

**ANALISIS PENURUNAN SKALA NYERI TERHADAP KLIEN
APEDISITIS DENGAN INOVASI INTERVENSI AROMA TERAPI DAN
PIJAT KAKI DIRUANG BEDAH RSUD ABEPURA TAHUN 2021**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat
memperoleh gelar Ners



Oleh:

RISMAWATI BADIU, S.Tr.Kep

NIM. PO.71.20.9.20.040

Permintaan : Keperawatan Medikal Bedah

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
PROGRAM STUD PROFESI NERS
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2021**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan hasil karya saya sendiri, disusun berdasarkan pedoman tata cara penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Ilmu 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.

Jayapura, 20 januari 2022

Pembuat Pernyataan

Rismawati Badiu, S.Tr.Kep

Nim: Po.71.20.9.20.040

**HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

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

**ANALISIS PENURUNAN SKALA NYERI TERHADAP KLIEN
APEDISITIS DENGAN INOVASI INTERVENSI AROMA TERAPI DAN
PIJAT KAKI DIRUANG BEDAH RSUD ABEPURA TAHUN 2021**

Disusun dan Diajukan oleh:
RISMAWATI BADIU, S.Tr.Kep
NIM.PO.71.20.9.20.040

telah disetujui sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dan dinyatakan
telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing

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

Mengetahui
Ketua Program Studi Profesi Ners

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

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

ANALISIS PENURUNAN SKALA NYERI TERHADAP KLIEN
APEDISITIS DENGAN INOVASI INTERVENSI AROMA TERAPI DAN
PIJAT KAKI DIRUANG BEDAH RSUD ABEPURA TAHUN 2021

Disusun dan Diajukan oleh:

RISMAWATI BADIU, S.Tr.Kep

NIM.PO.71.20.9.20.040

Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura dan di nyatakan *LULUS*

Jayapura, 2021

Susunan dewan penguji

Penguji : Zeth Roberth Felle, S.kep.,Ns.,M.Sc
Pembimbing : Blestina Mayorita, S.Kep.,Ns.,M.Si,MSN

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Program Studi Profesi Ners

Dr. Nouvy H.W, Skep Ns, MPH
NIP. 197411021997032004

Blestina Mayorita, S.Kep.,Ns.,M.Si,MSN
NIP. 196705201986012001

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto :

“Bantinglah otak untuk mencari ilmu sebanyak-banyaknya guna mencari rahasia besar yang terkandung dalam benda besar bernama dunia ini, tetapi pasanglah pelita dalam hati sanubari, yaitu pelita kehidupan jiwa”

(Imam Al-Ghazali)

Persembahan :

Dengan rahmat Allah SWT dan dengan kerendahan hati Kupersembahkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini kepada :

1. Ayah dan Ibunda tercinta Abdul Wahab Badiu dan Indra Delli Wairooy serta adikku tersayang Jauza Badiu yang selalu memberikan motivasi baik secara moril maupun material.
2. Kakek dan Nenek tercinta H. Muhammad Umar Wairooy dan Hj. Siti Zahra Sinjay yang selalu memberikan motivasi baik secara moril maupun material.
3. Om dan Tante tersayang Alwi Wairooy dan Ana Wijaya yang selalu memberikan motivasi baik secara moril maupun material
4. Keluarga besar dari ayah dan ibunda yang selalu memberikan motivasi serta dukungan kepada penulis.
5. Teman-teman seperjuangan angkatan 2021 Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.
6. Almamaterku Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan dan penulisan Tesis yang berjudul “ Analisis Penurunan Skala Nyeri Terhadap Klien Apendisitis Dengan Inovasi Intervensi Aromaterapi Dan Pijat Kaki Diruang Bedah RSUD Abepura Tahun 2021.” dengan tepat waktu.

