

**PENERAPAN INTERVENSI AROMA TERAPI LAVENDER TERHADAP
PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPP APPENDECTOMY DI
RUANG BEDAH RSUD KABUPATEN MIMIKA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS
Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat
memperoleh gelar Ners



AMARANTJI KAROLINA BATLAJERY, S.Tr. Kep
NIM : PO 7120921004

PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN JURUSAN
KEPERAWATAN POLITEKNIS KESEHATAN
KEMENKES JAYAPURA
2022

PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan hasil karya saya sendiri, disusun berdasarkan pedoman tata cara penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat pernyataan yang tidak benar, saya bersedia dituntut dan menerima segala tindakan atau sanksi sesuai ketentuan hukum dan perundang-undangan yang berlaku.

Timika, Agustus 2022

Pembuat pernyataan

Amarantji Karolina Batlajery

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir
Ners yang berjudul :

**PENERAPAN INTERVENSI AROMA TERAPI LAVENDER TERHADAP
PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPP APPENDECTOMY DI
RUANG BEDAH RSUD KABUPATEN MIMIKA**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Amarantji Karolina Batlajery, S.Tr. Kep
NIM PO. 7120921004

Telah disetujui sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dan dinyatakan telah memenuhi
syarat untuk Di uji

Pembimbing


Johan Berwulo, S.Kep.Ns.,M.,Kep
NIP. 197507292010121001

Mengetahui,

Ketua Prodi Profesi Ners

Blestina Maryorita, S.Kep.,Ns.,MSN.,M.Si
196705201986012001

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

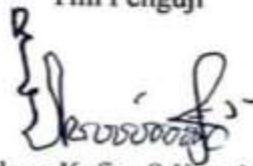
**PENERAPAN INTERVENSI AROMA TERAPI LAVENDER TERHADAP
PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPP APPENDECTOMY DI
RUANG BEDAH RSUD KABUPATEN MIMIKA**

DIAJUKAN OLEH :

AMARANTJI KAROLINA BATLAJERY, S.Tr. Kep
NIM : PO 7120921004

Telah dipertahankan didepan dewan penguji dan dinyatakan telah memenuhi
syarat untuk diterima pada tanggal : Agustus 2022

Tim Penguji



Renny Endang Kafiari S, Kep., Ns., M. Kep

NIP : 1975505162005022004

Jayapura, Agustus 2022
Ketua Prodi Sarjana Profesi Ners

Blestina Marvorita, S.Kep.,Ns.,MSN.,M.Si
NIP : 196705201986012001

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

Dalam meraih kesuksesan, kamu harus melewati berbagai rintangan. Tidak ada yang instan di dunia ini. Sebab, kamu harus bekerja keras untuk meraih kesuksesan

Persembahan

1. Tuhan Yesus Kristus yang senantiasa menyertai dan melindungi dalam kehidupan khusus nya dalam menjalani pendidikan profesi ners
2. Suami dan anak-anak tercinta yang selalu senantiasa mendoakan, serta sebagai seorang motivator pembangkit semangat untuk tetap melakukan terbaik.
3. Ibu dan Ayahanda tercinta yang selalu senantiasa mendoakan, serta sebagai seorang motivator pembangkit semangat untuk tetap melakukan terbaik.
4. Rekan - rekan seperjuangan Angkatan 2020 yang sangat luar bia

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis persembahkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas berkat dan rahmat serta bimbingan yang senantiasa diberikan kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan judul “ Penerapan intervensi aroma terapi lavender terhadap penurunan nyeri pada pasien post opp appendectomy di ruang bedah RSUD Kabupaten Mimika ”.

Tujuan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini selain untuk melengkapi tugas pada akhir Stase Tahap pendidikan Profesi, juga merupakan sebagai salah satu syarat mahasiswa untuk dapat menyelesaikan Tahap Pendidikan Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

Di dalam pengerjaan maupun penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini telah melibatkan banyak pihak yang sangat membantu dalam banyak hal. Oleh sebab itu, di sini penulis sampaikan rasa terima kasih sedalam-dalamnya kepada

1. Dr Ester Rumaseb selaku PLT Direktur Politeknik Kesehatan Jayapura
2. Ibu Blestina Maryorita, S.Kep.,Ns.,MSN.,M.Si selaku Ketua Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura
3. Bapak Johan Berwulo,S.Kep.,Ns.M.,Kep sebagai pembimbing yang banyak memberikan arahan, ide, petunjuk dan motivasi selama penyusunan Kian ini.
4. Para dosen serta staf pengelola Program Studi Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

5. Sahabat dan rekan pejuang Ners Angkatan ke II tercinta yang telah kompak dalam memberi dukungan dan saling memotivasi satu dan yang lain.
6. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini yang tidak bisa penulis sebutkan semuanya.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini sepenuhnya masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Sehingga saran dan kritik pembaca yang dimaksud untuk mewujudkan kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini penulis sangat hargai. Semoga Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat khususnya bagi Ilmu Keperawatan.

Timika, Agustus 2022

Penulis

HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR

Sebagai sivitas akademik Poltekkes Kemenkes Jayapura, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : AMARANTJI KAROLINA BATLAJERY, S.Tr.Kep
NIM : PO 7120921004
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Poltekkes kemenkes Jayapura **Hak Bebas Royalti Non Esklusif (*Non exclusive Royalry- free Right*)** atas KIA-N saya berjudul :

**PENERAPAN INTERVENSI AROMA TERAPI LAVENDER TERHADAP
PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPP APPENDECTOMY DI
RUANG BEDAH RSUD KABUPATEN MIMIKA**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan) dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Poltekkes Kemenkes jayapura berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya perbuat dengan sebenarnya

Dibuat di : Mimika
Pada tanggal : Agustus 2022

Yang menyatakan

(Amarantji Karolina Batlajery, S.Tr.Kep)

**PENERAPAN INTERVENSI AROMA TERAPI LAVENDER TERHADAP
PENURUNAN NYERI PADA PASIEN POST OPP APPENDECTOMY DI
RUANG BEDAH RSUD KABUPATEN MIMIKA**

Amarantji Karolina Batlajery *, Johan berwulo
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura,
Jl. Padang Bulan II Hedam Heram Abepura Jayapura

ABSTRAK

Latar Belakang Tindakan post *Appendectomy* merupakan tindakan invasif yang menimbulkan rasa nyeri pada pasien. Prioritas perawatan pada pasien apendisitis post operasi yaitu menghilangkan atau mengatasi nyeri. Aromaterapi *lavender* memiliki kandungan *linalool* dan *linalyl asetat* yang memiliki efek sedatif dan narkotik yang berfungsi untuk menenangkan sehingga dapat menurunkan nyeri.

Tujuan menganalisa hasil implementasi asuhan keperawatan dengan intervensi pemberian Aromaterapi lavender terhadap pemenuhan kebutuhan nyeri pada pasien post *appendectomy*

Metode penulisan pada tulisan ini adalah studi kasus pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerapan *Evidence Based Nursing* (EBN). dari pengkajian didapatkan diagnosa utamanya yaitu nyeri akut. Aromaterapi *lavender* dilakukan selama 6 jam dengan memberikan empat tetes *essential oil* pada kassa letakkan di daerah kerah atau ± 20 cm jauh dari kepala dan diganti selang 60 menit lalu lakukan pengkajian nyeri kembali dengan *Visual Analogue Scale* (VAS).

Hasil terjadi penurunan skala nyeri dari 6 ke skala 2 . Disarankan kepada perawat dapat menerapkan pemberian aromaterapi *lavender* untuk mengurangi nyeri pada pasien apendisitis pasca *appendectomy*.

Kata Kunci : *Appendectomy, Aromaterapi, Lavender, Nyeri*

***APLICATION OF LAVENDER AROMATHERAPY INTERVENTION TO
REDUCE PAIN IN POST-OPERATIVE APPENDECTOMY PATIENS IN
THE OPERATING ROOM OF THE MIMIKA DISTRAC HOSPITEL***

*Amarantji Karolina Batlajery *, Johan berwulo
Department of Nursing Poltekkes Kemenkes Jayapura,
Jl. Padang Month II Hedam Heram Abepura Jayapura*

ABSTRACT

Background Post appendectomy is an invasive procedure that causes pain in patients. The priority of care in postoperative appendicitis patients is to eliminate or overcome pain. Lavender aromatherapy contains linalool and linalyl acetate which has a sedative and narcotic effect that serves to calm and reduce pain.

The purpose of analyzing the results of the implementation of nursing care with the intervention of giving lavender aromatherapy to the fulfillment of pain needs in post appendectomy patients

The writing method in this paper is a case study of the implementation of nursing care and the application of Evidence Based Nursing (EBN). From the examination, the main diagnosis was acute pain. Lavender aromatherapy was carried out for 6 hours by giving four drops of essential oil on gauze placed in the collar area or $\pm$ 20 cm away from the head and replaced with an interval of 60 minutes and then doing a pain assessment again with the Visual Analogue Scale (VAS).

The result is a decrease in pain scale from 6 to a scale of 2 . It is suggested that nurses can apply lavender aromatherapy to reduce pain in appendicitis patients after appendectomy.

Keywords : Aromatherapy, Appendectomy, Lavender, Pain

DAFTAR PUSTAKA

PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
KARYA ILMIAH AKHIR NERS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR PUSTAKA	x
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
A. Tujuan Penulisan	5
B. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. KONSEP APENDISITIS	7
1. Klasifikasi Apendisitis	7
2. Etiologi	8
3. Manifestasi Klinis	9
4. Patofisiologi	10
5. Komplikasi	13
6. Pemeriksaan Diagnostik	13
7. Penatalaksanaan	15
B. KONSEP NYERI	17
1. Defenisi Nyeri	17
2. Klasifikasi Nyeri	18
3. Alat ukur nyeri menurut	22
4. Pengalaman nyeri	27
5. Penatalaksanaan Nyeri	28
C. KONSEP AROMATERAPI LAVENDER.....	33
1. Definisi	33
2. Manfaat Arometerapi	35
D. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN.....	40
1. Pengkajian Keperawatan	40

2. Diagnosa Keperawatan	48
3. Masalah keperawatan	48
4. Intervensi Keperawatan	52
5. Implementasi	54
6. Evaluasi Keperawatan	54
BAB III ASUHAN KEPERAWATAN	57
1. Pengkajian	58
2. Pemeriksaan Fisik	65
3. Analisa Data	69
4. Diagnosa Keperawatan	71
5. Intervensi	72
6. Implementasi dan Evaluasi	75
BAB IV ANALISIS SITUASI	84
1. Analisa Masalah Keperawatan Pada Pasien Kelolaann.....	84
2. Analisa Based Evidence	87
3. Alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan	93
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	94
A. Kesimpulan	94
B. Saran	94
DAFTAR PUSTAKA	96

BAB I

PENDAHULUAN

A. 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 WHO (2018), di beberapa negara berkembang seperti di negara Singapura memiliki prevalensi 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 apendektomi 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, 2019), kasus apendisitis pada tahun 2016 sebanyak 65.755 orang dan pada tahun 2018 jumlah pasien apendisitis sebanyak 75.601 orang.

Prevalensi apendisitis di Dinkes Kabupaten Mimika menyebutkan pada tahun 2017 -2020 jumlah kasus apendisitis sebanyak 2.980 penderita dan 155 penderita diantaranya menyebabkan kematian (Dinas Kesehatan, 2021). Angka kejadian penyakit apendisitis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Mimika pada tahun 2020 jumlah kasus apendisitis sebanyak 76 orang dan pada tahun 2021 sebanyak 52 orang.

Gejala klinis apendiksitis biasanya adanya rasa nyeri dan tegangnya otot pada bagian umbilikus yang menjalar bagian bawah (Manuaba, 2017). 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, 2018).

Appendectomy merupakan pembedahan mengangkat apendiks yang dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi (Jitowiyono dkk, 2012). pembedahan itu memberikan efek nyeri pada pasien sehingga memerlukan penanganan khusus. Masalah yang sering muncul pada saat selesai tindakan operasi appendectomy. ialah nyeri, nyeri yang dirasakan klien pada luka bekas insisi yang disebabkan karena adanya stimulus nyeri pada daerah luka insisi yang menyebabkan keluarnya mediator nyeri yang dapat menstimulasi transmisi impuls disepanjang serabut syaraf aferen nosiseptor ke substansi dan diinterpretasikan sebagai nyeri (Smeltzer & Bare, 2010). Selain dari stimulasi nyeri yang dirasakan klien, komplikasi yang bisa terjadi pada pasien pasca appendectomy adalah kelemahan sehingga pasien tidak toleran terhadap

aktivitas sehari-harinya, resiko infeksi karena luka insisi post appendectomy dan pemantauan terhadap nutrisi dan diit setelah menjalani operasi (Muttaqin & Sari, 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) dan relaksasi (nafas dalam, pijatan, musik, dan aroma terapi)

Aroma terapi adalah suatu terapi alternatif yang digunakan sebagai salah satu cara perawatan tubuh dan atau penyembuhan penyakit dengan menggunakan minyak esensial (Jaelani, 2014). Mekanisme kerja perawatan aromaterapi dalam tubuh manusia berlangsung melalui dua sistem fisiologis, yaitu sirkulasi tubuh dan sistem penciuman. Aromaterapi

Salah satu tumbuhan yang memiliki fungsi sebagai aromaterapi adalah bunga Lavender. Pada saat aromaterapi Lavender dihirup, molekul yang mudah menguap akan membawa unsur aromatic yang akan merangsang memori dan 4 respon emosional yang menyebabkan perasaan tenang dan rileks serta dapat memperlancar aliran darah (Ridho, 2015).

Lavender mengandung Nerol yang mempunyai bau harum sehingga biasa digunakan sebagai bahan minyak bau terapi yang dapat memberikan efek menenangkan, mengurangi depresi, stress, ketegangan, mengendorkan saraf

dan mengurangi nyeri. Selain kandungan nerol pada Lavender juga memiliki kandungan citral, eugenol, geraniol, citronellol, farnesol, linalool, dan phenylethyl alcohol. Penggunaan aromaterapi Lavender bisa menumbuhkan perasaan tenang pada jasmani, pikiran, dan rohani.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Baiq Nurul (2019) pengaruh Aromaterapi Lavender terhadap intensitas nyeri pasien Post appendectomy dengan hasil penelitian yang menyatakan terdapat pengaruh intervensi Aromaterapi Lavender dalam menurunkan skala nyeri yang dirasakan pasien post appendectomy (Baiq Nurul, 2019). Simanjuntak dan Maharani (2019) juga membuktikan bahwa aromaterapi lavender dapat menurunkan intensitas nyeri dari skala nyeri berat menjadi skala nyeri ringan

Berdasarkan hasil observasi serta wawancara yang dilakukan di ruang di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Mimika pada perawat ruangan didapatkan masalah keperawatan post operasi yang paling banyak dialami pasien di ruang rawat yaitu nyeri akut. Perawat ruangan mengatakan untuk intervensi yang diberikan biasanya yaitu pemberian analgesik, sedangkan untuk terapi non farmakologi yang diajarkan yaitu terapi relaksasi dengan teknik nafas dalam dan tidak pernah dilakukan pemberian aroma terapi lavender untuk mengontrol nyeri yang dirasakan oleh pasien.

Berdasarkan fenomena dan latar belakang diatas penulis tertarik untuk melakukan aplikasi aromaterapi essential oil lavender pada pasien post operasi appendectomy di ruangan di ruang Bedah Kabupaten Mimika.

A. Tujuan Penulisan

a. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini untuk melakukan Analisa Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien post operasi Appendectomy dengan intervensi pemberian aromaterapi Levender terhadap Penurunan Skala Nyeri Pasien post operasi Appendectomy di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Mimika

b. Tujuan Khusus

- 1) Menganalisis kasus kelolaan pada pasien dengan diagnosa medis post operasi Appendectomy di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Mimika
- 2) Menganalisis Intervensi Inovasi Aroma terapi Lavender terhadap penurunan skala nyeri pasien post operasi Appendectomy di Ruang Bedah RSUD Kabupaten Mimika
- 3) Melakukan implementasi inovasi aroma terapi Lavender terhadap penurunan skala nyeri pada post opp Appendectomy di ruang bedah RSUD Kabupaten Mimika
- 4) Mengevaluasi keberhasilan pemberian inovasi aroma terapi Lavender terhadap penurunan skala nyeri pada pasien post Opp Appendectomy di ruang Bedah RSUD Kabupaten Mimika

B. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

a. Bagi pasien

Dapat menambah ilmu pengetahuan dalam menurunkan skala nyeri yang dirasakan dan memberikan inovasi baru bagi pasien

b. Bagi perawat

Dapat dijadikan sebagai dasar untuk mengembangkan ilmu pengetahuan terutama dalam memberikan intervensi keperawatan mandiri serta mengembangkan keterampilan perawat dalam penatalaksanaan manajemen nyeri pada pasien

c. Bagi tenaga kesehatan

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya Tindakan dalam memberikan terapi komplementer salah satunya adalah Tindakan pemberian Aromaterapi Lavender terhadap penurunan skala nyeri pasien post operasi appendectomy

2. Manfaat Teoritis

a) Manfaat Teoritis

1) Bagi Penulis

Dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti dalam melakukan analisa pengaruh intervensi aroma terapi lavender terhadap penurunan skala nyeri pasien post operasi appendectomy

2) Bagi Rumah sakit

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya Tindakan dalam memberikan terapi komplementer salah satunya

adalah Tindakan pemberian Aromaterapi Lavender terhadap penurunan skala nyeri pasien post operasi appendectomy

3) Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi referensi untuk laporan asuhan keperawatan selanjutnya tentang penggunaan aromaterapi lavender pada pasien dalam penurunan skala nyeri pasien post operasi appendectomy

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP TEORI APENDISITIS

1. Defenisi

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Apendiks disebut juga umbai 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)

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada apendiks vermiformis atau umbai cacing. Bila apendisitis tidak ditangani, dapat menyebabkan peritonitis dan juga berisiko terjadinya perforasi (Mehrabi, 2010 dalam Imaligy, 2012).

Apendisitis merupakan proses peradangan akut maupun kronis yang terjadi pada apendiks vermiformis oleh karena adanya sumbatan yang terjadi pada lumen apendiks. Gejala yang pertama kali dirasakan pada umumnya adalah berupa nyeri pada perut kuadran kanan bawah. Selain itu mual dan muntah sering terjadi beberapa jam setelah muncul nyeri, yang berakibat pada penurunan nafsu makan sehingga dapat menyebabkan anoreksia (Fransisca dkk, 2019).

