</p> <p><b>P</b> : Intervensi dihentikan, pasien pulang</p>

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab pembahasan ini akan diuraikan tentang kesenjangan Asuhan Keperawatan pasien dengan apendiksitis dengan post operasi apendiktomi yang terdapat dalam tinjauan kasus secara nyata yang dilaksanakan di Ruang Dahlia RS Brawijaya TK.III Surabaya. Adapun beberapa kesenjangan yang dapat penulis kemukakan antara lain sebagai berikut :

#### **4.1 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 pola makan pasien Sdr.S tidak suka mengkonsumsi makanan berserat. Pada penelitian jurnal dari Sjamsuhidayat, 2005 dalam Mutaqqin, 2011. Kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis. Dan pasien Sdr.S pola BAB sebelum sakit frekuensi 2 hari 1x,konsistensi lunak berbentuk, warna kuning, keluhan tiadak ada, selama sakit frekuensi 4 hari 1x, konsistensi lunak berbentuk, warna kuning kecoklatan, keluhan feses

keluar hanya sedikit. Penyakit radang usus buntu ini umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri, namun faktor pencetusnya ada beberapa kemungkinan yang sekarang belum dapat diketahui secara pasti.

Diantaranya faktor penyumbatan (Obstruksi) pada lapisan saluran (Lumen) apendik oleh timbunan tinja atau feses yang keras (Fekalit), hiperlasia (Pembesaran) jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, cancer primer dan striktur (Arman 2010).

Apendisitis hanya dapat diobati dengan melalui operasi untuk memperlancar kembali saluran dalam pengolahan makanan, dan menganjurkan pasien yang sudah dilakukan operasi apendisitis untuk menjaga pola makan dan memilih makanan yang tepat.

#### **4.2 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Heardman & Shigemi Kamitsu, 2015).

Berdasarkan kasus yang dialami Sdr.S, dapat ditemukan masalah nyeri akut. Sesuai dengan teori menurut NANDA (2015-2017) bahwa batasan karakteristik diagnosa nyeri akut yaitubukti nyeri dengan menggunakan standar daftar periksa nyeri untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkannya, diaforesis, dilatasi pupil, ekspresi wajah nyeri (misal mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata terpancar atau tetap pada satu fokus, meringis. Adapun batasan karateristik yang ditemukan penulis yaitu berfokus) dengan pola PQRST bertujuan untuk mengetahui

karakteristik nyeri pada pasien. Kaji tanda-tanda vital pada pasien untuk mengetahui tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi pasien. Beri posisi nyaman ( semi fowler) untuk mengalihkan nyeri dan pasien lebih rileks. Ajarkan terapi relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, salah satu metode untuk mengatasi nyeri secara non-farmakologis adalah terapi relaksasi nafas dalam (Asmadi, 2008 dalam Nurhayati, 2015).

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan suatu perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome pasien atau klien. Intervensi keperawatan mencakup baik perawatan langsung dan tidak langsung yang ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat, serta orang-orang dirujuk oleh perawat, dirujuk oleh dokter maupun pemberi pelayanan kesehatan lainnya (Bulechek, et al 2015).

Berdasarkan kasus yang dialami Sdr.S dengan masalah keperawatan nyeri akut rencana tindakan keperawatan dilakukan adalah (1) melakukan observasi TTV untuk mengetahui dan memonitor keadaan umum pasien (2) melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif untuk menentukan perawatan yang tepat pada pasien saat nyeri sedikit teratasi (Arif dan Hardi, 2015). (3) teknik relaksasi nafas dalam dapat menurunkan ketegangan fisiologis dan teknik ini dapat di lakukan dengan berbaring, teknik ini dapat dilakukan dengan baik apabila fikiran pasien tenang posisi kenyamanan pasien dan keadaan lingkungan yang mendukung. Dengan cara menarik nafas pelan seiring dengan respirasi udara pada paru



(Asmidi, 2008). Dan (4) kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain pemberian obat (Arif dan Hardi, 2015).

#### **4.4 Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan kepada pasien. pencatatan mencakup tindakan keperawatan yang diberikan baik secara mandiri maupun kolaboratif, serta pemenuhan kriteris hasil terhadap tindakan yang diberikan kepada pasien (Hutahein, 2010).

Penulis melakukan empat tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan. Implementasi yang pertama yaitu mengobservasi tanda-tanda vital dengan tujuan untuk mengetahui kondisi pasien. Implementasi yang kedua yaitu melakukan pengkajian nyeri secara konprehensif dengan tujuan untuk mengetahui skala nyeri pada pasien dan untuk menentukan tindakan yang sesuai dengan kondisi yang sesuai pada pasien (Arif dan Hardi, 2015).

Implementasi yang dilakukan selama tiga hari, hari pertama memonitoring TTV untuk mengetahui keadaan umum pasien, kedua melakukan pengkajian nyeri secara konprehensif untuk menentukan perawatan yang tepat pada pasien saat nyeri sedikit teratasi (Arif dan Hadi, 2015) yang ketiga yaitu teknik relaksasi nafas dalam dengan tujuan menurunkan ketegangan fisiologis dan teknik ini dapat dilakukan dengan berbaring, teknik ini dapat dilakukan dengan baik apabila fikiran pasien tenang posisi kenyamanan pasien dan keadaan lingkungan yang mendukung. Dengan cara menarik nafas pelan seiring dengan respirasi

udara pada paru (Asmidi, 2008). Keempat yaitu kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain pemberian obat dengan tujuan untuk menentukan pengobatan yang sesuai dengan pasien (Arif dan Hadi, 2015).