Penulisan ini dapat selesai dengan baik tentunya tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini perkenankan penulis menghaturkan banyak terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Arwam Hermanus , SE., M.Kes.,D.MIN, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Jayapura.
2. Blestina Mayorita, S.Kep.,Ns.,M.Si,MSN. selaku Ketua Program studi Program Studi Profesi Ners
3. Bapak Zeth Roberth Felle,S.kep.,Ns.,M.Sc. selaku Sekretaris Program studi Program Studi Profesi Ners
4. Dr. Nouvy Helda Waroi, S,Kep., Ns., MPH selaku Ketua Jurusan Keperawatan.
5. Blestina Mayorita, S.Kep.,Ns.,M.Si,MSN. selaku pembimbing utama yang banyak membantu, membimbing dan mengarahkan penulis sehingga (KIA-N) ini dapat terselesaikan dengan baik.
6. Bapak dan Ibu Dosen serta seluruh Staf Akademik yang telah membantu dan membekali penulis selama menuntut ilmu pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Jayapura.
7. Seluruh teman-teman seperjuangan yang ada di Program Profesi Ners Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Jayapura.
8. Serta seluruh pihak yang turut membantu penulis selama ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Dengan segala keterbatasan, penulis berusaha menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini semaksimal mungkin. Untuk itu jika sekiranya terdapat kekurangan dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini penulis dengan senang hati menerima kritik dan saran yang sifatnya membangun demi untuk kesempurnaan tulisan ini.

Akhirnya besar harapan penulis kiranya (KIA-N) ini dapat berguna dan bermanfaat bagi masyarakat pada umumnya serta kampus, puskesmas dan rumah sakit pada khususnya.

Jayapura, 20 Januari 2022

Penulis

ABSTRAK

Apendisitis merupakan penyebab yang paling umum dari inflamasi akut kuadran kanan bawah rongga abdomen dan penyebab yang paling umum dari pembedahan abdomen darurat. Pria lebih banyak terkena daripada wanita, remaja lebih banyak dari orang dewasa, insiden tertinggi adalah mereka yang berusia 10 sampai 30 tahun. Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan klien Apendisitis dengan skala nyeri di Ruang Bedah RSUD Abepura dengan intervensi inovasi aromaterapi dan pijat kaki. Berdasarkan data yang didapat adanya pengaruh pemberian aromaterapi kombinasi pijat kaki terhadap penurunan skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi.

Kata Kunci : Apendisitis, Terapi Aromaterapi, Pijat Kaki, Skala Nyeri

ABSTRACT

Appendicitis is the most common cause of acute inflammation of the right lower quadrant of the abdominal cavity and the most common cause of emergency abdominal surgery. Men are more affected than women, teenagers are more than adults, the highest incidence is those aged 10 to 30 years. The writing of this final scientific paper for nurses (KIAN) aims to analyze cases managed with appendicitis clients with pain scales in the operating room of Abepura Hospital with aromatherapy and foot massage innovation interventions. Based on the data obtained, there is an effect of giving aromatherapy combination foot massage to reducing pain scale before and after the intervention.

Keywords: Appendicitis, Aromatherapy Therapy, Foot Massage, Pain Scale

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
MOTO DAN PERSEMBAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK	viii
ABSTARAC	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Apendisitis	6
1. Definisi Apendisitis	6
2. Etiologi	7
3. Manifestasi Klinis	7
4. Patofisiologi.....	8
5. Pemeriksaan Laboratorium	10
6. Penatalaksanaan.....	10
B. Konsep Dasar Nyeri.....	12
1. Definisi Nyeri	12
2. Teori Nyeri	13
3. Klasifikasi Nyeri.....	14

4. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri	18
5. Efek Yang Ditimbulkan Oleh Nyeri.....	23
6. Penanganan Nyeri Pasca Operasi	24
7. Intensita Nyeri Atau Skla Peringat	25
8. Penilaian Reaspon Intensitas Nyeri	25
C. Konsep Dasar Masalah Keperawatan	26
1. Pengkajian	26
D. Asuhan Keperawatan.....	27
1. Pengkajian	27
2. Analisa Data	34
3. Diagnosa Keperawatan.....	34
4. Intervensi Keperawatan	35
5. Implementasi Keperawatan	41
6. Evaluasi Keperawatan	42
E. Kerangka Konsep	43
BAB III TINJAUAN KASUS.....	44
A. Pengkajian	44
1. Identitas Klien.....	44
2. Data Fokus.....	45
3. Pola Kesehatan Fungsional.....	46
4. Pemeriksaan Fisik.....	50
5. Data Penunjang.....	51
B. Klasifikasi Data	53
C. Analisa Data	54
D. Rencana Asuhan Keperawatan	58
E. Implementasi Keperawatan	66
F. Catatan Perkembangan	74
BAB IV ANALISA SITUASI MASALAH.....	85
A. Analisa Kasus Sesuai Dengan Kelolaan	85
B. Analisa Based Evidence practies	87
C. Alternatif Pemecahan Masalah	88

BAB V PENUTUP	90
A. Kesimpulan	90
B. Saran	90
DAFTAR PUSTAKA.....	92
LAMPIRAN.....	93
Lampiran 1. Dokumentasi Bimbingan.....	94

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbedaan Antara Nyeri Akut dan Nyeri Kronik.....	15
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pre- Operasi dan Pasca Operasi .	35
Tabel 3.1 Pola Nutrisi dan Metabolik	46
Tabel 3.2 Pola Eliminasi	46
Tabel 3.3 Pola Aktivitas dan Latihan.....	47
Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur.....	47
Tabel 3.5 Nilai Laboratorium.....	52
Tabel 3.6 Klasifikasi Data.....	53
Tabel 3.7 Analisa Data.....	54
Tabel 3.8 Rencana Asuhan Keperawatan.....	58
Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan.....	66
Tabel 3.10 Catatan Perkembangan hari ke I	74
Tabel 3.11 Catatan Perkembangan Hari Ke II.....	82

DAFTAR GAMBAR

1. Gambar 2.1 Pathway Apendistis	9
2. Gambar 2.2 Skla Intensitas Nyeri 10 Poin	25
3. Gambar 2.3 Skla Peringkat Wajah Face Pain Rating Scale	26
4. Gambar 2.4 Virtual analog Scale	26
5. Gambara 2.5 Genogram Tiga Generasi.....	45

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah (sectum), infeksi ini bias mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya. (Win de Jong er al.2005) yang dikutip dari.(Nanda NIC, 2016)

Apendisitis merupakan penyebab yang paling umum dari inflamasi akut kuadran kanan bawah rongga abdomen dan penyebab yang paling umum dari pembedahan abdomen darurat. Apendisitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya, diantaranya adalah obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, tumor apendiks, striktur, benda asing dalam tubuh, dan cacing askaris. Penelitian epidemiologi menunjukkan peranan kebiasaan mengkonsumsi makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya penyakit apendisitis (Mardalena, 2018) yang dikutip oleh (Sari, 2020). Pria lebih banyak terkena daripada wanita , remaja lebih banyak dari orang dewasa, insiden tertinggi adalah mereka yang berusia 10 sampai 30 tahun.

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) 2014, yang di kutip oleh (Nurlina, Sulistyowati, Putra, & Annisa, 2019) di beberapa negara berkembang seperti di negara Singapura memiliki pravelensi *apendisitis* yang tinggi yaitu berjumlah 15% terjadi pada anak-anak, 16,5% pada dewasa, Thailand 7% terjadi pada anak dan 10% pada dewasa, dan dibagian negara maju seperti Amerika Serikat berjumlah 7% penderita apendisitis dan terdapat lebih dari 200.000 apendiktomi dilakukan di Amerika Serikat setiap tahunnya, sedangkan di Indonesia

yang memiliki *apendisitis* cukup tinggi terlihat dengan adanya peningkatan jumlah pasien dari tahun ketahun.