2. Klasifikasi Apendisitis

C. Menurut Sjamsuhidajat & Wim (2010) klasifikasi apendisitis terbagi menjadi dua yaitu :

a. Apendisitis Akut

apendisitis akut sering muncul dengan gejala yang khas, didasari oleh radang mendadak pada apendiks yang disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal. Gejala apendisitis akut ialah nyeri samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral didaerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual, muntah dan umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik Mc. Burney. Nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

b. Apendisitis Kronik

Diagnostik apendisitis kronik baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu. Radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik, dengan kritea fibrosis menyeluruh di dinding apendiks, sumbatan parsial atau total di adanya sel inflamasi kronik.

1. Etiologi

Obstruksi atau penyumbatan pada lumen apendiks menyebabkan radang apendiks. Lendir kembali dalam lumen apendiks menyebabkan bakteri yang biasanya hidup di dalam apendiks bertambah banyak. Akibatnya apendiks membengkak dan menjadi terinfeksi. Sumber penyumbatan meliputi (NIH & NIDDK, 2012) :

- a. Fecalith (Massa feses yang keras)
- b. Benda asing (Biji-bijian)
- c. Tumor apendiks

d. Pelekukan/terpuntirnya apendiks

e. Hiperplasia dari folikel limfoid

Penyebab lain yang diduga menimbulkan apendisitis adalah ulserasi mukosa apendiks oleh parasit *Entamoeba histolytica* (Warsinggih, 2016).

2. Manifestasi Klinis

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

a. Nyeri

Penderita apendisitis umumnya akan mengeluhkan nyeri pada perut kuadran kanan 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.

3. Patofisiologi

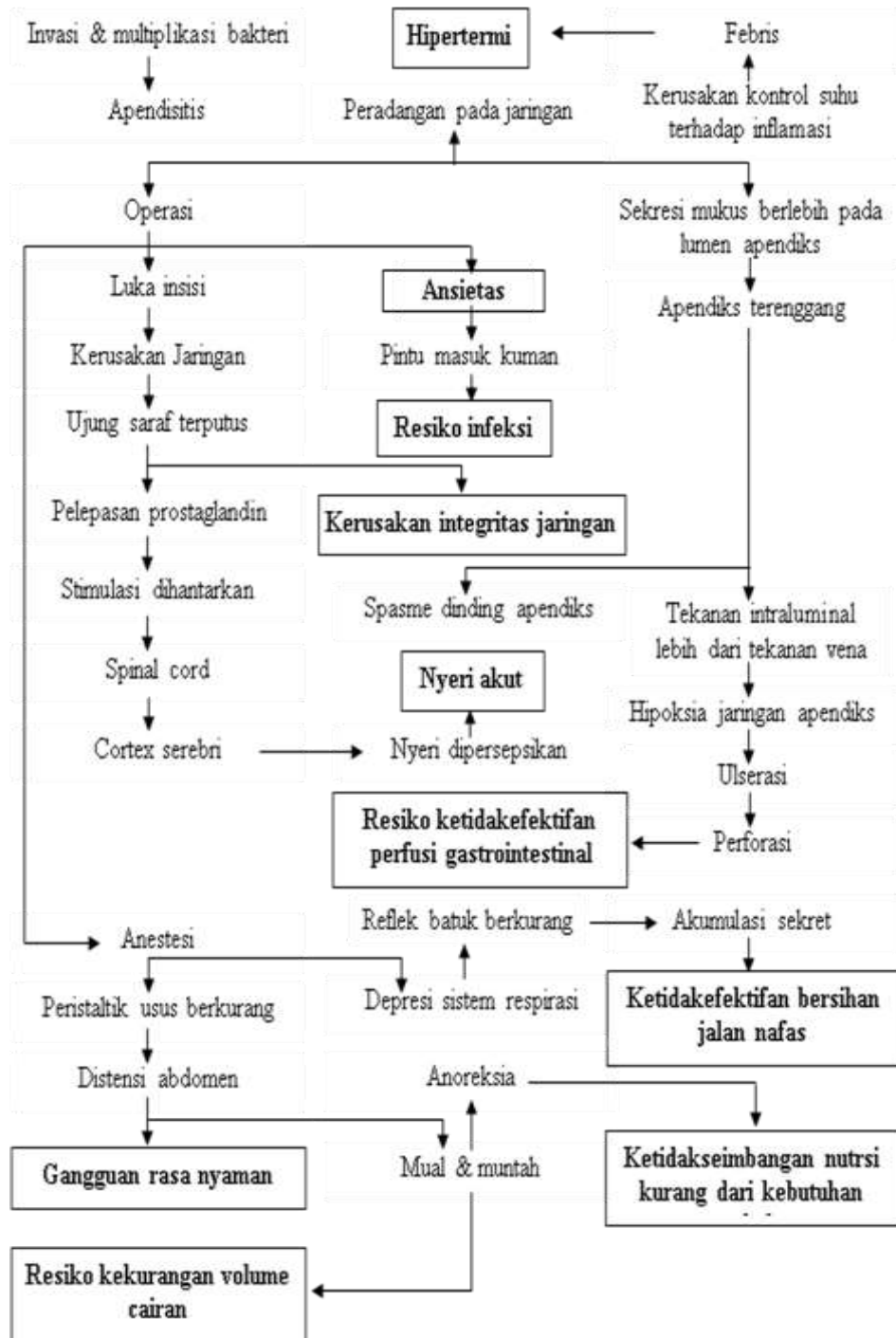
Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks, dapat terjadi karena berbagai macam penyebab, antara lain obstruksi oleh fecalith. Feses mengeras, menjadi seperti batu (fecalith) dan menutup lubang penghubung apendiks dan caecum tersebut. Terjadinya obstruksi juga dapat terjadi karena 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, 2010).

3. Patway



4. Komplikasi

Komplikasi dari apendisitis yang paling sering adalah perforasi. Perforasi dari apendiks dapat menyebabkan timbulnya abses periapendisitis, yaitu terkumpulnya pus yang terinfeksi bakteri atau peritonitis difus (infeksi dari dinding rongga abdomen dan pelvis). Apendiks menjadi terinflamasi, bisa terinfeksi dengan bakteri dan bisa dipenuhi dengan pus hingga pecah, jika apendik tidak diangkat tepat waktu. Pada apendisitis perforasi, terjadi diskontinuitas pada lapisan muskularis apendiks yang terinflamasi, sehingga pus didalam apendiks keluar ke rongga perut.

Alasan utama dari perforasi apendiks adalah tertundanya diagnosis dan tatalaksana. Pada umumnya, makin lama penundaan dari diagnosis dan tindakan bedah, kemungkinan terjadi perforasi makin besar. Untuk itu jika apendisitis telah di diagnosis, tindakan pembedahan harus segera dilakukan (Imaligy, 2012).

5. Pemeriksaan Diagnostik

a. Laboratorium

1) Tes Darah

Tes darah dapat menunjukkan tanda-tanda infeksi, seperti jumlah leukosit yang tinggi. Tes darah juga dapat menunjukkan dehidrasi atau ketidakseimbangan cairan dan elektrolit. Elektrolit adalah bahan kimia dalam cairan tubuh, termasuk natrium, kalium, magnesium, dan klorida.

2) Urinalisis

Urinalisis digunakan untuk melihat hasil sedimen, dapat normal atau terdapat leukosit dan eritrosit lebih dari normal bila apendiks yang meradang menempel pada ureter atau vesika. Pemeriksaan urin juga penting untuk melihat apakah ada infeksi saluran kemih atau infeksi ginjal.

b. Radiotologi

1) Ultrasonografi (USG)

USG dapat membantu mendeteksi adanya tanda-tanda peradangan, usus buntu yang pecah, penyumbatan pada lumen apendiks, dan sumber nyeri perut lainnya. USG adalah pemeriksaan penunjang pertama yang dilakukan untuk dugaan apendisitis pada bayi, anak-anak, dewasa, dan wanita hamil.

2) Magnetic Resonance Imaging (MRI)

MRI dapat menunjukkan tanda-tanda peradangan, semburan usus buntu, penyumbatan pada lumen apendiks, dan sumber nyeri perut lainnya. MRI yang digunakan untuk mendiagnosis apendisitis dan sumber nyeri perut lainnya merupakan alternatif yang aman dan andal daripada pemindaian tomografi terkomputerisasi.

3) CT Scan

CT scan perut dapat menunjukkan tanda-tanda peradangan, seperti usus yang membesar atau abses massa yang berisi nanah yang dihasilkan dari upaya tubuh untuk mencegah infeksi agar tidak

menyebarkan dan sumber nyeri perut lainnya, seperti semburan apendiks dan penyumbatan di lumen apendiks. Wanita usia subur harus melakukan tes kehamilan sebelum menjalani CT scan. Radiasi yang digunakan dalam CT scan dapat berbahaya bagi janin yang sedang berkembang. (NIH & NIDDK, 2012)

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada penderita apendisitis meliputi (Oswari, 2000) :

a. Terapi Konservatif

Penanggulangan konservatif terutama diberikan pada penderita yang tidak mempunyai akses ke pelayanan bedah berupa pemberian antibiotik. Pemberian antibiotik berguna untuk mencegah infeksi. Pada penderita apendisitis perforasi, sebelum operasi dilakukan penggantian cairan dan elektrolit, serta pemberian antibiotik sistemik.

b. Operasi

Bila diagnosa sudah tepat dan jelas ditemukan apendisitis maka tindakan yang dilakukan adalah operasi membuang apendiks. Pembedahan untuk mengangkat apendiks disebut operasi appendectomy. Seorang ahli bedah melakukan operasi menggunakan salah satu metode berikut :

1) Laparotomi

Tindakan laparotomi apendektomi merupakan tindakan konvensional dengan membuka dinding abdomen. Tindakan ini

juga digunakan untuk melihat apakah ada komplikasi pada jaringan apendiks maupun di sekitar apendiks. Tindakan laparatomi dilakukan dengan membuang apendiks yang terinfeksi melalui suatu insisi di regio kanan bawah perut dengan lebar insisi sekitar 3 hingga 5 inci. Setelah menemukan apendiks yang terinfeksi, apendiks dipotong dan dikeluarkan dari perut.

Tidak ada standar insisi pada operasi laparatomi apendiktomi. Hal ini disebabkan karena apendiks merupakan bagian yang bergerak dan dapat ditemukan diberbagai area pada kuadran kanan bawah. Ahli bedah harus menentukan lokasi apendiks dengan menggunakan beberapa penilaian fisik agar dapat menentukan lokasi insisi yang ideal. Ahli bedah merekomendasikan pembatasan aktivitas fisik selama 10 hingga 14 hari pertama setelah laparotomi. Sayatan pada bedah laparatomi menimbulkan luka yang berukuran besar dan dalam, sehingga membutuhkan waktu penyembuhan yang lama dan perawatan berkelanjutan. Pasien akan dilakukan pemantauan selama di rumah sakit dan mengharuskan pasien mendapat pelayanan rawat inap selama beberapa hari (Smeltzer & Bare, 2013).

2) Laparascopi

Laparaskopi apendiktomi merupakan tindakan bedah invasive minimal yang paling banyak digunakan pada kasus appendicitis akut. Tindakan apendiktomi dengan menggunakan laparaskopi

dapat mengurangi ketidaknyamanan pasien jika menggunakan metode open apendiktomi dan pasien dapat menjalankan aktifitas paska operasi dengan lebih efektif (Hadibroto, 2017).

D. KONSEP NYERI

1. Defenisi Nyeri

International association for study of pain (IASP) nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisinya nyeri. Secara umum nyeri adalah suatu rasa tidak nyaman, baik ringan maupun berat. Nyeri di definisikan dalam suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya diketahui bila seseorang pernah mengalaminya (Tamsuri, 2014). Nyeri sebagai suatu subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual, potensial atau yang dirasakan dalam kejadian-kejadian saat terjadi kerusakan (Andarmoyo, 2014).

Nyeri suatu kondisi yang lebih dari pada sensasi tunggal yang disebabkan oleh *stimulus* tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual. Selain itu nyeri juga bersifat tidak menyenangkan, sesuatu kekuatan yang mendominasi, dan bersifat tidak berkesudahan. *Stimulus* nyeri dapat bersifat fisik dan/atau mental, dan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seseorang. Nyeri melelahkan dan menuntut energi seseorang sehingga dapat mengganggu hubungan personal dan

mempengaruhi makna kehidupan. Nyeri tidak dapat diukur secara objektif, seperti menggunakan sinar-X atau pemeriksaan darah. Walaupun tipe nyeri tertentu menimbulkan gejala yang dapat diprediksi, sering kali perawat mengkaji nyeri dari kata-kata, perilaku ataupun respons yang diberikan oleh klien. Hanya klien yang tahu apakah terdapat nyeri dan seperti apa nyeri tersebut. Untuk membantu seorang klien dalam upaya menghilangkan nyeri maka perawat harus yakin dahulu bahwa nyeri itu memang ada. Kerusakan pada jaringan yang berpotensi rusak atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan nyeri merupakan mekanisme yang bertujuan untuk melindungi diri (Potter & Perry, 2015).

2. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri menurut (Andarmoyo, 2014) yaitu :

a. Klasifikasi nyeri berdasarkan durasi

1) Nyeri akut

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau *intervensi* bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Tujuan definisi, nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut adalah memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang. Nyeri akut akan berhenti dengan sendirinya (*self-limiting*) dan akhirnya menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih

pada di area yang terjadi kerusakan. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari enam bulan), memiliki onset yang tiba-tiba, dan terlokalisasi. Nyeri ini disebabkan trauma bedah atau *inflamasi*. Kebanyakan orang pernah mengalami nyeri jenis ini, seperti pada sakit kepala, sakit gigi, terbakar, tertusuk duri, dan lain sebagainya.

Nyeri akut terkadang disertai oleh aktifitas sistem syaraf simpatis yang akan memperlihatkan gejala-gejala seperti peningkatan *respirasi*, peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut jantung, dan dilatasi *pupil*. Secara *verbal* pasien yang mengalami nyeri akan melaporkan adanya ketidaknyamanan berkaitan dengan nyeri yang dirasakannya. Pasien yang mengalami nyeri akut biasanya juga akan memperlihatkan respons emosi dan perilaku seperti menangis, mengerang kesakitan, dan mengerutkan wajah.

2) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan atau *intermiten* yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik berlangsung lama, *intensitas* yang bervariasi, dan biasa berlangsung lebih dari enam bulan. Nyeri kronik tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dengan tepat dan sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respons terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya.

3. Klasifikasi berdasarkan asal

1) Nyeri *nosiseptif*

Nyeri *nosiseptif* merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau *sensititasi nosiseptorperifer* yang merupakan *reseptor* khusus yang mengantarkan stimulus *noxious*. Nyeri *nosiseptorperifer* dapat terjadi karena adanya stimulus yang mengenai kulit, tulang sendi, otot, jaringan ikat, dan lain-lain. Dilihat dari sifat nyerinya maka nyeri *nosiseptif* merupakan nyeri akut. Nyeri akut merupakan nyeri *nosiseptif* yang lebih mengenai daerah *perifer* dan letaknya lebih terlokalisasi.

3) Nyeri *neuropatik*

Nyeri *neuropatik* merupakan suatu hasil cedera atau *abnormalitas* yang didapat pada struktur saraf *perifer* maupun sentral. Berbeda dengan nyeri *nosiseptif*, nyeri *neuropatik* bertahan lebih lama dan merupakan proses input saraf *sensorik* yang *abnormal* oleh sistem saraf *perifer*. Nyeri ini lebih sulit diobati. Pasien akan mengalami nyeri seperti terbakar. Nyeri *neuropatik* dari sifat nyerinya merupakan nyeri *kronis*.

b. Klasifikasi berdasarkan lokasi menurut (Andarmoyo, 2014)

Klasifikasi nyeri berdasarkan lokasinya dibedakan sebagai berikut:

1) *Superficial* atau *kutaneus*

Nyeri *Superficial* adalah nyeri yang disebabkan stimulasi kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung nyeri dan terlokalisasi.

Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam. Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

2) *Visceral* dalam

Nyeri *visceral* adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal. Karakteristik nyeri bersifat difus dan dapat menyebar ke beberapa arah. Durasinya bervariasi tetapi biasanya berlangsung lebih lama daripada *superficial*. Pada nyeri ini juga menimbulkan rasa tidak menyenangkan, dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Nyeri tajam, tumpul, atau unik tergantung organ yang terlibat. Contohnya sensasi pukul (*crushing*) seperti *angina pectoris* dan sensasi terbakar seperti ulkus lambung.

3) Nyeri alih

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri viseral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Jalan masuk neuron sensoris dari organ yang terkena ke dalam segmen medulla spinalis sebagai neuron dari tempat asal nyeri dirasakan, persepsi nyeri pada daerah yang tidak terkena. Karakteristik nyeri dapat terasa dibagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik. Contohnya nyeri yang terjadi pada infark miokard, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu yang dapat mengalihkan nyeri ke selangkangan.

4) Radiasi

Nyeri radiasi merupakan sensasi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain. Karakteristiknya nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang bagian tubuh. Nyeri dapat menjadi intermiten atau konstan. Contohnya nyeri punggung bagian bawah akibat diskus intravertebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik

4. Alat ukur nyeri menurut (Andarmoyo, 2014)

1) *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Dua ujung ekstrem juga digunakan pada skala ini, sama seperti pada VAS atau skala red nyeri . Skala numerik verbal ini lebih bermanfaat pada periode pascabedah, karena secara alami verbal / kata-kata tidak terlalu mengandalkan koordinasi visual dan motorik. Skala verbal menggunakan kata - kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



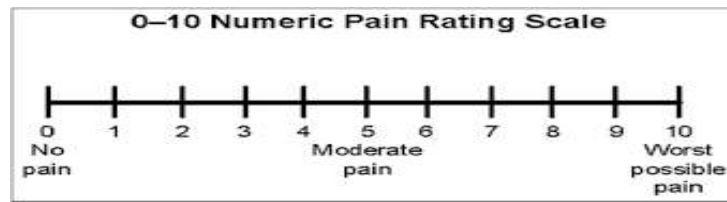
Gambar 2.1 *Verbal rating scala*

2) Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale*)

VDS merupakan garis yang terdiri atas tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama disepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari tidak terasa nyeri sampai terasa nyeri (nyeri yang tidak tertahankan). Pengukur menunjukkan pada pasien skala tersebut atau memintanya untuk memilih intensitas nyeri yang dirasakannya.