#### **4.5 Evaluasi**

Keefektifan tindakan keperawatan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi terus dievaluasi sebagai penelitian status pasien. Evaluasi harus terjadi di setiap langkah proses keperawatan (Herdman & Shigemi Kamitsuru, 2015).

Dari hasil evaluasi yang penulis lakukan didapatkan data subyektif yaitu Sdr.S mengatakan badan segar dan rileks, data obyektifnya pasien tampak rileks, tenang, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36°C nyeri akut teratasi.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Pada bab ini penulis akan menyimpulkan proses keperawatan dari pengkajian, penentuan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi tentang asuhan keperawatan pada pasien Sdr.S dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan di ruang Dahlia RS Brawijaya TK.III Surabaya dengan memberikan tindakan keperawatan relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri yang dirasakan pasien.

##### **5.1.1 Pengkajian keperawatan**

Penulis melakukan pengkajian terhadap 2 pasien yang berbeda dengan diagnosa yang sama. Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan penulis didapatkan data : data subyektif dari pasien Sdr.S di dapat dari pengkajian P : pasien mengatakan nyeri pada luka post op saat bergerak Q : Pasien mengatakan nyeri seperti terbakar atau tertusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri seperti terbakar atau tertusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri seperti terbakar atau tertusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri seperti terbakar atau tertusuk-tusuk R : Pasien mengatakan nyeri seperti terbakar atau tertusuk-tusuk S : Skala nyeri 6 T : Pasien mengatakan nyeri terus menerus. Data objektif pasien Sdr.S pasien tampak melindungi area nyeri, pasien tampak meringis kesakitan, pasien kooperatif.

### **5.1.2 Diagnosa keperawatan**

Hasil perumusan masalah yang penulis angkat sesuai dengan pengkajian keperawatan yang telah penulis lakukan yaitu nyeri akut berhubungan kerusakan jaringan.

### **5.1.3 Intervensi keperawatan**

Intervensi yang dilakukan pada pasien Sdr.S pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan diharapkan pasien ketika diberikan tindakan keperawatan rileksasi nafas dalam bertujuan untuk menurunkan nyeri yang di rasakan oleh pasien. Dengan hasil yang diharapkan dari kedua pasien mampu menunjukkan perubahan dalam penurunan nyeri yang dirasakan.

### **5.1.4 Implementasi keperawatan**

Asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien Sdr.S yaitu penulis melakukan empat tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan. Implementasi yang pertama yaitu mengobservasi tanda-tanda vital dengan tujuan untuk mengetahui kondisi pasien. Implementasi yang kedua yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif dengan tujuan untuk mengetahui skala nyeri pada pasien dan untuk menentukan tindakan yang sesuai dengan kondisi yang sesuai pada pasien. Implementasi yang ketiga yaitu teknik relaksasi nafas dalam dengan tujuan menurunkan ketegangan fisiologis dan teknik ini dapat dilakukan dengan berbaring, teknik ini dapat dilakukan

dengan baik apabila pikiran pasien tenang posisi kenyamanan pasien dan keadaan lingkungan yang mendukung. Dengan cara menarik nafas pelan seiring dengan respirasi udara pada paru. Keempat yaitu kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain pemberian obat dengan tujuan untuk menentukan pengobatan yang sesuai dengan pasien.

#### **5.1.5 Evaluasi keperawatan**

Dari hasil evaluasi yang penulis lakukan didapatkan data subyektif yaitu Sdr.S mengatakan badan segar dan rileks, data obyektif pasien tampak rileks, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 80x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36°C nyeri akut teratasi.

### **5.2 Saran**

#### **5.2.1. Bagi instansi pelayanan kesehatan (Rumah Sakit)**

Diharapkan dapat memberikan pelayanan kepada pasien dengan lebih optimal dan mempertahankan hubungan kerjasama baik antara tim kesehatan maupun pasien sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal pada umumnya.

#### **5.2.2. Bagi institusi pendidikan**

Diharapkan lebih meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang berkualitas dan profesional sehingga dapat menghasilkan perawat-perawat yang trampil, inovatif dan profesional yang memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kode etik perawat.

### 5.2.3. Bagi pasien dan keluarga

Diharapkan dapat sebagai sumber referensi dalam memberikan pilihan terhadap persiapan dengan masalah apendiksitis dengan memberikan tindakan rileksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri.

### 5.2.4. Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan kualitas kesehatan khususnya pada penderita apendiksitis, baik individu, keluarga dan masyarakat serta dapat menjadi pegangan atau manfaat bagi penulis untuk meningkatkan pengetahuan dalam perawatan pasien yang mengalami apendiksitis.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Aaan dan Rini. 2015. *Diagnosis Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Bulecheck, et al *Nursing Intervention clasification (NIC)*. Edisi 6. 2016. Elsevier. Singapore.
- Elizabeth J.Corwin. 2008. *Buku Saku Patofisiologi Corwin*. Jakarta : Aditya Media.
- Haryono. 2012. *Keperawatan medikal bedah sistem pencernaan*. Yogyakarta ; Gosyen Publishing.
- Herdman T Heather. 2015. *Nanda Internationl Inc Diagnosis Keperawatan Definisi & Klarifikasi 2015-2017*. Jakarta.ECG
- Hutahean, Serri. 2010. *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta : TIM
- Moorhead, et al. 2016. *Nursing Outcome Classification*. (NOC). Edisi 5. Elsevier Singapore
- Nikmatur Rohmah & Saiful Walid. 2016. *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jogjkarta : AR-Ruzz Media.
- Shenoy dan Nileswar. 2014. *Buku Ajar Ilmu Bedah Jilid Dua. Tangerang Selatan ; Karisma Publishing Group*.