Berdasarkan data yang diperoleh dari (Depkes, 2016), yang dikutip oleh (Rahayu, Loviana, & Emelia, 2021) kasus apendisitis pada tahun 2016 sebanyak 65.755 orang dan pada tahun 2017 jumlah pasien apendisitis sebanyak 75.601 orang. Indonesia dengan prevalensi 0.05% menempati urutan pertama sebagai negara dengan angka kejadian apendisitis akut tertinggi, disusul oleh dengan Filipina (0.022%) dan Vietnam (0.02%). Apendisitis tercatat lebih tinggi angka kejadiannya pada negara maju dibandingkan dengan Negara berkembang, hal ini diperkirakan erat hubungannya dengan kebiasaan pola makan pada beberapa negara maju yang rendah serat dan tinggi angka konsumsi makanan cepat saji (World Journal Of Surgery, 2012). Yang dikutip oleh (APRILIA, 2020)

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Ada dua cara penatalaksanaan nyeri yaitu terapi farmakologis dan non-farmakologis. Tindakan perawat untuk menghilangkan nyeri selain mengubah posisi, meditasi, makan, dan membuat klien merasa nyaman yaitu mengajarkan teknik relaksasi (Potter & Perry, 2005). Yang dikutip oleh (Aqmarina & Satria, 2017)

Berdasarkan masalah dan data diatas penulis tertarik untuk menganalisa tentang praktik klinik keperawatan pada pasien apendisitis dengan Intervensi Inovasi Aroma Terapi dan Pijat Kaki Terhadap Penurunan Nyeri di Ruang Bedah RSUD Abepura Tahun 2021 sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N).

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah pada penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana :

1. Pengkajian asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.?
2. Diagnosa keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.?
3. Perencanaan tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.?
4. Tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.?
5. Evaluasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.?
6. Dokumentasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.?
7. Menganalisa kasus kelolaan dengan diagnosa medis apendisitis.?
8. Menganalisa intervensi terapi aroma terapi dan pijat kaki terhadap tingkat nyeri pada pasien apendisitis.?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penlisan Karya Ilmiah Akhir – Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan apendisitis dengan intervensi inovasi aroma terapi dan pijat kaki terhadap penurunan nyeri di Ruang Bedah RSUD Abepura Tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.

- c. Melakukan perencanaan tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.
- d. Melakukan tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.
- f. Melakukan dokumentasi tindakan keperawatan dalam asuhan keperawatan pada pasien yang memiliki penyakit apendisitis.
- g. Menganalisa kasus kelolaan dengan diagnosa medis apendisitis.
- h. Menganalisa intervensi terapi aroma terapi dan pijat kaki terhadap tingkat nyeri pada pasien apendisitis.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dalam Penelitian ini adalah :

1. Keilmuan

a. Penulis

Penulisan ini dapat berguna bagi penulis, sehingga penulis dapat menganalisis praktik klinik pemberian asuhan keperawatan terhadap tingkat nyeri pada pasien apendisitis yang diberikan ntervensi aroma terapi dan pijat kaki di ruang Bedah RSUD Abepura Tahun 2021

b. Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan untuk memberikan informasi pendidikan kesehatan pada pasien dengan apendisitis sehingga bermanfaat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan pada penderita apendisitis yang mempunyai masalah utama nyeri.

c. Pendidikan

Memberikan masukan bagi tenaga kesehatan dalam program belajar mengajar, tidak hanya berfokus pada manajemen farmakologis saja, tetapi menekankan fungsi perawatan diri sebagai pemberi asuhan keperawatan yang bersifat *palliative care*, karena selain mudah dan murah tindakan terapi komplementer juga non farmakalogi.