3) Skala Intensitas Nyeri Numerik (*Numerical Rating Scale*)

NRS digunakan lebih sebagai pengganti atau pendamping VDS, klien memberikan penilaian 0 sampai 10. Nyeri pasien akan dikategorikan tidak nyeri (0). Nyeri sedang (1-3) secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik. Nyeri ringan (4-6) secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik. Nyeri berat (7-9) secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih merespon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendiskripsikannya, serta tidak dapat diatasi dengan alih posisi, nafas panjang, dan distraksi. Nyeri hebat (10) .



Gambar 2.2 Skala nyeri Numerik

Menurut (Yudiyanta, 2015). Penilaian nyeri yang dirasakan klien yaitu :

- a) 0 = Tidak ada rasa sakit. Merasa normal
- b) 1 = nyeri hampir tak terasa (sangat ringan) = Sangat ringan, seperti gigitan nyamuk. Sebagian besar waktu klien tidak pernah berpikir tentang rasa sakit
- c) 2 = (tidak menyenangkan) = nyeri ringan, seperti cubitan ringan pada kulit
- d) 3 = (bisa ditoleransi) = nyeri Sangat terasa, seperti pukulan ke hidung menyebabkan hidung berdarah, atau suntikan oleh dokter
- e) 4 = (menyedihkan) = Kuat, nyeri yang dalam, seperti sakit gigi atau rasa sakit dari sengatan lebah
- f) 5 = (sangat menyedihkan) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk, seperti pergelangan kaki terkilir
- g) 6 = (intens) = Kuat, dalam, nyeri yang menusuk begitu kuat sehingga tampaknya sebagian mempengaruhi sebagian indra klien, menyebabkan tidak fokus, komunikasi terganggu

- h) 7 = (sangat intens) = Sama seperti 6 kecuali bahwa rasa sakit benar-benar mendominasi indra klien menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tak mampu melakukan perawatan diri
- i) 8 = (benar-benar mengerikan) = Nyeri begitu kuat sehingga klien tidak lagi dapat berpikir jernih, dan sering mengalami perubahan kepribadian yang parah jika sakit datang dan berlangsung lama
- j) 9 = (menyiksa tak tertahankan) = Nyeri begitu kuat sehingga klien tidak bisa mentolerirnya dan sampai-sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, tidak peduli apa efek samping atau risikonya
- k) 10 = (sakit tak terbayangkan tak dapat diungkapkan) = Nyeri begitu kuat tak sadarkan diri. Kebanyakan orang tidak pernah mengalami sakala rasa sakit ini. Karena sudah keburu pingsan seperti mengalami kecelakaan parah, tangan hancur, dan kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa parah.

4) *Visual Analog Scale (VAS)*

VAS merupakan alat pengukur tingkat nyeri yang lebih sensitive karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian angka yang menurut mereka paling tepat dalam menjelaskan tingkat nyeri yang dirasakan pada satu waktu. VAS tidak melabelkan suatu divisi, tapi terdiri dari sebuah garis lurus yang dibagi secara merata menjadi 10 segmen dalam angka 0 sampai 10 dan memiliki alat pendiskripsi

verbal pada setiap ujungnya. Pasien diberitahu bahwa 0 menyatakan “tidak ada nyeri sama sekali” dan sepuluh menyatakan “nyeri paling parah” yang klien dapat bayangkan. Skala ini memberikan kebebasan kepada pasien untuk mengidentifikasi keparahan nyeri (Potter & Perry, 2015). mampu berkomunikasi atau memukul.



Gambar 2.3 *Visual Analog Scale*

5) Skala Wajah (Wong-Baker Faces Pain Rating Scale)

Penilaian nyeri menggunakan skala Wong-Baker sangatlah mudah namun perlu kejelian sipenilai pada saat memperhatikan ekspresi wajah penderita karena penilaian menggunakan skala ini dilakukan dengan hanya melihat ekspresi wajah penderita pada saat bertatap muka tanpa menanyakan keluhannya. Skala Wong-Baker (berdasarkan ekspresi wajah) dapat dilihat dibawah :



Gambar 2.4 *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*

Ekspresi wajah

- a) 1 : tidak merasa nyeri sama sekali
- b) 2 : nyeri hanya sedikit

- c) 3 : sedikit lebih nyeri 5
 - d) 4 : jauh lebih nyeri 6
 - e) 5 : jauh lebih nyeri sangat 7)
 - f) 6 : sangat nyeri luar biasa hingga penderita menangis
- (Andarmoyo, 2013).

5. Pengalaman nyeri

Terdapat 3 fase pengalaman nyeri yaitu :

1) Fase antisipasi

Fase antisipasi terjadi sebelum nyeri diterima. Fase ini mungkin bukan merupakan fase yang paling penting karena fase ini bisa mempengaruhi dua fase lain. Pada fase ini memungkinkan seseorang belajar tentang nyeri dan upaya untuk menghilangkan nyeri tersebut. Peran perawat dalam memberikan informasi yang adekuat pada pasien.

2) Fase sensasi

Fase sensasi terjadi pada saat nyeri terasa. Fase ini terjadi ketika pasien merasakan nyeri, karena nyeri itu bersifat subjektif maka tiap orang dalam menyikapi nyeri juga berbeda-beda. Toleransi terhadap nyeri juga akan berbeda antara satu orang dengan lain. Orang yang mempunyai tingkat toleransi tinggi terhadap nyeri tidak akan mengeluh nyeri dengan stimulus kecil. Sebaliknya, orang yang toleransi terhadap nyerinya rendah akan mudah merasa nyeri dengan stimulus nyeri kecil. Pasien dengan tingkat toleransi tinggi terhadap

nyeri mampu menahan nyeri terhadap bantuan. Sebaliknya, orang yang toleransi terhadap nyerinya rendah sudah mencari upaya mencegah nyeri, sebelum nyeri datang.

3) Fase akibat atau aftermath

Fase ini terjadi saat nyeri sudah berkurang atau hilang. Pada fase ini pasien masih membutuhkan kontrol dari perawat, karena nyeri bersifat krisis sehingga dimungkinkan pasien mengalami gejala sisa pasca nyeri. Apabila pasien mengalami nyeri berulang, respon akibat (aftermath) dapat menjadi masalah kesehatan yang berat. Perawat berperan dalam membantu memperoleh kontrol diri untuk meminimalkan rasa takut akan kemungkinan nyeri berulang.

6. Penatalaksanaan Nyeri

Manajemen nyeri yang efektif tidak hanya memberikan obat yang tepat pada waktu yang tepat, seperti yang dikatakan Smeltzer (2010) bahwa penatalaksanaan nyeri yang efektif juga dengan mengombinasikan antara penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis yang mana pendekatan ini diseleksi berdasarkan kebutuhan dan tujuan pasien secara individu keberhasilan terbesar sering dicapai jika intervensi tersebut dilakukan secara simultan.

Manajemen nyeri non farmakologi merupakan upaya-upaya yang dilakukan untuk mengatasi atau menghilangkan nyeri dengan pendekatan non farmakologi (Smeltzer, 2010). Tindakan non farmakologis dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pemberian

analgesik, tetapi tindakan non farmakologis tidak ditujukan sebagai pengganti analgesik (Urden, 2019).

Terdapat beberapa jenis tindakan non farmakologis antara lain: teknik relaksasi, distraksi, masase, terapi es dan panas, dan stimulasi saraf elektrik transkutan dan teknik pendekatan modulasi psikologis dan sensorik nyeri salah satunya dengan pemberian aromaterapi. Aromaterapi adalah suatu metode dalam relaksasi yang menggunakan minyak esensial dalam pelaksanaannya berguna untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosi, dan spiritual seseorang

a. Relaksasi nafas dalam

Relaksasi adalah metode pengendalian nyeri non farmakologik yang paling sering digunakan di Inggris. Metode ini menggunakan pendidikan dan latihan pernafasan dengan prinsip dapat mengurangi nyeri dengan cara mengurangi sensasi nyeri dan mengontrol intensitas reaksi terhadap nyeri, relaksasi dapat dilakukan dengan cara menciptakan lingkungan yang tenang, tentukan posisi yang nyaman, konsentrasi pada suatu obyek atau bayangan visual, dan melepaskan ketegangan, (Smeltzer, 2011).

Pemberian teknik relaksasi nafas dalam berguna untuk meningkatkan suplai oksigen ke jaringan, serta dapat meningkatkan ventilasi paru dan oksigen darah setelah anestesi umum habis, sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi. Berdasarkan penelitian, teknik napas dalam

terbukti signifikan dan efektif dalam menurunkan rasa nyeri pada pasien post operasi (Maliya& Ayudianningsih,2010). Cara melakukan teknik napas dalam yaitu dengan cara pasien memejamkan kedua matanya dan ambil napas dalam-dalam dari hidung sampai abdomen terlihat mengembung bersamaan dengan paru-paru terisi udara, sebelum ekspirasi tahan dulu selama 5 14 detik,kemudian dihembuskan dan keluarkan udara melalui mulut secara perlahan. Dalam melakukan teknik ini pasien bisa mengulang sampai 15 kali dengan istirahat singkat setelah 5 kali napas dalam, sedangkan untuk pasien post operasi bisa mengulangnya 2 kali dalam sehari (Smeltzer.,& Bare, 2013).

b. Distraksi.

Distraksi merupakan tindakan yang memfokuskan perhatian pada sesuatu selain pada nyeri misalnya menonton film. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desendens yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri (Smeltzer, 2010). Asmadi (2018) mengelompokkan beberapa teknik distraksi yang dapat dilakukan antara lain, bernapas lambat dan berirama secara teratur, menyanyi berirama dan menghitung ketukannya, mendengarkan musik mendorong klien untuk menghayal (*guided*

imagery) tekniknya sebagai berikut, atur posisi nyaman pada klien, dengan suara yang lembut mintakan klien untuk memikirkan hal-hal yang menyenangkan atau pengalaman yang membantu semua in- dra, minta klien untuk tetap fokus pada bayangan yang menyenangkan sambilmerelaksasikan tubuhnya, bila klien tampak relaks perawat tidak perlu ber- bicara lagi.

c. Massage (pijatan)

Ada beberapa teknik pijatan yang dapat dilakukan yaitu, remasan pada otot bahu, selang seling tangan memi- jat punggung dengan teKiri pendek, cepat dan bergantian tangan, petria- si dengan menekan punggung secara horizontal kemudian pindah tangan dengan arah yang berlawanan dengan menggunakan gerakan meremas, teKirimenyikat secara halus tekan punggu- ng dengan menggunakan ujung-ujung jari untuk mengakhiri pijatan (Asmadi, 2018).

d. Menurut Sharma (2009), aromaterapi berarti pengobatan dengan wangi-wangian yang menggunakan minyak essensial aromaterapi. Penggunaan aromaterapi secara inhalasi dapat merangsang pengeluaran endorphen sehingga dapat mengurangi nyeri (Sharifipour, 2015).

e. aromaterapi yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri yaitu aromaterapi lavender. Lavender merupakan salah satu minyak essensial analgesik yang mengandung 8% etena dan 6% keton.

Keton yang ada di lavender dapat menyebabkan peredaan nyeri dan peradangan, juga membantu dalam perkembangan tidur. Sedangkan etena merupakan senyawa kimia golongan hidrokarbon yang berfungsi dalam bidang kesehatan sebagai obat bius (Abbaszadeh et al, 2017). Kelebihan lavender dibanding dengan aroma yang lain karena aromaterapi lavender sebagian besar mengandung linalool (35%) dan linalyl asetat (51%) yang memiliki efek sedatif dan narkotik. Kedua zat ini bermanfaat untuk menenangkan, sehingga dapat membantu dalam menghilangkan kelelahan mental, pusing, ansietas, mual dan muntah, gangguan tidur, menstabilkan sistem saraf, penyembuhan penyakit, membuat perasaan senang serta tenang, meningkatkan nafsu makan dan menurunkan nyeri (Nuraini, 2014).

E. Konsep Aromaterapi Lavender

1. Definisi

Kata aromaterapi berarti terapi dengan memakai minyak esensial yang ekstrak dan unsur kimianya diambil dengan utuh. Aromaterapi adalah bagian dari ilmu herbal (herbalism) (Poerwadi, 2006, hlm. 1). Sedangkan menurut Sharma (2009, hlm. 7) aromaterapi berarti ‘pengobatan menggunakan wangi-wangian’. Istilah ini merujuk pada penggunaan minyak esensial dalam penyembuhan holistik untuk memperbaiki kesehatan dan kenyamanan emosional dan dalam mengembalikan keseimbangan badan. Terapi komplementer (pelengkap), seperti homoeopati, aromaterapi dan akupunktur harus dilakukan seiring dengan pengobatan konvensional (Jones, 2006)

Tumbuhan aromatik menghasilkan minyak aromatik. Apabila disuling, senyawa yang manjur ini perlu ditangani secara hati-hati. Sebagian besar senyawa ini akan menimbulkan reaksi kulit, tetapi jika digunakan secara tepat, senyawa ini memiliki nilai teraupetik. Senyawa ini dapat dihirup, digunakan dalam kompres, dalam air mandi, atau dalam minyak pijat (Jones, 2006).

Aromaterapi adalah terapi atau pengobatan dengan menggunakan bau-bauan yang berasal dari tumbuh-tumbuhan, bunga, pohon yang berbau harum dan enak. Minyak atsiri digunakan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan, sering digabungkan

untuk menenangkan sentuhan penyembuhan dengan sifat terapeutik dari minyak astiri (Craig Hospital, 2013).

Aromaterapi dapat juga didefinisikan sebagai penggunaan terkendali esensial tanaman untuk tujuan terapeutik (Posadzki et al, 2012). Jenis minyak aromaterapi yang umum digunakan yaitu :

- a. Minyak Eukaliptus, Radiata (Eucalyptus Radiata Oil)
- b. Minyak Rosemary (Rosemary Oil)
- c. Minyak Ylang-Ylang (Ylang-Ylang Oil)
- d. Minyak Tea Tree (Tea Tree Oil)
- e. Minyak Lavender (Lavender Oil)
- f. Minyak Geranium (Geranium Oil)
- g. Minyak Peppermint
- h. Minyak Jeruk Lemon (Lemon Oil)
- i. Minyak Chamomile Roman
- j. Minyak Clary Sage (Clary Sage Oil)
- k. Mekanisme Aromaterapi

Efek fisiologis dari aroma dapat dibagi menjadi dua jenis : mereka yang bertindak melalui stimulasi sistem saraf dan organ-organ yang bertindak langsung pada organ atau jaringan melalui effector-receptor mekanisme (Posadzki et al, 2012).

Aromaterapi didasarkan pada teori bahwa inhalasi atau penyerapan minyak esensial memicu perubahan dalam sistem limbik, bagian dari otak yang berhubungan dengan memori dan emosi. Hal ini dapat merangsang

respon fisiologis saraf, endokrin atau sistem kekebalan tubuh, yang mempengaruhi denyut jantung, tekanan darah, pernafasan, aktifitas gelombang otak dan pelepasan berbagai hormon di seluruh tubuh.

Efeknya pada otak dapat menjadikan tenang atau merangsang sistem saraf, serta mungkin membantu dalam menormalkan sekresi hormon. Menghirup minyak esensial dapat meredakan gejala pernafasan, sedangkan aplikasi lokal minyak yang diencerkan dapat membantu untuk kondisi tertentu. Pijat dikombinasikan dengan minyak esensial memberikan relaksasi, serta bantuan dari rasa nyeri, kekuatan otot dan kejang. Beberapa minyak esensial yang diterapkan pada kulit dapat menjadi anti mikroba, antiseptik, anti jamur, atau anti inflamasi (Posadzki et al, 2012).

2. Manfaat Aromaterapi

Beberapa manfaat minyak aromaterapi (esensial oil) :

- a. Lavender, dianggap paling bermanfaat dari semua minyak astiri.

Lavender dikenal untuk membantu meringankan nyeri, sakit kepala, insomnia, ketegangan dan stress (depresi) melawan kelelahan dan mendapatkan untuk relaksasi, merawat agar tidakinfeksi paru-paru, sinus, termasuk jamur vaginal, radang tenggorokan, asma, kista dan peradangan lain. Meningkatkan daya tahan tubuh, regenerasi sel, luka terbuka, infeksi kulit dan sangat nyaman untuk kulit bayi, dll.

- c. Jasmine : Pembangkit gairah cinta, baik untuk kesuburan wanita mengobati impotensi, anti depresi, pegal linu, sakit menstruasi dan radang selaput lendir.

- d.** Orange : Baik untuk kulit berminyak, kelenjar getah bening tak lancar,debar jantung tak teratur dan tekanan darah tinggi.
- e.** Peppermint : Membasmi bakteri, virus dan parasit yang bersarang di pencernaan. Melancarkan penyumbatan sinus dan paru, mengaktifkan produksi minyak dikulit, menyembuhkan gatal-gatal karena kadas/kurap, herpes, kudis karena tumbuhan beracun.
- f.** Rosemary : Salah satu aroma yang manjur memperlancar peredaran darah, menurunkan kolesterol, mengendorkan otot, reumatik, menghilangkan ketombe, kerontokan rambut, membantu mengatasi kulit kusam sampai di lapisan terbawah. Mencegah kulit kering, berkerut yang menampakkan urat-urat kemerahan.
- g.** Sandalwood : Menyembuhkan infeksi saluran kencing dan alat kelamin, mengobati radang dan luka bakar, masalah tenggorokan, membantu mengatasi sulit tidur dan menciptakan ketenangan hati.
- h.** Green tea : Berperan sebagai tonik kekebalan yang baik mengobati penyakit paru-paru, alat kelamin, vagina, sinus, inveksi mulut, inveksi jamur, cacar air, ruam saraf serta melindungi kulit karena radiasi bakar selama terapi kanker.
- i.** Ylang-Ylang/ Kenanga : Bersifat menenangkan, melegakan sesak nafas, berfungsi sebagai tonik rambut sekaligus sebagai pembangkit rasa cinta. bersinar sepanjang masa.
- j.** Sakura: Di antaranya, disentri, demam, muntah, batuk darah, keputihan, tumor, insomnia, mimisan, sakit kepala, hipertensi.

Dari uraian aromaterapi dan manfaatnya, aromaterapi yang mempunyai manfaat meringankan nyeri adalah jenis aromaterapi lavender. Minyak lavender di ekstrak dari tanaman yang disebut *lavandula angustifolia*. Dari semua aromaterapi, lavender dianggap paling bermanfaat dari semua minyak atsiri.

3. Bunga Lavender

Nama lavender berasal dari bahasa latin “*lavera*” yang berarti menyegarkan dan orang-orang Roma telah memakainya sebagai parfum dan minyak mandi sejak zaman dahulu. Bunga lavender memiliki 25-30 spesies, beberapa diantaranya adalah *lavandula angustifolia*, *lavandula lattifolia*, *lavandula stoechas*. Penampakan bunga ini adalah berbentuk kecil, berwarna ungu kebiruan, dan tinggi tanaman mencapai 72 cm. Asal tumbuhan ini adalah dari wilayah selatan Laut Tengah sampai Afrika tropis dan ke arah timur sampai India. Tanaman ini tumbuh baik pada daerah dataran tinggi, dengan ketinggian berkisar antara 600-1.350 m di atas permukaan laut. Minyak lavender memiliki banyak potensi karena terdiri atas beberapa kandungan. Menurut penelitian dalam 100 gram minyak lavender tersusun atas beberapa kandungan, seperti : minyak esensial (13%), alpha-pinene (0,22%), camphene (0,06%), beta-myrcene (5,33%), p-cymene (0,3%), limonene (1,06%), cineol (0,51%), linalool (26,12%), borneol (1,21%), terpinen-4-ol (4,64%), linalyl acetate (26,32%), geranyl acetate (2,14%), dan caryophyllene (7,55%). Berdasarkan data diatas, dapat disimpulkan bahwa kandungan utama dari

bunga lavender adalah linalil asetat dan linalool ($C_{10}H_{18}O$) (McLain DE, 2009)



Gambar 2.1 bunga lavender

4. Teknik Pemberian Aromaterapi

Teknik pemberian aroma terapi bisa digunakan dengan cara :

- a. Inhalasi : biasanya dianjurkan untuk masalah dengan pernafasan dan dapat dilakukan dengan menjatuhkan beberapa tetes minyak esensial ke dalam mangkuk air mengepul. Uap tersebut kemudian dihirup selama beberapa saat, dengan efek yang ditingkatkan dengan menempatkan handuk diatas kepala dan mangkuk sehingga membentuk tenda untuk menangkap udara yang dilembabkan dan bau.
- b. Massage/pijat: Menggunakan minyak esensial aromatic dikombinasikan dengan minyak dasar yang dapat menenangkan atau merangsang, tergantung pada minyak yang digunakan. Pijat minyak esensial dapat diterapkan ke area masalah tertentu atau ke seluruh tubuh.
- c. Difusi : Biasanya digunakan untuk menenangkan saraf atau mengobati beberapa masalah pernafasan dan dapat dilakukan dengan

penyemprotan senyawa yang mengandung minyak ke udara dengan cara yang sama dengan udara freshener. Hal ini juga dapat dilakukan dengan menempatkan beberapa tetes minyak esensial dalam diffuser dan menyalakan sumber panas. Duduk dalam jarak tiga kaki dari diffuser, pengobatan biasanya berlangsung sekitar 30 menit.

- d. Kompres : Panas atau dingin yang mengandung minyak esensial dapat digunakan untuk nyeri otot dan segala nyeri, memar dan sakit kepala.
- e. Perendaman: Mandi yang mengandung minyak esensial dan berlangsung selama 10-20 menit yang direkomendasikan untuk masalah kulit dan menenangkan saraf (Craig hospital, 2013).

5. Prosedur Pelaksanaan Intervensi

Pada penelitian yang dilakukan Armaiti Salamati, Soheyla Mashouf, Faezeh Sahbaei, dan Faraz Mojab (2017) dijelaskan metode penelitian yaitu dengan kriteria inklusi rentang umur pasien 18-65 tahun, kesadaran penuh dan menyadari waktu dan tempat, memiliki pernapasan spontan. Pasien tidak ada kecanduan opioid atau analgesik yang kuat, tidak menerima analgesik dalam waktu 2 jam sebelum intervensi, tidak memiliki asma, alergi, paru obstruktif kronis dan penyakit paru-paru lainnya, dermatitis kontak dengan zat aromatik. Penelitian akan dilakukan dalam satu shift kerja (6 jam). dengan langkah-langkah yaitu pemberian aromaterapi dilakukan dengan cara meneteskan 4 tetes minyak essensial lavender pada kapas/kassa lalu diletakkan di kerah pasien atau sekitar ± 20 cm jauh dari kepala, kapas/kassa diganti setiap 1 jam sekali dan diteteskan

kembali 4 tetes minyak essensial lavender, dan selanjutnya untuk skala nyeri dan tanda-tanda vital pasien diukur setiap 1 jam setelah pemberian aromaterapi

F. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Asuhan Keperawatan adalah suatu pelayanan profesional yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Bentuk pelayanan yang diberikan adalah secara biopsiko-sosial-spiritual kultural yang komprehensif dan ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun yang sehat. (Wilkinson, 2014)

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnose keperawatan. Diagnose yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat (Nursalam, 2031)

a. Identitas Pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi nama inisial, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, alamat, suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, cara masuk, keluhan utama, alasan dirawat dan diagnosa medis.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Keluhan pertama pada pasien dengan apendisitis yaitu rasa nyeri. Bisa nyeri akut ataupun kronis tergantung dari lamanya serangan. Menurut Wahid (2013) untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri digunakan :

- a) *Provoking Incident* : apakah peristiwa yang menjadi faktor
- b) *Quality of Pain* : seperti apa rasa nyeri yang dirasakan dan digambarkan pasien. Apakah seperti menusuk-nusuk, terbakar, atau berdenyut.
- c) *Region* : dimana rasa sakit terjadi, apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar.
- d) *Severity (Scale) of Pain* : seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien yang menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.
- e) *Time* : berapa lama durasi nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien akan mendapatkan nyeri di sekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Timbul keluhan nyeri perut kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri di pusat atau di epigastrium dirasakan dalam beberapa waktu lalu. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus-menerus, dapat hilang atau timbul nyeri dalam waktu yang lama. Keluhan yang menyertai biasanya pasien mengeluh rasa mual dan muntah.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya berhubungan dengan masalah kesehatan pasien sekarang. Pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh kepada penyakit apendisitis yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

4) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti menderita penyakit apendisitis, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menurun dalam keluarga

c. Pengkajian Fungsional Gordon

1) Pola Persepsi dan Penanganan Penyakit

Pada kasus apendisitis biasanya timbul kecemasan akan kondisinya saat ini dan tindakan dilakukannya operasi.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien yang mengalami apendisitis akan terganggu pola nutrisinya, nafsu makan menjadi berkurang sehingga mengakibatkan penurunan berat badan. Selain itu disertai mual dan muntah pada pasien akan mengakibatkan berkurangnya cairan dan elektrolit. Studi epidemiologi juga menyebutkan bahwa ada peranan dari kebiasaan mengkonsumsi makanan rendah serat yang mempengaruhi konstipasi, sehingga terjadi apendisitis (Kumar, 2010).

3) Pola Eliminasi

Proses eliminasi pasien biasanya akan mengalami konstipasi

karena terjadinya fecalith. Pola ini menggambarkan karakteristik atau masalah saat BAB/BAK sebelum dan saat dirawat di RS serta adanya penggunaan alat bantu eliminasi saat pasien dirawat di RS. Hal yang perlu dikaji yaitu konsistensi, warna, frekuensi, bau feses, sedangkan pada eliminasi urin dikaji kepekatan, warna, bau, frekuensi, serta jumlah.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien akan mengalami gangguan selama beraktivitas, disebabkan nyeri semakin buruk ketika bergerak.

5) Pola Tidur dan Istirahat

Semua pasien apendisitis akan merasa nyeri dan susah untuk bergerak karena dapat memperburuk nyeri, sehingga mengganggu pola dan kebutuhan tidur pasien. Pengkajian yang dilaksanakan berupa lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, kesulitan tidur, serta penggunaan obat.

6) Pola Kognitif dan Persepsi

Biasanya pada pasien apendisitis tidak mengalami gangguan pada pola kognitif dan persepsi. Namun perlu juga untuk dilakukan, apakah nyeri nya akan berpengaruh terhadap pola kognitif dan persepinya.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pola persepsi dan konsep diri menggambarkan persepsi saat dirawat di RS. Pola ini mengkaji ketakutan, kecemasan dan

penilaian terhadap diri sendiri serta dampak sakit terhadap diri pasien. Emosi pasien biasanya tidak stabil karena pasien merasa cemas saat mengetahui harus dilakukan tindakan operasi.

8) Pola Peran dan Hubungan

Pasien dengan apendisitis biasanya tidak mengalami gangguan dalam peran dan hubungan sosial, akan tetapi harus dibandingkan peran dan hubungan pasien sebelum sakit dan saat sakit

9) Pola Seksual dan Reproduksi

Pada pola seksual dan reproduksi biasanya pada pasien apendisitis tidak mengalami gangguan.

10) Pola Koping dan Toleransi Stress

Secara umum pasien dengan apendisitis tidak mengalami penyimpangan pada pola koping dan toleransi stres. Namun tetap perlu dilakukan mengenai toleransi stress pasien terhadap penyakitnya maupun tindakan perawatan yang didapatkan.

11) Pola Nilai dan Keyakinan

Pada umumnya pasien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam beribadah. Perlu dikaji keyakinan pasien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan pasien biasanya bisa baik ataupun buruk.

2) Tanda-tanda Vital

Tekanan Darah : biasanya tekanan darah normal
Nadi : biasanya terjadi peningkatan denyut nadi

Pernafasan : biasanya terjadi peningkatan bernafas atau normal

Suhu : biasanya terjadi peningkatan suhu akibat infeksi pada apendiks

3) Head to Toe

a) Kepala

Normocephal pada pasien apendisitis biasanya tidak memiliki gangguan pada bagian kepala

b) Mata

Inspeksi : mata simetris, refleks cahaya baik, konjungtiva biasanya anemis, sklera tidak ikteris, dan ukuran pupil isokor.

Palpasi : tidak ada edema di palpebra.

c) Hidung

Inspeksi : tidak ada sekret dan simetris.

Palpasi : tidak adanya benjolan atau masa pada hidung.

d) Telinga

Inspeksi : simetris kedua telinga, tidak ada sekret, tidak ada pengeluaran darah atau cairan dari telinga.

Palpasi : tidak adanya edema di bagian telinga.

e) Mulut

Inspeksi : simetris, biasanya membran mukosa kering pada

pasien apendisitis karena kurangnya cairan yang masuk akibat muntah atau puasa pre/post operasi, lidah bersih, gigi lengkap, caries tidak ada, tonsil tidak ada, tidak ada kesulitan menelan.

f) Leher

Tidak adanya pembesaran kelenjar getah bening dan tyroid.

g) Thorax atau Paru-paru

Inspeksi : dinding dada simetris.

Palpasi : fremitus kiri dan kanan simetris.

Perkusi : sonor.

Auskultasi : tidak adanya bunyi nafas tambahan.

h) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak terlihat. Palpasi : ICS V mid klavikula sinistra.

Perkusi : batas jantung normal.

Auskultasi : reguler, tidak adanya bunyi tambahan.

i) Abdomen

Inspeksi : pada apendisitis sering ditemukan adanya abdominal swelling, sehingga pada pemeriksaan jenis ini biasa ditemukan distensi abdomen. Palpasi : Nyeri tekan di titik *Mc Burney* disebut *Mc Burney sign*, salah satu tanda dari apendisitis. Titik *Mc Burney* adalah titik imajiner yang dipergunakan untuk memperkirakan letak apendiks, yaitu 1/3 lateral dari garis yang dibentuk dari umbilikus dan SIAS

(*spina ichiadic anterior superior*) dextra. Nyeri di titik ini disebabkan oleh inflamasi dari apendiks dan persentuhannya dengan peritoneum.

Perkusi : pada apendisitis sering ditemukan redup karena adanya penumpukan feses pada apendiks, namun pada apendisitis juga didapati normal.

Auskultasi : bising usus normal atau meningkat pada awal apendisitis, dan bising usus melemah (hipoaktif) jika terjadi perforasi.

j) Genitalia

Mengobservasi adanya penggunaan alat bantu perkemihan, biasanya pada pasien apendisitis tidak mengalami gangguan pada genitalia.

k) Ekstremitas

Pada pasien apendisitis tidak mengalami gangguan pada ekstremitas atas dan bawah.

l) Kulit

Adanya luka post operasi pada abdomen, tidak lecet, turgor kulit biasanya kering karena kekurangan cairan akibat muntah atau puasa pre/post operasi, pengisian kapiler refil dapat normal atau > 2 detik.

e. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Laboratorium : pada pasien apendisitis biasanya terjadi peningkatan leukosit di atas 10.000/mL

- 2) Foto polos abdomen : dapat berupa bayangan apendikolit (radioopak), distensi atau obstruksi usus halus, deformitas sekum, adanya udara bebas, dan efek massa jaringan lunak.
- 3) USG : menunjukkan adanya edema apendiks yang disebabkan oleh reaksi peradangan.
- 4) Barium enema : terdapat non-filling apendiks, efek massa kuadran kanan bawah abdomen, apendiks tampak tidak bergerak, pengisian apendiks tidak rata atau tertekuk dan adanya retensi barium setelah 24-48 jam.
- 5) CT Scan : untuk mendeteksi abses periapendiks

k. Diagnosa Keperawatan

7. Diagnosa keperawatan

adalah suatu pernyataan yang jelas, padat dan pasti tentang status dan masalah kesehatan klien yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Dengan demikian, diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan masalah yang ditemukan. Diagnosis keperawatan akan memberikan gambaran tentang masalah dan status kesehatan, baik yang nyata (aktual) maupun yang mungkin ter Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus post operatif appendisitis yaitu jadi (potensial) (Iqbal dkk, 2011).

2. Masalah keperawatan yang akan muncul pada kasus post operatif appendisitis yaitu

- 1) Nyeri akut(D.0077)

3. Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Adapun penyebabnya yaitu:

- 4. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).
 - a) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan).
 - b) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

5. Gejala dan kriteria:

6. Mayor:

7. Subjektif: Mengeluh nyeri.

8. Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

9. Minor:

10. Subjektif:

11. Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis

2) Resiko Hipovolemia (D.0034)

Beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan atau intraseluler. Adapun faktor resikonya yaitu:

- a) Kehilangan cairan secara aktif.

- b) Gangguan absorpsi cairan.
- c) Usia lanjut.
- d) Kelebihan berat badan.
- e) Status hipermetabolik.
- f) Kegagalan mekanisme regulasi.
- g) Evaporasi.
- h) Kekurangan intake dan output cairan.
- i) Efek agen farmakologis

3) Resiko Infeksi(D.0142)

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Adapun faktor resikonya yaitu:

- a) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus).
 - b) Efek prosedur invasif.
 - c) Malnutrisi.
 - d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
 - e) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer :
- 4) Ketidak adekuatan pertahanan pertahanan tubuh sekunder :
- a) Penurunan hemoglobin.
 - b) Imunosupresi.
 - c) Leukopenia.
 - d) Supresi respon inflamasi.
 - e) Vaksinasi tidak adekuat

5) Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Adapun penyebabnya yaitu:

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme ketidakbugaran fisik
- c) Penurunan kendali otot
- d) Penurunan masa otot
- e) Penurunan kekuatan otot
- f) Keterlambatan perkembangan
- g) Kekakuan sendi
- h) Kontraktur
- i) Malnutrisi
- j) Gangguan muskuloskeletal
- k) Gangguan neuromuskular
- l) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- m) Efek agen farmakologis
- n) Program pembatasan gerak
- o) Nyeri
- p) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- q) Kecemasan gangguan kognitif
- r) Keengganan melakukan pergerakan
- s) Gangguan sensoripresepsi

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Post Operatif

NO	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi). (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. 5. Frekuensi nadi membaik.	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: 1.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri. 1.2. Identifikasi respon nyerion-verbal. 1.3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik: 1.4. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 1.5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 1.6. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: 1.7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 1.8. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 1.9. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 1.10. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu.
2.	Risiko hipovolemia ditandai dengan efek agen farmakologis (D.0034)	Setelah dilakukan tindakan keperawatanstatus cairan (L.0328) membaik dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat. 2. Membrane mukosa lembab 3. Frekuensi nadi membaik. 4. Tekanan darah	Manajemen hypovolemia (I.03116) Observasi : 3.1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia. 3.2. Monitor intake dan output cairan. Terapeutik: 3.3. Berikan asupan cairanoral. Edukasi: 3.4. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral. 3.5. Anjurkan menghindari

		membaik. 5. Turgor kulit membaik	perubahan posisi mendadak. Kolaborasi: 3.6.Kolaborasi pemberian 3.3.cairan IV.
--	--	-------------------------------------	---

3.	Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasive (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi (L.14137) dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat. 2. Kebersihan badan meningkat. 3. Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun. 4. Kadar sel darah putih meningkat.	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : 3.1.Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 3.2.Batasi jumlah pengunjung 3.3.Berikan perawatan kulit pada area edema. 3.4.Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. 3.5.Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi. Edukasi: 3.6.Jelaskan tanda dan gejala infeksi. 3.7.Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. kolaborasi 3.8.Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.
4.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah melakukan tindakan keperawatan mobilitas fisik (L.05042) dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Nyeri menurun 4. Kecemasan menurun 5. Kelemahan fisik menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi: 3.1.Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. 3.2.Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik: 3.3.Fasilitasi melakukan pergerakan, bila perlu 3.4.Libatkan keluarga untuk membantu pasien. Edukasi: 3.5.Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 3.6.Anjurkan melakukan mobilisasi dini

8. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter, P., dan Perry, 2014).

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons klien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Wilkinson.M.J, 2012).

9. Evaluasi Keperawatan

Menurut (Setiadi, 2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan

keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

a) Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP:

S (subjektif): Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.

O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.

A (analisis): Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.

P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b) Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua

aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan (Setiadi, 2012), yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum praktik keperawatan yaitu di Rumah sakit Umum daerah Kabupaten Mimika. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 29 Juni 2022 dengan jumlah sampel sebanyak 1 pasien. Adapun hasil tinjauan dari kasus kelolaan tersebut diuraikan sebagai berikut

A. Gambaran Lokasi Penelitian

RSUD Kabupaten Mimika merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Mimika. Di dalam masterplan tersebut RSUD Kabupaten Mimika direncanakan menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Tipe B. Pemerintah Kabupaten Mimika melalui Dinas Kesehatan mulai melakukan pembangunan pada tahun 2003 diawali dengan pembangunan gedung unit gawat darurat dan gedung administrasi.

Pembangunan fisik gedung dan perlengkapan sarana prasarana penunjang dilakukan setiap tahun dimulai tahun 2011. Pada awal tahun 2011, dimulailah *recruitment* tenaga umum, paramedis, non paramedis, dan medis serta persiapan perangkat pendukung lainnya yang dilakukan oleh Tim Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kabupaten Mimika.