2. Aplikatif

a. Pasien

Penulisan ini dapat memberikan inovasi tindakan kemandirian keperawatan terhadap pasien. Guna meningkatkan pelayanan yang maksimal.

b. Perawat

Penulisan ini dapat membantu menambah wawasan perawat untuk mengaplikasikan manajemen nyeri yang bersifat non farmakologi khususnya terhadap pasien apendisitis. Sehingga praktek mandiri perawat sebagai *care giver* lebih maksimal.

c. Tenaga kesehatan

Manfaat bagi tenaga kesehatan lain adalah terjadinya keselarasan tim kesehatan untuk pemberian perawatan pasien dengan nyeri akibat apendisitis secara maksimal. Karena terjadi kolaborasi antara para medik dan perawat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Pengertian Apendisitis

Apendisitis adalah radang pada usus buntu atau dalam bahasa latinnya appendiks vermiformis, yaitu suatu organ yang berbentuk memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (TRIYANI, 2020).

Jenis apendisitis

- a. Apendisitis akut adalah timbulnya tanda dan gejala yang mendadak dari apendisitis.
- b. Apendisitis berulang adalah serangan berulang apendisitis akut insidennya adalah 15 sampai 25%.
- c. Apendisitis gumbling adalah serangan berulang grede ringan kolik, muntah pada kasus yang masuk rumah sakit berulang, dan dapat sembuh sendiri.
- d. Apendisitis simpleks adalah jika durasi gejala klinis kurang dari 48 jam atau pencitraan/imaging tidak menunjukkan adanya atau flegmon.
- e. Apendisitis komplikata adalah apendisitis akut dengan perforasi atau abses/flegmon yang besar.
- f. Pseudoapendisitis adalah iletis akut menyerupai apendisitis setelah infeksi yersinis. Hal ini juga dapat disebabkan oleh penyakit crohn.
- g. Apendisitis stump adalah suatu peradangan dan infeksi tunggul apendiks, jika tunggul yang besar ditinggalkan (kasus pasca-bedah). Keadaan ini mungkin memerlukan apendiktomi stump. Basis apendiks perlu diligali dan dipotong untuk mencegah komplikasi ini (lebih sering terjadi pada apendiktomi laparoskopi) (Shenoy dan Nileswar, 2014)

1. Etiologi

- a. Faktor sumbatan merupakan faktor terpenting terjadinya apendisitis (90%) yang diikuti oleh infeksi
- b. Faktor adanya bakteri beberapa bakteri yang bias menyebabkan apendisitis antara lain *Bacterodes fragilis*, *E. coli*, *Splanchnicus*, *Lacto-basilus*, *Pseudomonas*, dan *Bacteriodes splanicus*.
- c. Keturunan, pada radang apendik diduga juga merupakan faktor herediter. Hal ini juga dihubungkan dengan kebiasaan makanan dalam keluarga terutama yang kurang serat dapat memudahkan terjadinya fekalit dan mengakibatkan obstruksi lumen.
- d. Faktor ras dan diet, negara maju yang mengonsumsi makanan tinggi serat berisiko lebih rendah terkena apendisitis daripada negara berkembang yang tidak mengonsumsi tinggi serat.

2. Manifestasi Klinis

- a. Nyeri, kram di daerah perumbilikus menjalar ke kuadran kanan bawah.
- b. Demam tinggi
- c. Mual dan untah
- d. Malaise
- e. Anoreksia
- f. Nyeri tekan lokal pada titik Mc Burney.
- g. Nyeri tekan lepas (hasil atau intensifikasi daeri nyeri bila tekanan dilepaskan).
- h. Kontipasi
- i. Nyeri bertambah parah jikadipakai beraktivitas (berjalan, batuk dan mencedan)