Selanjutnya dilakukan secara mandiri oleh Manajemen RSUD Kabupaten Mimika setiap tahun hingga tahun 2015 pada awal bulan April dan bulan September. Pelayanan kesehatan RSUD Kabupaten Mimika dimulai pada

tanggal 12 November 2008 yang *soft opening*-nya dilakukan oleh *Caretaker* Bupati Kabupaten Mimika *Bapak A. Allo Raфра, SH*. Pada awalnya RSUD Kabupaten Mimika memiliki 96 tempat tidur dengan jumlah tenaga dokter spesialis 4 (empat) orang, dokter umum 13 (tiga belas) orang, yang didukung oleh Tenaga Perawat, Bidan, Non Paramedis, Tenaga Umum, dan Tenaga Struktural Lainnya. Setelah beroperasi selama 1 (satu) tahun, maka tepat pada tanggal 12 November 2009, RSUD Kabupaten Mimika diresmikan oleh *Bapak Klemen Tinal, SE, MM* selaku Bupati Mimika. Rumah Sakit ini memiliki lahan 225.000 m² dengan luas bangunan 2619 m².

Pada tahun 2011 dilakukan persiapan untuk menjadi BLUD, dan berdasarkan SK Bupati Kabupaten Mimika No.184 Tahun 2011, Tanggal 9 Desember 2011, RSUD Mimika resmi menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) di Kabupaten Mimika. Tahun 2012, dilakukan penilaian akreditasi RSUD Mimika oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), dan pada bulan September 2012, dinyatakan Lulus Tanpa Syarat Akreditasi 5 (Lima) Pelayanan Dasar berdasarkan SK KARS No. KARS-SERT/827/VI/2012. Pada Tanggal 26 November 2017 RSUD Kabupaten Mimika kembali melakukan Penilaian Akreditasi oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada tanggal 03 Mei 2018 dinyatakan Lulus PARIPURNA berdasarkan Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Nomor : KARS-SERT/1245/V/2018.

12. Pengkajian

Nama : Amarantji K. Batlajery

NIM :

1. Identitas Pasien

- a. Nama Lansia : Tn. A
- b. Usia : 50 tahu
- c. Agama : Kristen
- d. Suku : Ambon
- e. Jenis Kelamin : Laki-laki
- f. Pendidikan : SMU
- g. Riwayat Pekerjaan : Wiraswasta
- h. Status Perkawinan : Menikah
- i. Jumlah Anak : 2 (dua)
- j. Diagnosa Medis : Post-op Appendictomi (Appendicitis)
- k. Tanggal MRS / Pengkajian : MRS 28 Juni 2022/ Mengkaji 29 Juni 2022

2. Identitas Penanggung jawab

- a. Nama Lansia : Ny. K
- b. Usia : 45 Tahun
- c. Agama : Kristen
- d. Suku : Ambon
- e. Jenis Kelamin : Perempuan
- f. Pendidikan : SMU
- g. Pekerjaan : Wirasawasta

3. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri perut kanan bawah dan mual muntah

4. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan masuk RSUD Timika pada tanggal 28 Juni 2022 pukul 11.50 WIT masuk melalui IGD rumah sakit dengan keluhan nyeri perut kanan bawah sejak 4 hari yang lalu. Pasien mengatakan mual dan muntah 2 kali sebanyak 100 cc. Berdasarkan status pasien di IGD pasien mendapatkan tindakan pemasangan infuse, injeksi ketorolac 1 amp, omeprazole 1 amp dan ceftriaxone 1 amp dan pengambilan darah dan urine. Pasien mengatakan sekitar Jam 13.00 wit pasien di bawah keruang Mambruk. Pada tanggal 29 Juni 2022 pasien dilakukan persiapan untuk operasi tepat pukul 08.20 pasien sudah siap untuk dibawa ke kamar operasi, pasien selesai operasi pada jam 09.55 dan masih dalam kamar pemulihan di ruang operasi. Tepat jam 10.15 pasien dibawa ke ruang mambruk untuk dirawat.

Pengkajian dilakukan jam 15.00 saat dikaji pasien mengatakan merasa nyeri pada luka post operasi, nyeri timbul pada saat bergerak, nyeri seperti tertusuk-tusuk di perut bagian bawah dengan skala nyeri 6 (1-10), nyeri hilang timbul 1-3 menit.

P : meningkat saat banyak bergerak

Q : seperti di tusuk – tusuk

R : perut kanan bawah

S : Skala 6 (nyeri sedang)

T : hilang timbul 1-3 menit

5. Riwayat Kesehatan Dahulu

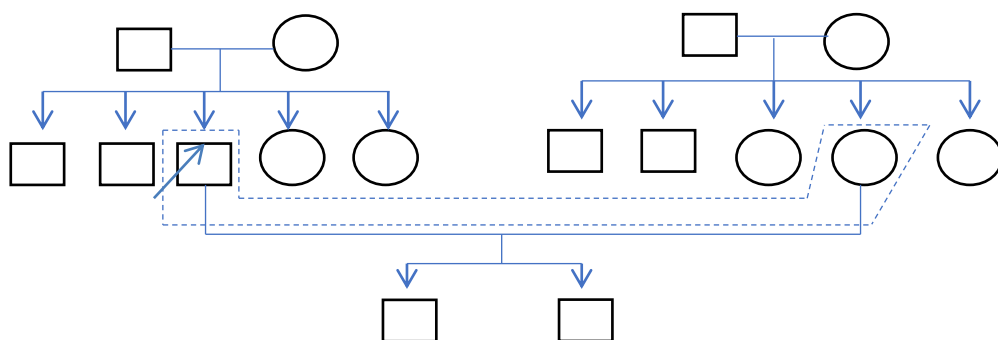
Pasien mengatakan Tidak ada riwayat penyakit seperti tuberkulosis,

hipertensi, asma, jantung, diabetes mellitus, Pasien mengatakan baru kali ini mengalami tindakan operasi

13. Riwayat Kesehatan Keluarga

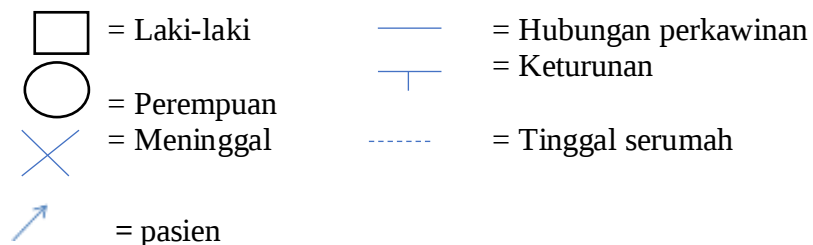
Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga pasien yang memiliki riwayat penyakit keturunan seperti jantung, DM dan hipertensi.

Genogram



Gambar 3.1

Keterangan :



Pasien merupakan anak ke tiga dari lima bersaudara, pasien tinggal serumah dengan suami dan anaknya yang berusia 20 tahun dan 15 Tahun.

14. Pengkajian Fungsional Gordon

1) Pola persepsi dan penangan kesehatan

Pasien mengatakan tidak tau kenapa mengalami usus buntu. Terkait prosedur operasi pasien mengatakan belum tahu. Pasien mengatakan

selama ini jika ada anggota keluarga yang sakit maka akan dibawa berobat ke puskesmas

2) Pola nutrisi dan metabolisme

Pasien mengatakan nafsu makannya menurun karena nyeri pada perutnya disertai mual dan muntah. Pasien mengatakan sudah 4 kali muntah setelah operasi sebanyak 200cc. Pasien tidak memiliki alergi makanan. Pasien tidak mengalami masalah dalam menelan. Pasien mengatakan ada perubahan berat badan 6 bulan terakhir, sebelum sakit 2 bulan yang lalu berat badan pasien 63 kg. Pasien mengalami penurunan berat badan sebanyak 3 kg.

a) sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit sering mengonsumsi mie, pasien sangat menyukai mie pedas berlevel yang sering dijual-jual pedagang saat ini. Pasien mengatakan pernah muntah dan mengeluarkan keringat dingin jika memakan makanan yang terlalu pedas. Pasien sangat menyukai makanan pedas, bila makan pasien harus ada cabe, pasien mengatakan makanan tidak enak bila tidak ada cabe. Pasien mengatakan biasanya di rumah memakan makanan seperti biasa yaitu nasi dan lauk. Pasien kurang untuk makan sayuran, pasien lebih menyukai makan buah tetapi di rumah jarang menyediakan buah

b) saat sakit :

Di rumah sakit pasien mendapatkan diet makanan lunak TKTP 1200 kkal 3 kali sehari. Pasien mendapatkan diet TKTP dengan menu nasi, lauk, sayur dan buah. Pasien mengatakan hanya makan lauk dan buahnya saja karena tidak menyukai sayuran. Pasien mengatakan paling banyak menghabiskan 1/2 porsi nasi. Selain itu pasien mendapatkan makanan dari luar berupa susu dan roti.

3) Pola eliminasi

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi lembek, warna coklat kekuningan dan BAK kurang lebih 4 kali dalam satu hari.

b) Selama sakit

Pasien mengatakan belum BAB, pasien BAK dengan menggunakan kateter dengan warna kuning jernih

4) Pola aktivitas dan latihan

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan mampu untuk melakukan aktivitas sehari – hari secara mandiri.

b) Selama sakit

Untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya seperti makan, berpindah dan aktivitas lainnya pasien mengatakan tidak dapat melakukan mandiri, pasien lebih banyak dibantu oleh keluarga dan perawat. Pasien mengatakan aktivitas terbatas hanya di tempat

tidur, pasien hanya bisa terbaring di tempat tidur karena saat bergerak atau beraktivitas nyeri pasien bertambah, selain itu pasien terpasang foley kateter

5) Pola istirahat dan tidur

a) Sebelum sakit

Pasien mengatakan biasanya istirahat dirumah, tidur siang pada pukul 13.00 - 15.00 WIT dan pada malam hari tidur pada pukul 21:00 – 06:00 WIT. Tidur 8-9 jam

b) Selama sakit

Pasien mengatakan tidur seperti biasa, namun kadang terbangun karena merasa nyeri pada bagian perut. Tidur 5-6 jam

6) Pola kognitif sensori

Pasien dalam keadaan sadar, kesadaran composmentis. Pasien dapat berbicara dengan baik, bahasa sehari-hari yang digunakan yaitu bahasa indonesia. Pasien mengeluh nyeri, pada bagian luka operasinya di bagian perut bawah nyeri yang dirasakan hilang timbul dan nyeri meningkat jika bergerak, berpindah posisi, beraktivitas dan batuk atau bersin. Pasien tampak meringis, berhati-hati saat bergerak dan memegang area perutnya yang sakit.

7) Pola persepsi dan konsep diri

Pasien mengatakan cemas dengan operasinya, pasien takut akan mengalami kesalahan prosedur dalam operasinya, pasien juga tidak mengetahui prosedur operasi yang akan dijalannya nanti. Pasien

mengatakan ingin cepat sembuh dan cepat pulang sehingga bisa melihat anaknya yang ditinggal di rumah orang tua.

8) Pola peran hubungan

Pasien merupakan seorang kepala keluarga, pasien didukung oleh istri dan anaknya. Pasien mengatakan tidak memiliki masalah keluarga yang berkenaan dengan rumah sakit, pasien mematuhi seluruh perawatan yang telah ditetapkan. Selama dirawat di rumah sakit, pasien ditemani oleh istrinya terkadang ada kunjungan dari anak, orang tua dan kerabat lainnya.

9) Pola koping dan toleransi stress (mekanisme pembelaan ego)

- a) Sebelum sakit : Pasien mengatakan apabila dalam keluarga ada permasalahan selalu diselesaikan dengan musyawarah
- b) Selama sakit : Pasien mengatakan selama sakit ini keluarga selalu bermusyawarah untuk membantu pasien

10) Nilai – pola keyakinan

- a) Sebelum sakit : Pasien mengatakan beragama kristen dan selalu beribadah
- b) Selama sakit : Pasien mengatakan selama dirawat tidak beribadah karena kondisinya yang sulit untuk melakukan ibadah. Pasien mengatakan penyakit yang dideritanya sekarang merupakan cobaan dari Tuhan Saat ini pasien berharap dapat sembuh secepatnya dan dapat berkumpul kembali dengan keluarganya.

15. Pemeriksaan Fisik

1. Ku : sedang
2. Tingkat Kesadaran (GCS) : composmentis E4 M6 V5 (15)
3. TTV

Tekanan darah : 140/90mmHg

Nadi : 100 x/i

Suhu badan : 37,5 oC

Respirasi : 26 x/i

4. Kepala

Inspeksi: Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam bergelombang dan mulai beruban serta tidak ditemukan adanya kelainan.wajah tampak meringis kesakitan

Palpasi : Tidak ditemukan adanya benjolan maupun massa, tidak ditemukan adanya nyeri tekan

5. Mata

Inspeksi : mata simetris kiri dan kanan, Sklera putih, konjungtiva anememis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan

Palpasi : Tidak ditemukan adanya massa maupun pembengkakan pada kelopak mata maupun adanya nyeri tekan.

6. Telinga

Inspeksi : Telinga tampak simetris kiri dan kanan, tidak ada tampak pembengkakan, luka/lesi, tidak tampak cairan yang keluar dari telinga, tidak tampak serumen maupun alat bantu pendengaran, liang telinga tampak bersih dan fungsi pendengaran baik.

Palpasi : Tidak ditemukan adanya massa maupun benjolan asing, tidak terdapat adanya nyeri tekan.

7. Hidung

Inspeksi : Bentuk hidung tampak simetris kanan/kiri, tidak terdapat pergeseran tulang rawan hidung, Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan

8. Pemeriksaan Mulut

Inspeksi : Bibir tampak simetris (tidak sumbing), mukosa bibir lembab, fungsi pengecapan baik, tidak terdapat kesulitan menelan maupun perubahan suara, tidak ditemukan adanya lesi maupun sariawan, gigi dan lidah tampak bersih, tidak ditemukan karies maupun perdarahan pada gusi.

9. Pemeriksaan Leher

Inspeksi : Posisi trachea simetris, tidak ditemukan adanya lesi maupun jaringan parut, vena jugularis tidak terlihat

Palpasi : Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe

10. Pemeriksaan Thorax

Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada.

Auskultasi : Suara nafas vasikuler, tidak ditemukan adanya suara nafas tambahan (ronchi maupun wheezing).

11. Abdomen

Perut tidak asites, hepar dan lien tidak terlihat, terdapat luka insisi di abdomen bawah, luka tertutup verban.

12. Ekstremitas

a. Ekstremitas atas

Tampak terpasang IVFD RL 8 jam/kolf di tangan kiri, akral teraba dingin, tidak ada edema, CRT 2 detik.

b. Ekstremitas Bawah

Tidak ada edema, CRT 2 detik, teraba dingin, tidak ada varises, tidak ada pembengkakan pada sendi. pasien mengatakan belum bisa melakukan aktivitas karena jika bergerak nyeri bertambah

13. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.1 Pemeriksaan laboratorium tanggal 29 jam pukul 09.00 Wit

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Leukosit	14,91	($10^3/uL$)	5,0 -10,0
Eritrosit	4,75	($10^6/uL$)	4,0 – 5,5
Hemoglobin	12,1	(g/dl)	11,5 – 16,5
Hematokrit	36,0	(%)	36-47

14. Terapi medis yang diberikan / obat-obatan yang dikonsumsi

- a) Infus RL 20 tpm
- b) Ranitidin 2x1 amp (50mg/12jam)
- c) Ceftriaxone 2x1 gr (1gr/12 jam)
- d) Metronidazole 3x1 (500gr/8 jam)
- e) Tramadol 3x1 (50mg/8 jam)

16. ANALISA DATA

Tabel 3.2 Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
DS : 1. Pasien mengeluh nyeri, pada bagian luka operasinya di bagian perut bawah 2. nyeri yang dirasakan hilang timbul dan nyeri meningkat jika bergerak, berpindah posisi, beraktivitas dan batuk atau bersin (P)\ 3. Nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk dengan skala 6 (nyeri sedang) (Q) 4. Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi dibagian perut bawah sebelah kanan (R) 5. Nyeri yang dirasakan hilang timbul sekitar 1-3 menit (T) DO : 1. Pasien tampak meringis, berhati-hati saat bergerak dan memegang area perutnya yang sakit. 2. Tanda-tanda vital: Tekanan darah : 140/90mmHg Nadi : 100 x/i Suhu badan : 36,5 oC Respirasi : 26 x/i 3. Terdapat nyeri tekan pada perut bagian	Agen pencedera fisik	Nyeri akut

bawah		
DS 1. Pasien mengatakan nyeri jika bergerak 2. Pasien mengatakan Merasa cemas saat bergerak 3. Pasien mengatakan dalam beraktifitas dibantu oleh keluarga DO 1. Lemah 2. Aktivitas pasien dibantu oleh perawat dan keluarga seperti minum, mandi, dan mengganti pakaian 3. Pergerakan pasien terbatas akibat nyeri luka post operasi 4. Takut jika bergerak		Gangguan Mobilitas Fisik
DS : 1. Klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara mengurangi nyeri yang dirasakannya. 2. Klien mengatakan kurang mengetahui tentang penyakit yang dideritanya. DO : 1. Saat ditanyakan apa penyebab terjadinya usus buntu pasien tampak kurang mengetahuinya 2. Pasien mengatakan kurang memahami tentang penyakit yang dideritanya. 3. Pasien mengatakan kurang mengetahui cara untuk mengurangi nyeri yang dirasakannya 4. Pasien tampak bigung dan cemas	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan
Faktor Resiko : 1. Terdapat luka insisi post op dibagian perut kanan bawah 2. Keadaan luka tampak basah 3. WBC/ leukosit : 14,91 ($10^3/uL$) 4. Tanda-tanda vital: Tekanan darah : 140/90mmHg Nadi : 100 x/i Suhu badan : 36,5 oC Respirasi : 26 x/i	Insisi pasca bedah	Resiko Infeksi

17. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi). (D.0077)
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri (D.0054)
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
D.0111
4. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive (D.0142).

Intervensi Keperawatan pada Klien dengan Post Op Apendektomi

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

No	Kode	Standar Keperawatan (SDKI)	Diagnosa Indonesia	Kode	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Kode	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	D.0077	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi).		L.08066	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil 1. Melaporkan bahwa Keluhan nyeri menurun 2. Sikap protektif menurun 3. meringis menurun 4. Tekanan darah dalam batas normal 5. Gelisa menurun	I. 08238	Intervensi Utama : Manajemen nyeri 321 Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Pantau kadar Asam Urat. 5. Monitor TTV Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Aroma terapo Lavender) 2. Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri Edukasi 1. jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 3. Jelaskan strategi pereda nyeri Kolaborasi 1. kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

	D.0054	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri		Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat Kriteria Hasil Pergerakan 1. ekstremitas meningkat 2. Nyeri menurun 3. Keceamsan menurun 4. Gerakan terbatas menurun 5. Kelemahan fisik menurun		Dukungan mobilisasi Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapiutik 1. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 3. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
	(D.0111).	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	L.12111	Setelah dilakukan tindakan keperawatan di harapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil	I.12383	Edukasi Kesehatan Observasi 1. mengidentifikasi informasi ang akan disampaikan 2. mengidentifikasi emahaman tentang kondisi esehatan saat ini

				1. Kepatuhan meningkat 2. Pengetahuan meningkat 3. Perilaku sesuai anjuran meningkat 4. Kemampuan 5. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun		3. mengidentifikasi kesiapan 4. menerima informasi. Terapeutik 1. sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1. jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2. ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
	D.0142	Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive	L.14137	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun. Kriteria hasil : 1. Mengenali tanda dan gejala yang mengindikasikan risiko dalam penyebaran infeksi 2. Mengetahui cara mengurangi penularan infeksi 3. Nyeri menurun. 4. Leukosit dalam batas normal 5. Tidak terjadi tanda-tanda infeksi	I.14539	Pencegahan infeksi Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan luka 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. 5. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi Edukasi: 1. Jelaskan tandatan gejalainfeksi. 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Rabu 29/6/2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi).	15.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: P = pasien mengatakan nyeri yang meningkat jika bergerak, berpindah posisi, beraktivitas dan batuk atau bersin (Q = Ditusuk-tusuk R = perut kanan bawah S = 6 T = Hilang timbul 1-3 menit	Jam 20.30. Wit S : 1. Klien mengatakan masih nyeri di bagian luka operasi di perut kananbawah dengan skala 5 2. Pasien mengatakan nyeri meningkat saatbanyak bergerak. 3. Pasien mengatakan nyeri seperti terusuktusuk.	
			15.20	2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memeringan nyeri Hasil : pasien mengatakan nyeri yang meningkat jika bergerak, berpindah posisi, beraktivitas dan batuk atau bersin dan menurun jika tidur terlentang	4. Pasien mengatakannyeri dirasa hilang timbul 5. Pasien mengatakan faham diajarkan tekniknafas dalahm	
			15.25	3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Respon : Klien terlihat meringis	O : 1. Pasien tampak gelisah 2. Sikap protektif meningkat 3. Pasien tampak meringis	
			15.30	4. memonitor TTV hasil : Tekanan darah : 140/90mmHg Nadi : 100 x/m Suhu badan : 37 oC Respirasi : 24 x/m	4. Pasien mencoba mempraktekkan teknik nafas dalam 5. Mencium aroma terapi lavender 6. TD : 120/78 mmHg Nadi : 96 x/menit Suhu : 36,8 °C RR : 20x/menit	
			15.40	5. Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri 6. Mengkondisikan agar klien tidak mendengarkan suara ramai ataupun kebisingan Respon : Pasien mengikuti hal yang dianjurkan	A :masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1 sampai 8	

			16.00 16.10 16.12	7. Menjelaskan strategi pereda nyeri Dengan teknik mencium aroma terapi lavender dan teknik relaksasi nafas dalam Respon : Pasien memperhatikan saat diberi penjelasan 8. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan minyak aroma terapi lavender Hasil : Klien mengatakan setelah diberikan aroma terapi lavender nyeri berkurang menjadi skala 5		
	Rabu 29/6/2022	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri	16.30 16.34 16.35 16.40	1. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil : Pasien mengatakan masih merasa nyeri seperti perasaan tegang di daerah luka operasi saat bergerak atau berjalan dan mengganggu 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien mengatakan belum berani berjalan perlahan ke kamar mandi walau masih ditemani oleh keluarga 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan, bila perlu Hasil : pasien bisa menekuk lututnya 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien Hasil : Keluarga pasien bersedia untuk memberikan dukungan dan menemani pasien untuk proses ambulasi	20.35 Wit S : 1. Pasien mengatakan nyeri di daerah luka operasi saat mencoba beraktifitas 2. Pasien mengatakan bahwa takut untuk mencoba berjalan karena takut jahitan di luka akan terbuka 3. Pasien mengatakan faham tentang apa yang dijelaskan 4. Pasien mengatakan bersedia untuk mencoba berjalan tapi ditemani 5. Keluarga pasien bersedia untuk membantu proses ambulasi pasien O : 1. KU: sedang, 2. kesadaran : Compos mentis 3. Pasien nampak lemas 4. Aktivitas dibantu oleh keluarga M : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1sampai 4	

	Rabu 29/6/2022	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi	16.43	1. Mengidentifikasi informasi yang akan disampaikan hasil : memberikan informasi tentang penyakit Apendisitis	Jam 20.40 Wit S : Klien mengatakan telah memahami mengetahui penyebab dari usus buntu O : 1. Tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya dan kebutuhan perawatan sudah meningkat 2. Klien tampak bisa menjawab pertanyaan yang diberikan A : Masalah defisit pengetahuan teratasi P : Intervensi dihentikan	
			16.44	2. Mengidentifikasi pemahaman tentang kondisi kesehatan saat ini hasil : saat ini pasien belum mengerti apa penyebab dari nyeri yang dialami		
			16.45	3. mengidentifikasi kesiapan menerima informasi. hasil : klien siap dalam menerima informasi kesehatan yang diberikan		
			16.47	4. menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan hasil: materi apendiks telah disipakan seperti leaflet dan SAP		
			16.48	5. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan hasil : pendidikan kesehatan diberikan telah dijadwalkan yaitu jam 16.48 Wit		
			16.50	6. memberikan kesempatan untuk bertanya hasil : klien bertanya tentang makanan apa yang tidak boleh dikonsumsi dan obat apa yang bisa meredakan nyeri yang dialami		
			16.51	7. mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat hasil : mengajarkan tentang pola makan yang baik tentang makanan apa yang harus dihindari dan istirahat yang cukup		

	Rabu 29/6/2022	Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive		1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Hasil : Pasien mengatakan daerah luka dirasa hangat dan disekitar daerah luka juga sering gatal 2. membatasi jumlah pengunjung hasil : pengunjung keluarga yang datang hanya berapa orang karena sebelumnya perawat telah menyampaikan kepada keluarga supaya jangan banyak yang berkunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area luka post operasi Hasil : pasien telah diganti verban dan dalam melakukan perawatan luka secara teknik aseptik 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Hasil : perawat mau pun keluarga pasien selalu mencuci tangan jika kontak dengan pasien 5. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi. Hasil : selalu diberikan perawatan aseptik 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. Hasil : pasien dan keluarga mengarti tentang penjelasan gejala infeksi yang disampaikan oleh perawat 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.dengan benar Hasil : keluarga dan pasien bisa melakukan cara cuci tangan dengan 6 langka	20.50 Wit S: 1. Pasien mengatakan daerah luka dirasa hangat dan disekitar daerah luka juga sering gatal. 2. Pasien mengatakan tidak ada demam. 3. Pasien akan menyampaikan jika ada gejala yang dirasakan O: 1. Pasien nampak mengerti tentang apa yang dijelaskan 2. Pasien dan keluarga pasien melakukan teknik cuci tangan 6 langkah 3. WBC/ leukosit : 14,91 (10³/uL)	
--	-------------------	---	--	---	---	--

Hari ke Dua

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Kamis 30/6/2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi).	08.00	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: P = pasien mengatakan nyeri yang meningkat jika beraktivitas dan batuk atau bersin Q = Ditusuk-tusuk R = perut kanan bawah S = 5 T = Hilang timbul	Jam 13.30. Wit S : 1. Pasien mengatakan nyeri luka operasi dibagian perut bawah sudah mulai berkurang dengan skala 3 (nyeri ringan) 2. Nyeri masih seperti tertusuk-tusuk 3. Nyeri sudah jarang muncul	
			08.10	2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memeringan nyeri Hasil : pasien mengatakan nyeri yang meningkat jika bergerak, berpindah posisi, beraktivitas dan batuk atau bersin dan menurun jika tidur terlentang	O : 1. Pasien sudah mulai rileks 2. Sikap protektif menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan darah membaik TD : 120/80 mmHg Nadi : 88 x/menit Suhu : 36, °C RR : 20x/menit	
			09.25	3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Respon : Klien terlihat meringis	5. Tampak pasien selalu mencium aroma terapi lavender A Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
			09.36	4. memonitor TTV hasil : Tekanan darah : 120/80mmHg Nadi : 90 x/m Suhu badan : 36,5 oC Respirasi : 22 x/m	1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kualitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri. 2. Identifikasi respon nyeri non-verbal. 3. Berikan teknik nonfarmakologis untuk	
			09.00	5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan minyak aroma terapi lavender Hasil : Klien mengatakan setelah diberikan aroma terapi lavender nyeri berkurang menjadi skala 4		
			10.00	6. Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri		

			10.35 11.00	7. Mengkondisikan agar klien tidak mendengarkan suara ramai ataupun kebisingan Respon : Pasien mengikuti hal yang dianjurkan 8. Menjelaskan strategi pereda nyeri Dengan teknik mencium aroma terapi lavender dan teknik relaksasi nafas dalam Respon : Pasien memperhatikan saat diberi penjelasan	mengurangi rasa nyeri dengan minyak aroma terapi lavender Monitor TTV	
	Kamis 30/6/2022	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri		1. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil : Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang jika bergerak atau berjalan dan melakukan aktivitas lainnya 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien mengatakan sudah berani ke kamar mandi sendiri walau kadang masih dipantau oleh keluarga 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien Hasil : Keluarga pasien bersedia untuk memberikan dukungan dan menemani pasien untuk proses ambulasi	13.32 Wit S : 1. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang jika melakukan aktivitas 2. Pasien mengatakan sudah berani ke kamar mandi sendiri walau kadang masih dipantau oleh keluarga 3. Keluarga pasien masih sebagian membantu proses ambulasi pasien 4. Pasien mengatakan dirinya jauh lebih baik dari sebelumnya O : 1. Ku : Baik 2. kesadaran : Compos mentis 3. Pasien nampak semangat 4. Aktivitas dilakukan secara mandiri sebagian 5. Penampilan nampak segar A: Masalah defisit pengetahuan teratasi P : Intervensi dihentikan	

	Kamis 30/6/2022	Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive		1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Hasil : Pasien mengatakan daerah luka dirasa hangat dan disekitar daerah luka juga sering gatal 2. membatasi jumlah pengunjung hasil : pengunjung keluarga yang datang hanya berapa orang karena sebelumnya perawat telah menyampaikan kepada keluarga supaya jangan banyak yang berkubjung 3. Berikan perawatan kulit pada area luka post operasi Hasil : pasien telah diganti verban dan dalam melakukan perawatan luka secara teknik aseptik 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Hasil : perawat mau pun keluarga pasien selu mencuci tangan jika kontak dengan pasien 5. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. Hasil : pasien dan keluarga mengarti tentang penjelasan gejala infeksi yang disampaikan oleh perawat 6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.dengan benar Hasil : keluarga dan pasien bisa melakukan cara cuci tangan dengan 6 langka	13.40it S: 1. Pasien mengatakan masih nyeri dibagian luka operasi, sudah tidak gatal namun masih dirasa hangat 2. Pasien mengatakan tidak ada demam O : 1. Pasien sudah tidak nampak gelisah 2. Tidak tampak tanda dan gejala infeksi yang menonjol pada pasien 3. Pasien nampak lebih nyaman 4. asien nampak mengerti tentang apa yang dijelaskan 5. Pasien dan keluarga pasien melakukan teknik cuci tangan 6 langkah 6. WBC/ leukosit : 13.00 ($10^3/uL$) A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	
--	--------------------	---	--	---	--	--

Hari ke tiga

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Jumat 01/7/2022	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi).	08.30 08.12 09.25 08.00 09.00 10.00 10.35	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dibagian perut bawah 2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memeringan nyeri Hasil : pasien mengatakan nyeri yang meningkat jika bergerak, berpindah posisi, beraktivitas dan batuk atau bersin dan menurun jika tidur terlentang 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal Respon : Klien terlihat meringis 4. memonitor TTV hasil : Tekanan darah : 110/80mmHg Nadi : 82 x/m Suhu badan : 37 oC Respirasi : 20 x/m 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan minyak aroma terapi lavender Hasil : Klien mengatakan setelah diberikan aroma terapi lavender nyeri berkurang menjadi skala 3. Kontrol lingkungan yang memperlambat rasa nyeri 6. Dengan teknik mencium aroma terapi lavender dan teknik relaksasi nafas dalam Respon : Pasien memperhatikan saat diberi penjelasan	Jam 13.00 Wit S : Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah menurun dengan skala 2 (nyeri ringan) dan nyeri sudah jarang muncul O 1. Meringis menurun pasien sudah mulai rileks 2. Sikap protektif menurun 3. Gelisah menurun 4. TTV 100/80 mm Hg, Nadi 84x/menit A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan (Pasien Pulang)	

	Jumat 01/7/2022	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri		1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya hasil : Pasien mengatakan nyeri sudah menurun dan tidak mengganggu aktivitas 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : Pasien mengatakan sudah berani ke kamar mandi sendiri 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien Hasil : Keluarga pasien bersedia untuk memberikan dukungan dan menemani pasien	13.30 Wit S : 1. Bisa melakukan aktivitas secara mandiri 2. Pasien mengatakan dirinya jauh lebih baik dari sebelumnya O : 1. Pasien nampak semangat 2. Perilaku sesuai anjuran 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan 4. Inisiatif meningkat 5. Motivasi meningkat A : Masalah teratasi P : intervensi di hentikan (pasien pulang)	
	Jumat 01/7/2022	Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive		1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik. Hasil : Pasieng mengatakan tidak ada gejala infeksi yang dirasakan 2. Berikan perawatan kulit pada area luka post operasi Hasil : pasien telah diganti verban dan dalam melakukan perawatan luka secara teknik aseptik 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Hasil : perawat mau pun keluarga pasien selu mencuci tangan jika kontak dengan pasien 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi. Hasil : pasien dan keluarga mengarti tentang penjelasan gejala infeksi yang disampaikan oleh perawat 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.dengan benar Hasil : keluarga dan pasien bisa melakukan cara cuci tangan dengan 6 langka	13.30 it S 1. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dan tidak gatal lagi 2. Pasien mengatakan tidak ada demam O : 1. Pasien sudah tidak nampak gelisah 2. Pasien nampak lebih nyaman A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	

BAB IV

ANALISIS SITUASI

A. Analisa Masalah Keperawatan Pada Pasien Kelolaann

Asuhan keperawatan pada pasien Tn A dengan diagnosa medis apendiktomy pengkajian dilakukan sejak tanggal 29 Juni sampai 01 Juli 2022/ pasien masuk rumah sakit tanggal 28 Juni 2022 dari IGD. Pengkajian keperawatan dilakukan sewaktu masuk keruang Bedah pada tanggal 29 Juni 2022. Keluhan utama pasien adalah “nyeri pada luka operasi dibagian perut kanan bawah dengan skala 6, nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk nyeri dirasakan hilang timbul nyeri bertambah bila banyak bergerak seperti miring, batuk dan bersin

Apendisitis merupakan proses peradangan akut maupun kronis yang terjadi pada apendiks vermiformis oleh karena adanya sumbatan yang terjadi pada lumen apendiks. Gejala yang pertama kali dirasakan pada umumnya adalah berupa nyeri pada perut kuadran kanan bawah. (Fransiscadkk, 2019).

Pasien dengan post operasi apendektomi kebanyakan akan mengeluh nyeri. Nyeri yang dirasakan pada pasien post operasi apendektomi adalah nyeri akut. Salah satu intervensi yang dapat diberikan untuk mengatasi nyeri tersebut adalah manajemen nyeri. Secara non-farmakologi yang dapat diterapkan contohnya dengan pemberian aromaterapi lavender, penerapan aromaterapi lavender ini dapat mengurangi nyeri yang dirasakan pasien apendisitis dengan post operasi. (Salamati, 2017).

Pada pasien post apediktomy terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul seperti

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi).

Menurut PPNI (2017) Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan.

Pada pasien diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (prosedur operasi). Saat pengkajian didapatkan data subjektif dan data objektif yaitu pasien mengeluh nyeri dibagian luka operasi di perut kanan bawah Post-op appendectomy dengan skala 6 nyeri seperti tertusuk-tusuk

Hidayat (2020) menjelaskan dalam penelitiannya bahwa pada kasus post-operatif masalah nyeri akut timbul dikarenakan proses operasi yang menyebabkan rusaknya jaringan kulit sehingga mengakibatkan rangsangan nyeri. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Setyaningrum (2013) mengatakan masalah keperawatan pertama yang diangkat yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan post operasi..

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri

Gangguan mobilitas fisik adalah Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Pada pasien ditemukan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keengganan untuk melakukan pergerakan dibuktikan dengan data subjektif yaitu pasien mengatakan takut untuk melakukan mobilisasi karna takut jahitan pada luka akan terbuka dan terasa nyeri saat melakukan aktifitas dan data objektif kekuatan otot normal dan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarga. Hal ini sesuai dengan Penelitian yang dilakukan Nurarif dan Kusuma (2015) masalah keperawatan yang biasa timbul

pada post operatif salah satunya adalah gangguan mobilitas fisik yang timbul karena kurangnya kesiapan dan adaptasi dengan kondisi post operasi yang menyebabkan keterbasan dan gangguan pada proses mobilisasi.

Peneliti berasumsi masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik yang timbul pada pasien berdasarkan keluhan yang disampaikan dan ditemukan disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan kesiapan pasien menghadapi proses pasca operasi

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Salah masalah yang muncul pada Pada pasien Tn A dengan dengan diagnosa apendiktomy kurang pengetahuan hal ini berhubungan dengan tingkat pengetahuan pasien dimana saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit yang dideritanya kenapa bisa mengalami usus buntu dan tidak mengetahui bagaimana cara mengurangi nyeri yang dirasakannya data objektif Pasien tampak bigung dan cemas

Defisit pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu dengan tidak menunjukkan respons, perubahan, atau pola disfungsi manusia, tetapi lebih sebagai suatu etiologi atau faktor penunjang yang dapat menambah suatu variasi respons (PPNI, 2016).

Pengetahuan yang kurang dapat mempengaruhi seseorang untuk memahami proses dari penyakit apendisitis Salah satunya responden tidak terlalu memahami penyebab dari apendisitis dan tidak mengetahui cara dalam mengatasi nyeri jika muncul sehingga perawat berperan dalam menjelaskan tentang penyakit apendisitis penyebab dan cara pengobatannya.

4. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive

Diagnosa yang sama dengan teori dan ditemukan pada kedua pasien selanjutnya adalah resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. Pada saat dilakukan pengkajian ditemukan data objektif pada kedua pasien yaitu terdapat luka hasil operasi dibagian perut.

Resiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor resiko dari resiko infeksi adalah penyakit kronis, efek prosedur infasif, mall nutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer, ketidak ada kuatan pertahanan tubuh sekunder (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Nurarif dan Kusuma (2015) menyebutkan bahwa masalah keperawatan yang dapat timbul pada pasien post operasi salah satunya resiko infeksi, dimana terbukanya jaringan kulit karena proses operasi yang menyebabkan terbukanya jalan masuk kuman dan bakteri yang beresiko menimbulkan resiko infeksi.

Menurut peneliti, masalah keperawatan resiko infeksi muncul pada pasien karena efek dari prosedur operasi dan sesuai dengan tanda faktor yang didapatkan dari diagnosa SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia), yaitu dari faktor resiko adalah efek prosedur invasive.

B. Analisa *Based Evidence Practices* (Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait)

Menurut Ingersol (2000), Evidence Based Nursing yaitu penggunaan teori dan informasi yang diperoleh berdasarkan hasil penelitian secara jelas, teliti, dan bijaksana dalam pembuatan keputusan tentang pemberian asuhan keperawatan pada kelompok atau individu. Dalam penerapan Evidence Based Nursing harus mempertimbangkan pilihan dan kebutuhan dari pasien tersebut

Tindakan Appendectomy berfungsi untuk mengangkat apendiks yang meradang atau terinfeksi. Appendectomy dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Marijata dalam Pristahayuningtyas, 2015).

Pada pasien yang menjalani operasi apendektomi maka akan merasakan nyeri. Mediator-mediator kimia nyeri merupakan penyebab pasien merasakan nyeri, mediator ini ditimbulkan oleh rangsangan mekanik luka (Smeltzer & Bare, 2013). nyeri apabila tidak diatasi segera akan menghambat proses penyembuhan, menimbulkan stres, serta ketegangan yang akan menimbulkan respon fisik dan psikis sehingga diperlukannya upaya yang tepat (Potter & Perry, 2010). Salah satu cara untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien adalah dengan cara non-farmakologi salah satu intervensinya yaitu pemberian aromaterapi lavender sebagai penerapan *Evidence Based Nursing*.

Pemberian aromaterapi lavender menjadi salah satu metode relaksasi yang dapat diterapkan pada pasien nyeri. Aromaterapi adalah pengobatan dengan menggunakan wangi-wangian (Sharma, 2009). Aromaterapi essential oil lavender bermanfaat bagi tubuh karena dapat meringankan nyeri dan merilekskan tubuh (Ramadhan, dkk, 2017).

Berbagai efek minyak atsiri yaitu sebagai antiseptik, antimikroba, antivirus dan anti jamur, zat analgesik, antiradang, antitoksin, immunostimulan, pembunuh dan pengusir serangga, mukolitik dan ekspektoran, Minyak atsiri yang bersifat analgesik (menghilangkan rasa sakit) adalah *chamomile frankincense*, cengkih, *winter green*, lavender dan mint. (Dewi, 2013). Sebelum pengaplikasian EBN, pasien diukur terlebih dahulu skala nyerinya dengan menggunakan *Visual Analogue Scale*. Prosedur pemberian aroma terap lavender diberikan berturut – turut selama tiga hari

Prosedur Pelaksanaan Intervensi dengan kriteria inklusi rentang umur pasien 18-65 tahun, kesadaran penuh dan menyadari waktu dan tempat, memiliki pernapasan spontan. Pasien tidak ada kecanduan opioid atau analgesik yang kuat, tidak menerima analgesik dalam waktu 2 jam sebelum intervensi, tidak memiliki asma, alergi, paru obstruktif kronis dan penyakit paru-paru lainnya, dermatitis kontak dengan zat aromatik. Penelitian akan dilakukan dalam satu shift kerja (6 jam). dengan langkah-langkah yaitu pemberian aromaterapi dilakukan dengan cara meneteskan 4 tetes minyak essensial lavender pada kapas/kassa lalu diletakkan di kerah pasien atau sekitar ± 20 cm jauh dari kepala, kapas/kassa diganti setiap 1 jam sekali dan diteteskan kembali 4 tetes minyak essensial lavender, dan selanjutnya untuk skala nyeri dan tanda-tanda vital pasien diukur setiap 1 jam setelah pemberian aromaterapi.

Tabel 4.1. Hasil implementasi relaksasi dengan pemberian aromaterapi lavender

No	Tanggal/hari	Sebelum	Sesudah
1	Rabu 29/6/2022	Jam 15.00 Subjektif 1. P= Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi nyeri yang meningkat jika bergerak, berpindah posisi, beraktivitas dan batuk atau bersin 2. Q = nyeri seperti tertusuk-tusuk 3. R = perut bagian bawah 4. S = nyeri skala 6 (nyeri sedang) 5. T = nyeri hilang timbul 1-3 menit Data objektif 1. Ekpresi meringis 2. Menekan perut bagian kanan bawah 3. TD 140/90 mmHg,	20..00. Wit Sujektif 1. P = Klien mengatakan masih nyeri di bagian luka operasi 2. Q = nyeri seperti tertusuk tusuk 3. R = di perut kanan bawah 4. S = skala 5 5. T = nyeri dirasa hilang timbul 6. menyukai aroma lavender Objektif 1. Pasien tampak gelisah 2. Sikap protektif meningkat 3. Pasien tampak meringis 4. Mencium aroma terapi lavender

		4. Nadi 100 x/menit	5. TD : 120/78 mmHg Nadi : 96 x/menit Suhu : 36,8 °C RR : 22x/menit
2	Kamis 30/6/2022	09.00 Wit Subjektif 1. P = Pasien mengatakan nyeri operasi pada perut kanan bawah sudah mulai berkurang d 2. Q = Ditusuk-tusuk 3. R = perut kanan bawah 4. S = skala 4 5. T = Hilang timbul Objektif 1. Pasien masih meringis sekali kali jika melakukan aktivitas seperti berdiri 2. Nadi : 82 x/m 3. suhu badan : 37 oC 4. Respirasi : 22x/m	13.30 Wit Subjektif 1. P = nyeri operasi sudah berkurang dan pasien selalu mencium aroma terapi lavender 2. Q = nyeri tertusuk – tusuk sudah menurun 3. R = bagian perut kanan bawah 4. S = skala 3 (ringan) 5. T = Hilang timbul tidak terlalu terasa lagi Objektif 1. Pasien sudah mulai rileks 2. Tidak gelisah lagi 3. TD : 120/80 mmHg 4. Nadi : 88 x/menit 5. Suhu : 36, °C 6. RR : 20x/menit 7. Tampak pasien selalu mencium aroma terapi lavender
	Jumat 01/7/2022	Subjektif : 1. P = nyeri operasi sudah berkurang dan pasien selalu mencium aroma terapi lavender 2. Q = nyeri tertusuk – tusuk sudah menurun 3. R = bagian perut kanan bawah 4. S = skala 3 (ringan) 5. T = Hilang timbul tidak terlalu terasa lagi	S : 1. P= Pasien mengatakan nyeri luka operasi sudah menurun 2. Q = nyeri sudah berkurang 3. S =dengan skala 2 (nyeri ringan) 4. T = hilang timbul Objektif 1. Pasien rileks 2. Sikap protektif menurun 3. tidak gelisah lagi 4. TTV 100/80 mm Hg, Nadi 84x/menit

Berdasarkan tabel 4.1 mengenai hasil pengukuran dapat dilihat bahwa terdapat penurunan tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien post operasi

apendiktomi setelah diberikan intervensi Aromaterapi Lavender yaitu dari skala 6 (nyeri sedang) menjadi skala 2 (nyeri ringan) pada hari ke tiga,

Aromaterapi yang diberikan melalui inhalasi mampu meningkatkan gelombang-gelombang alfa di dalam otak sehingga membantu menciptakan keadaan rileks dan mengurangi nyeri (Namazi, 2014). Selain itu aromaterapi lavender merupakan salah satu pilihan aromaterapi yang memiliki zat aktif yaitu linalool dan linalyl asetat yang memiliki toksisitas rendah yang aman dan mudah digunakan (Salamati, dkk, 2017). Menurut Ramadhian, dkk (2017) mengatakan kedua zat ini memiliki efek sedative dan analgesic yang bermanfaat untuk menenangkan dan mengurangi nyeri. Pada pemaparan implementasi *Evidence Based Nursing* diatas dan telah dilakukan implementasi didapatkan hasil aromaterapi lavender efektif untuk mengurangi nyeri pada pasien apendisitis post operasi.

Kandungan utama bunga lavender adalah linalool dan linalyl asetat, namun linalool merupakan kandungan aktif utama yang berperan sebagai efek anti cemas atau relaksasi (Dewi, 2013). Minyak lavender diperoleh melalui penyulingan bunga pada bagian akar, daun, batang, buah, bunga, daun lavender (Dewi, 2013). Minyak ini digunakan secara luas dalam metode aromaterapi. Aroma dari lavender dapat meningkatkan gelombang alfa di otak yang mampu menciptakan keadaan yang lebih rileks (Wahyuningsih, 2014).

Proses penciuman sendiri terbagi dalam 3 tingkatan, dimulai dengan penerimaan molekul bau tersebut pada olfactory epithelium. Selanjutnya bau tersebut akan ditransmisikan sebagai suatu pesan ke pusat penciuman yang terletak di bagian belakang hidung. Pada tempat ini berbagai sel neuron

menginterpretasikan bau tersebut dan mengantarnya ke system limbic yang selanjutnya akan dikirim ke hipotalamus untuk diolah. Melalui penghantaran respon yang dilakukan oleh hipotalamus, seluruh unsure pada minyak essensial tersebut akan diantar oleh sistem sirkulasi dan agen kimia pada organ tubuh yang membutuhkan (Yunita, 2010 dalam Frayusi 2012).

Beberapa hasil penelitian tentang aroma terapi lavender sudah membuktikan bahwa aromaterapi lavender dapat mengurangi nyeri. Penelitian yang dilakukan oleh Dasna (2014) yang berjudul Efektifitas Terapi Bunga Lavender Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Infark Miokard yang dianalisis dengan uji wilcoxon didapatkan hasil 0,001 ($p \text{ value} < 0,05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa aromaterapi lavender efektif untuk menurunkan skala nyeri pasien infark miokard. Skala nyeri pre test adalah 6 dan post test adalah 5. Penelitian lain yang dilakukan oleh Argi (2013) dengan judul Pengaruh Aromaterapi Lavender Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Pasca Operasi Di Rumah Sakit Dustira Cimahi hasil uji statistik didapatkan nilai $p \text{ value}$ 0,001 berarti ada perbedaan intensitas nyeri antara sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi lavender, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh pemberian aromaterapi lavender terhadap tingkat nyeri

Menurut Bhaer (2010) Enkefalin merangsang daerah di otak yang disebut raphe nucleus untuk mensekresi serotonin sehingga menimbulkan efek rileks, tenang dan menurunkan kecemasan, serotonin juga bekerja sebagai neuromodulator untuk menghambat informasi nosiseptif dalam medula spinalis. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan cara menempati reseptor di kornu dorsalis sehingga menghambat pelepasan substansi P.

Penghambatan substansi P akan membuat impuls nyeri tidak dapat melalui neuron proyeksi, sehingga tidak dapat diteruskan pada proses yang lebih tinggi di kortek somatosensoris dan transisional, melalui teori ini dapat diketahui bahwa pemberian aromaterapi lavender dapat menurunkan intensitas nyeri.

Teori gate control dari Melzack dan Wall (1915) dalam Potter & Perry (2006) mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medulla spinalis, talamus, dan sistem limbik. Dengan memahami hal-hal yang dapat mempengaruhi pertahanan ini, maka perawat dapat memperoleh konsep kerangka kerja yang bermanfaat untuk penanganan nyeri. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar terapi menghilangkan nyeri.

C. Alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan

Masalah keperawatan yang muncul pada kasus kelolaan dapat diatasi bila terjadi kolaborasi yang baik antara klien dan pemberi layanan kesehatan. Klien memiliki peran penting untuk melakukan perawatan mandiri (self care) dalam perbaikan kesehatan dan mencegah rawat ulang di Rumah Sakit (Barnason, Zimmerman & Young, 2011). Perilaku yang diharapkan dari self care adalah kepatuhan dalam medikasi maupun instruksi dokter sehingga penyembuhan cepat terjadi

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Pada bab ini, peneliti akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan keilmuan khususnya dibidang keperawatan.

1. Hasil analisa didapatkan pasien kasus kelolaan yaitu Tn. A, dengan diagnosa apendiktomi. Masalah keperawatan yang ditemukan pada ke 3 pasien kelolaan
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi), Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Nyeri, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasive
3. Intervensi inovasi yang diberikan berupa pemberian Aromaterapi Lavender mampu menurunkan skala nyeri yang dirasakan pada pasien post apendiktomi
Hasil intervensi yang dilakukan menunjukkan bahwa terdapat perbedaan tingkat nyeri yang dirasakan sebelum dan sesudah dilakukan pemberian intervensi Aromaterapi Lavender, sehingga intervensi ini terbukti memiliki pengaruh dalam menurunkan skala nyeri yang dirasakan oleh pasien apendiktomi

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan atau sumber informasi serta dasar pengetahuan bagi para mahasiswa khususnya dibidang keperawatan tentang Aromaterapi Lavender terhadap nyeri pada pasien apendiktomi

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan menjadi landasan yang kuat untuk penelitian-penelitian yang selanjutnya. Saran untuk peneliti selanjutnya agar meneliti terkait pelaksanaan Aromaterapi kombinasi pada Pasien apendiktomi

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan klien dengan Fraktur di Rumah Sakit.

4. Bagi Profesi Perawat

Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat meningkatkan Asuhan Keperawatan klien dengan Fraktur secara komperhensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Abbaszadeh, Reyhaneh et al. (2017). Lavender Aromatherapy In Pain Management : A Review Study. *Pharmacophore an Internatinal Journal*, 8(3), 50-54.
- Andarmoyo, S. (2013). Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri. Yogyakarta :Ar-Ruzz.
- Aprizal, Reonaldi. (2018). Asuhan Keperawatan pada Pasien Post Operasi Apendiktomi dalam Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman di Ruang Melati RSUD Kota Kendari Tahun 2018. Kendari : Poltekkes
- Ariawan, Kiki Anugrah. (2014). Asuhan Keperawatan Ny.S dengan Gangguan Sistem Pencernaan : Apendisitis Akut dengan Post Appendektomi di Ruang Cempaka RSUD Pandan Arang Boyolali. Naskah Publikasi UMS.
- Azizah, Siti Uswatun. (2017). Penerapan Distraksi Relaksasi Aromaterapi Lavender untuk Mengurangi Nyeri Akut pada Pasien Post Operasi Appendix di RS PKU Muhammadiyah. Stikes Muhammadiyah Gombong
- Bhangu, A., Soreide, K., Saverlo, Salomone Di., dkk. (2017). Acute Appendicitis : Modern Understanding of Pathogenesis, Diagnosis, and Management. *Article*, 386(10000), 1278-1287.
- Black, J.M., Hawks. (2005). Medical Surgical NursingCritical Management for Positive Outcome. Missouri : Elsvier Saunders.
- Corwin, Elizabeth J. (2008). *Hanbook of Pathophysiology. 3rd Edition*. USA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Crae A.F., Clure, J.H., Jozwiak, H. (2005). Comparson of Ropivacaine and Bupivacaine in Extradural Analgesia for The Relief of Pain in Labour. *Br Anaesth Journal*, 74(5), 261-265.
- Fransisca, Cathleya., Gotra, I Made., Mahastuti, Ni Made. (2019). Karakteristik Pasien dengan Gambaran Histopatologi Apendisitis di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2015-2017. *Jurnal Medika Udayana*, 8(7), 1-6.
- Frayusi, Anif. (2012). Pengaruh Pemberian Terapi Wewangian Bunga Lavender secara Oles terhadap Skala Nyeri pada Klien Infark Miokardium di CVCU RSUP M. Djamil Padang. Padang : Universitas Andalas
- Hayden, P., Cowman, S. (2011). Anaesthesia for Laparoscopic Surgery. *Contin Educ Anaesth Crit Care Pain*, 11(5), 177-180.
- Herdman, T.H., Kamitsuru, S. (2015). Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi. Edisi 10. Jakarta : EGC.
- Imaligy, Uly Ervinaria. (2012). Prevalensi Lokasi dan Kedalaman Inflamasi pada Pasien dengan Apendisitis Akut di RSUPNCM tahun 2009-2011. Naskah Publikasi UI.
- Indri, Ummami Vanesa., Karim, Darwin., Elita, Veny. (2014). Hubungan antara Nyeri, Kecemasan dan Lingkungan dengan Kualitas Tidur pada Pasien Post Operasi Apendisitis. *Jurnal JOM PSIK*, 2(1), 1-8.
- Ingersoll, G. (2000). *Evidence Based Nursing : What it is and isn't Nurse Outlook*. Philadelphia : Mosby.

- Potter, Patricia A., Perry, Anne G. (2010). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 7. Jakarta : EGC.
- Pramana, Triyanta Y., Darmayani, A., Munawaroh, S., dkk. (2019). Buku Pedoman Keterampilan Klinis : Pemeriksaan Abdomen Lanjut. Surakarta : Universitas Sebelas Maret.
- Price, Sylvia A., Wilson, Lorraine M. (2012). Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Jakarta : EGC.
- Pristahayuningtyas, Rr.C.Y. (2015). Pengaruh Mobilisasi Dini terhadap Perubahan Tingkat Nyeri Klien Post Operasi Apendektomi di Ruang Bedah Mawar Rumah Sakit Baladhika Husada Kabupaten Jember. Jember : Universitas Jember.
- Ramadhan, M.R., Zettira, O.Z. (2017). Aromaterapi Bunga Lavender (*Lavandula Angustifolia*) dalam Menurunkan Risiko Insomnia. *Majority Journal*, 6(2), 60-63.
- Redjeki, Ike S.M. (2011). Pengelolaan Nyeri Pascabedah. Jakarta : National Congress Indonesian Pain Society.
- Ristina, daryanti. (2016). Pemberian Aromaterapi Lavender terhadap Gangguan Kebutuhan Tidur pada Asuhan Keperawatan Nn.R dengan Post Operasi
- Salamati, A., Mashouf, S., Sahbaei, F., Mojab, F. (2017). Effect of Inhalation of Lavender Essential Oil on Appendectomy Surgery Pain. *Iranian Journal of Pharmaceutichal Research*, 13(4), 1257-1261.
- Santos, C.M.C., Piementa, C.A.M.M., Nobre, M.R.C. (2007). The PICO Strategy for The Research Question Contraction and Evidence Based Search. *Maio Junho*, 15(3), 508-511.
- Sartelli, et al. (2018). Prospective Observational Study on Acute Appendicitis Worldwide (POSAW). *World Journal of Emergency Surgery*, 13(1), 1-10.
- SDKI, DPP & PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Edisi 1. Jakarta : DPPPNI.
- Setiadi. (2013). Konsep dan Praktek Penulisan Riset Keperawatan. Edisi 2. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Setyaningrum, Wahyu Adi. (2013). Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Post Operasi Apendektomi Hari Ke-1 di Ruang Dahlia RSUD Banyudono. Naskah Publikasi UMS.
- Sharifipour, F., Baigi, S.S., Mirmohammadali, M. (2015). The Aromatic Effect of Citrus Arantium on Pain and Vital Sign after Casarean Section. *Internatinal Journal of Biology, Pharmacy, and Allied Sciencies*, 4(7), 5063-5072.
- Sharma, S. (2009). Aromatherapy. Jakarta : Kharisma Publishing Group.
- Sjamsuhidajat, R., Wim, de Jong. (2010). Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Smeltzer, Suzanne C., Bare, B.G. (2013). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Jakarta : EGC.
- Stoelting. (2006). Clinical Anesthesia. 5th Edition. Philadelphia : William & Wilikins.
- Suza, Dewi Elizadiani. (2010). Pain Experiences and Pain Management in Postoperative

- Patients. *Majalah Kedokteran Nusantara*, 40(1), 45-51.
- Tamsuri, Anas. (2012). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC.
- Thomas, G.A., Lahunduitan, I., Tangkilisan, A. (2016). Angka Kejadian Apendisitis Post Op di RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Oktober 2012 - September 2015. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, 4(1), 231-136.
- Ulfa, Nurul Nisa. (2014). Efektivitas Paracetamol untuk Nyeri Pasca Operasi Dinilai dari Visual Analogue Scale. *Jurnal Media Medika Muda*. Semarang : Universitas Diponegoro.
- Utami, G.T., Dasna., Arneliwati. (2016). Efektivitas Terapi Aroma Bunga Lavender (*Lavandula Angustifolia*) terhadap Penurunan Skala Nyeri pada Klien Infark Miokard. *Jurnal Keperawatan*, 2(1), 612-619.
- Wahid, A. (2013). *Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta : Trans Info Media.
- Zees, Fahriani Rini. (2017). Pengaruh Teknik Relaksasi terhadap Respon Nyeri pada Pasien Apendektomi. *Journal Health and Sport*, 5(3), 640-645.

Lampiran 1 Standar Operasional Prosedur Pemberian Aromaterapi Lavender

OPERASIONAL PROSEDUR PEMBERIAN AROMATERAPI LAVENDER	
I. Pengertian	Memberikan terapi inhalasi kepada pasien yang mengalami nyeri untuk menciptakan rasa nyaman
II. Tujuan	1. Mengurangi atau menghilangkan nyeri 2. Menimbulkan perasaan aman dan damai 3. Pasien mampu menikmati aromaterapi
III. Indikasi	Pasien yang merasakan nyeri
IV. Kontraindikasi	1. Pasien dengan gangguan pernapasan 2. Pasien dengan alergi
V. Prosedur Pelaksanaan	A. Persiapan Pasien : 1. Pastikan identitas pasien yang akan dilakukan tindakan. 2. Kaji kondisi pasien 3. Jelaskan kepada pasien dan keluarga pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan B. Persiapan Alat : 1. Minyak lavender 2. Saputangan/kasa 3. Pipet tetes C. Tahap Kerja : 1. Mengucapkan salam terapeutik 2. Menanyakan perasaan pasien hari ini 3. Menjelaskan tujuan kegiatan 4. Beri kesempatan pada pasien untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai 5. Pertahankan privasi pasien selama tindakan dilakukan 6. Bawa peralatan kedekat pasien 7. Tuangkan empat tetes minyak esensial pada saputangan/kasa 8. Letakkan saputangan/kasa tersebut diarah pasien $\pm$ 20 cm dari kepala 9. Ganti kasa atau saputangan setiap 1 jam sekali 10. Lakukan intervensi selama 6 jam selama satu hari 11. Setelah terapi selesai bersihkan alat dan atur posisinya untuk pasien. 12. Setelah terapi selesai bersihkan alat dan atur posisinya untuk pasien. 13. Evaluasi respon pasien 14. Simpulkan hasil kegiatan

	15. Berikan reinforcement positif 16. Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik 17. Cuci tangan
VI. Dokumentasi	1. Catat kegiatan yang telah dilakukan dalam catatan pelaksanaan 2. Catat respon pasien terhadap tindakan

**SATUAN ACARA PENYULUHAN
APENDISITIS DI RUANG BEDAH
RSUD KABUPATEN MIMIKA**



OLEH :

**NAMA : AMARANTJI KAROLINA BATLAJERY, S.Tr. Kep
NIM : 7120921004**

**PRODI SARJANA TERAPAN KEPERAWATAN JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIS KESEHATAN
KEMENKES JAYAPURA
2022**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) APENDISITIS

1. Pokok bahasan : Apendisitis
2. Sub Bahasan
 - a. Pengertian apendisitis.
 - b. Anatomi apendik
 - c. Penyebab apendikitis.
 - d. Tanda dan gejala apendisitis.
 - e. Penatalaksanaan apendisitis.
 - f. Komplikasi apendisitis.
 - g. Pencegahan apendisitis.
3. Penyuluh : Amaranthi Karolina Batlajery, S.Tr. Kep
4. Tempat : Ruang Bedah RSUD
5. Sasaran : Pasien dan Keluarga pasien di Ruang Bedah RSUD
Timika :

A. Latar Belakang

1. Tujuan.

- a. Tujuan Intruksional Umum.

Setelah dilakukan penyuluhan kesehatan tentang apendisitis diharapkan keluarga pasien di Ruang Nusa Indah RSUD Bangli dapat mengerti mengenai penyakit apendisitis (usus buntu).

- b. Tujuan Instruksional Khusus.

Setelah diberikan penyuluhan tentang apendisitis diharapkan :

1. Keluarga pasien mampu menjelaskan tentang pengertian apendisitis
2. Keluarga pasien dapat mengetahui anatomi apendik,
3. Keluarga pasien mengetahui penyebab apendisitis.
4. Keluarga pasien mengetahui tanda dan gejala apendisitis.
5. Keluarga pasien mengetahui cara penatalaksanaan apendisitis.
Keluarga pasien mengetahui komplikasi yang dapat terjadi jika tidak ditangani.
6. Keluarga pasien mengetahui cara pencegahan apendisitis.

B. Strategi

1. Ceramah
2. Tanya jawab

C. Media

1. Leaflet
2. Flip cart
3. Alat peraga cuci tangan

D. Kegiatan

No.	Kegiatan	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan Peserta
1.	Pembukaan	15 menit	1. Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam. 2. Memperkenalkan diri. 3. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan. 4. Menyebutkan materi yang akan diberikan.	1. Menjawab salam. 2. Mendengarkan. 3. Memperhatikan
2.	Isi	30 menit	Penyajian materi tentang: 1. Menyebutkan pengertian apendisitis. 2. Menyebutkan anatomi apendik. 3. Menyebutkan penyebab apendisitis 4. Menyebutkan tanda dan gejala apendisitis 5. Menyebutkan penatalaksanaan apendisitis. 6. Menyebutkan penatalaksanaan apendisitis 7. Menyebutkan komplikasi dari apendisitis. 8. Menyebutkan cara pencegahan apendisitis.	1. Menyimak

3.	Evaluasi	15 menit	1. Pembagian leaflet 2. Kesempatan peserta bertanya kepada penyuluh. 3. Penyuluh menanyakan Kepada peserta tentang materi yang telah diberikan 4. Reinforcement bagi peserta yang dapat menjawab pertanyaan. 5. Menyampaikan kesimpulan. 6. Mengucapkan terima kasih atas perhatian peserta. 7. Mengucapkan terima kasih atas peran serta peserta. 8. Mengucapkan 9. salam penutup	1. Menerima leaflet 2. Peserta bertanya. 3. Peserta menjawab pertanyaan. 4. Mendengarkan. 5. Menjawab salam
----	----------	-------------	--	---

E. Pengorganisasian dan Penugasan

1. Pengorganisasian

- a. Ketua : Amaranthi Karolina Batlajery, S.Tr. Kep
- b. Moderator : Mirayanti
- c. Penyaji : Amaranthi Karolina Batlajery, S.Tr. Kep
- d. Observer : Sherly
- e. Fasilitator :

2. Penugasan

- a. Ketua : Mengontrol penyuluhan
- b. Penyaji
Mengapresiasikan materi sebelum mulai menyajikan dan menyajikan materi penyuluhan
- c. Moderator
 - 1) membuka jalannya penyuluhan
 - 2) memberi salam
 - 3) memperkenalkan peserta penyuluhan
 - 4) menyampaikan tujuan
 - 5) mengontrak waktu untuk penyuluhan
 - 6) menanyakan ke pasien, apakah ada yg kurang jelas tentang apa yang telah di bawakan penyaji
 - 7) memperjelas pertanyaan dan jawaban yang telah ditanyakan peserta dan yg di jawab penyuluh
 - 8) menutup jalannya penyuluhan
- d. Observer
Mengobservasi jalannya penyuluhan dan menyimpulkan hasil kegiatan penyuluhan
- e. Fasilitator
Menfasilitasi jalannya penyuluhan

F. Materi

1. Pengertian apendisitis

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (cecum). Infeksi ini mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya.

Apendisitis adalah tersumbatnya lumen oleh karena benda asing, fekolit, tumor atau parasit. Mukosa mengeskresi cairan dibawah penyumbatan, tekanan intraluminal meningkat, mukosa mengalami hipoksia dan menimbulkan dan menimbulkan tukak dan bakteri menyerang dinding sehingga terjadi peradangan. (Brunner & Suddart, 1997).

Insiden apendisitis di negara maju lebih tinggi dari pada di negara berkembang. Apendisitis dapat ditemukan pada semua umur, hanya pada anak kurang dari satu tahun jarang terjadi. Insiden tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun dan tidak memandang jender, baik laki- laki maupun perempuan angka kejadiannya sama.

Ada 2 klsifikasi apendisitis sebagai berikut :

a. Apendisitis Akut

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

b. Apendisitis Akut Sederhana

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

1) Apendisitis Purulenta

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

2) Apendisitis Gangrenosa

Bila tekanan dalam lumen terus bertambah, aliran darah arteri mulai terganggu sehingga terjadi infark dan gangren. Selain didapatkan tanda-tanda supuratif, apendiks mengalami gangren pada bagian tertentu. Dinding apendiks berwarna ungu, hijau keabuan atau merah kehitaman. Pada apendisitis akut gangrenosa terdapat mikroperforasi dan kenaikan cairan peritoneal yang purulen.

3) Apendisitis infiltrat

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

4) Apendisitis abses

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

5) Apendisitis perforasi

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

c. Apendisitis kronis

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

1) Anatomi apendik.

Apendiks merupakan organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm, dan berpangkal di sekum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar di bagian distal. Namun demikian, pada bayi, apendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit ke arah ujungnya. Keadaan ini mungkin menjadi sebab rendahnya insiden apendisitis pada usia itu. Persarafan parasimpatis berasal dari cabang nervus vagus yang mengikuti arteri mesenterika superior dan arteri sekitar umbilikus. Pendarahan apendiks berasal dari arteri apendikularis yang merupakan arteri tanpa kolateral. Jika arteri ini tersumbat, misalnya karena thrombosis pada infeksi, apendiks akan mengalami gangren. Persarafan sekum dan apendiks vermiformis berasal dari saraf simpatis dan parasimpatis dari *plekxus mesenterica superior*. Serabut saraf simpatis berasal dari medula spinalis torakal bagian kaudal, dan serabut parasimpatis berasal dari kedua nervus vagus. Serabut saraf aferen dari apendiks vermiformis mengiringi saraf simpatis ke segmen medula spinalis thorakal 10. Posisi apendiks terbanyak adalah *retrocaecal* (65%), *pelvical* (30%), *patileal* (5%), *paracaecal* (2%), *anteileal* (2%) dan *preleal* (1%) (R.Putz dan R.Pabst, 2006). Pada 65% kasus, apendiks terletak intraperitoneal, yang memungkinkan apendiks bergerak dan ruang geraknya

bergantung pada panjang mesoapendiks penggantungnya. Pada kasus selebihnya, apendiks terletak retroperitoneal, yaitu di belakang sekum, di belakang kolon ascendens. Gejala klinis apendisitis ditentukan oleh letak apendiks.

d. Penyebab Apendisitis.

Terjadinya apendisitis umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun terdapat banyak sekali faktor pencetus terjadinya penyakit ini seperti :

- 1) Penyumbatan / obstruksi pada lumen apendik:
- 2) Penyumbatan feces yang keras.
- 3) tumor primer pada dinding apendiks
- 4) Adanya jaringan yang rusak.
- 5) Edema (pembengkakan)
- 6) Inflamasi / pembengkakan pada lumen apendik.
- 7) Infeksi parasit (cacing dan E Hystolitica)

e. Tanda dan Gejala Apendisitis.

Adapun tanda gejala awal dari apendisitis adalah :

- 1) Nyeri perut pada bagian kanan bawah.
- 2) Penurunan nafsumakan.
- 3) Demam ringan.
- 4) Mual muntah.
- 5) Sulit BAB (konstipasi).
- 6) Diare

f. Penatalaksanaan Apendisitis.

Jika penderita mengalami tanda dan gejala seperti diatas maka langkah awal penatalaksanaan adalah mencari pelayana kesehatan terdekat seperti puskesmas terdekat atau rumah sakit terdekat, selanjutnyakan dilakukan beberapa pemeriksaan penunjang yang akan dilakukan seperti pemeriksaan laboraturium dan pemeriksaan radiologi (USG & Apendikogram)

1. Penatalaksanaan medis yang dapat dilakukan pada penderita apendisitis meliputi penanggulangan konservatif dan operatif.
2. Penanggulangan konservatif

Penanggulangan konservatif terutama diberikan pada penderita yang

tidak mempunyai akses ke pelayanan bedah berupa pemberian antibiotik. Pemberian antibiotik berguna untuk mencegah infeksi. Pada penderita apendisitis perforasi, sebelum operasi dilakukan penggantian cairan dan elektrolit, serta pemberian antibiotik sistemik.

3. Operatif

Bila diagnosa sudah tepat dan jelas ditemukan apendisitis maka tindakan yang dilakukan adalah operasi membuang appendix. Penundaan appendektomi dengan pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses apendiks dilakukan drainase

g. Komplikasi Apendisitis.

Komplikasi yang dapat terjadi pada penderita dengan apendisitis adalah:

1. Perforasi

Terjadi pada 20% pasien anak-anak dan orang yang lanjut usia berupa rasa sakit yang bertambah, demam tinggi, rasa nyeri yang menyebar dan jumlah leukosit yang tinggi merupakan tanda kemungkinan perforasi.

2. Peritonitis

Difus atau umum, peritonitis ini merupakan salah satu akibat perforasi. Peritonitis disertai rasa sakit yang hebat, rasa nyeri, kembung, demam dan keracunan.

3. Abses apendiks

Ini merupakan sebab lain perforasi terasa suatu masa lunak dikuadran kanan bawah atau didaerah pelvis. Masa ini mula-mula berupa flegmon tetapi dapat berkembang menjadi rongga yang mengandung nanah.

4. Pileflebitis (tromboflebitis septic vena portal)

Akan mengakibatkan demam yang tinggi panas dingin menggigil dan icterus.

5. Pada laki-laki dibedakan dengan batu ginjal, hidronefrosis, enteritis

regional akut, torsi dan strangulasi testis kanan, epididimis kanan.

6. Pada wanita dibedakan salpingitis, ruptur folikel graff kanan, pielitis kanan pada wanita hamil, degenerasi merah di mioma uteri.
7. Pada anak-anak dibedakan dengan simplek akut gastroenteritis, adenitis kelenjar mesenterium dan invaginasi.

h. Pencegahan Apendisitis.

Salah satu kiat agar terhindar dari penyakit radang usus buntu adalah mengkonsumsi makanan yang kaya serat, karena akan membantu melunakkan makanan sehingga tidak menginap terlalu lama di dalam usus besar. Hal itu dapat mencegah sebagian sampah makanan nyasar ke dalam usus buntu. Sehingga kemungkinan terjadinya radang usus buntu bisa diperkecil. Makanan kaya serat juga merupakan nutrisi yang cocok untuk kehidupan bakteri 'baik' di dalam usus besar, tetapi tidak disukai bakteri patogen (yang menimbulkan penyakit). Karena itu, banyak mengkonsumsi makanan berserat juga membantu menunjang perkembangan bakteri 'baik'. Sehingga pencernaan dan tubuh kita akan lebih sehat, karena lebih banyak terdapat bakteri baik dari pada bakteri patogen di dalam usus.

G. Evaluasi

Dilakukan setelah ceramah diberikan dengan mengacu pada tujuan yang ditetapkan.

Kriteria evaluasi sebagai berikut :

1. Evaluasi struktur
 - a. Semua peserta hadir/ikut dalam kegiatan penyuluhan
 - b. Pengorganisasian penyuluhan dilakukan hari sebelumnya
2. Evaluasi proses
 - a. Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
 - b. Peserta tidak meninggalkan tempat sebelum kegiatan selesai
 - c. Peserta terlibat aktif dalam kegiatan penyuluhan
3. Evaluasi hasil
 - a. Peserta mengerti tentang apendisitis.
 - b. Peserta dapat menyebutkan pengertian, anatomi, penyebab, tanda dan gejala, penatalaksanaan, komplikasi dan pencegahan apendisitis.

- c. Peserta mampu memberikan umpan balik dengan menjawab pertanyaan yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

Anonymous. 2017. (SAP) APENDISITIS. Diakses pada tanggal 10 agustus Juli 2022
Dari https://docit.tips/download/sap-apendisitis_pdf.

Yumi, H. 2016. SAP APENDISITIS. Diakses pada tanggal 4 Juli 2019. Dari
<https://id.scribd.com/doc/296071988/SAP-Apendisitis>