- **Komplikasi**

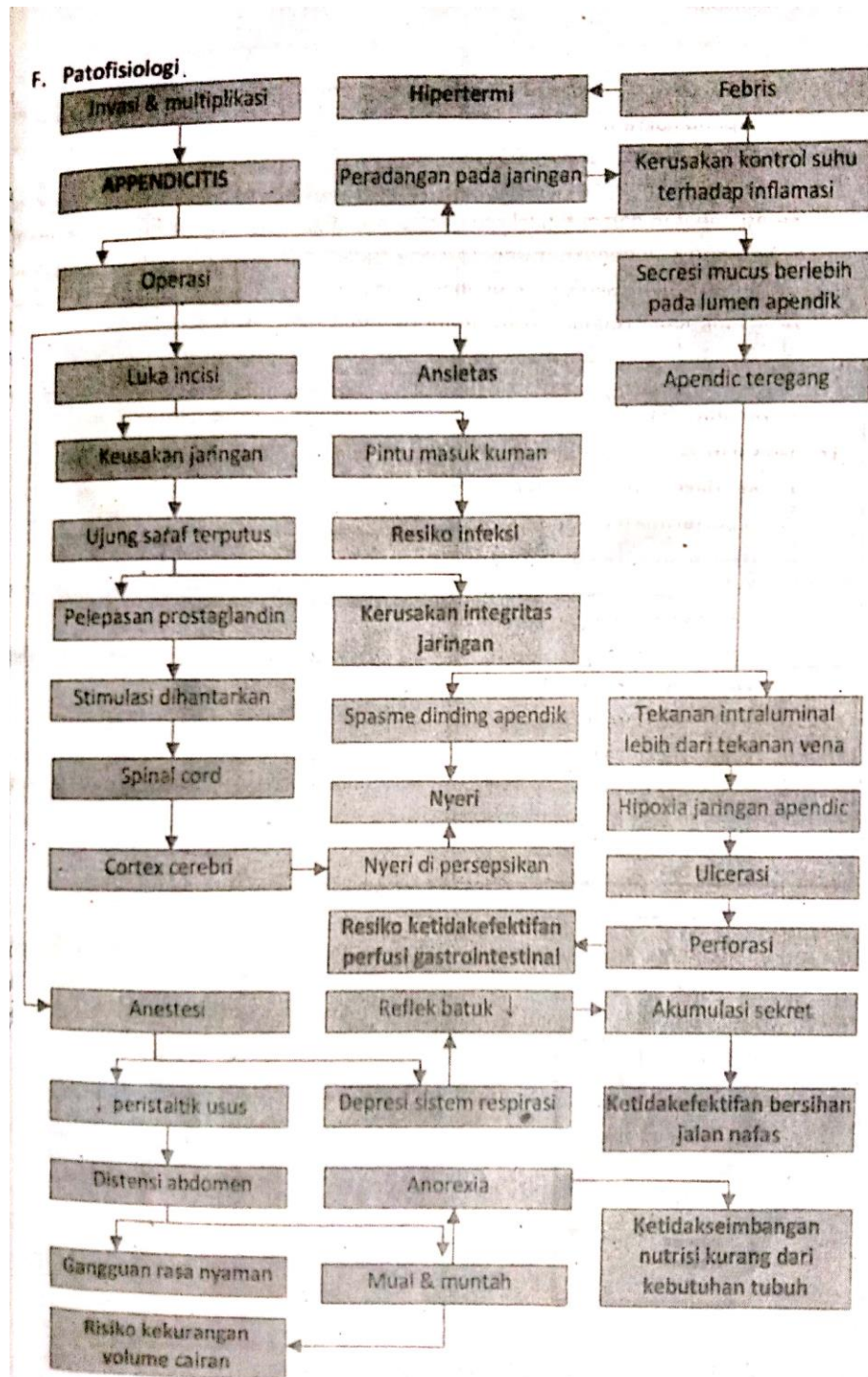
- a. Perforasi usus
- b. Nyeri tidak tertahankan
- c. Peritonitis

3. Patofisiologi

Tanda patogenetik primer diduga karena obstruksi lumen dan ulserasi mukosa menjadi langkah awal terjadinya apendisitis. Obstruksi lumen yang tertutup disebabkan oleh hambatan pada bagian proksimal. Selanjutnya, terjadi peningkatan sekresi normal dari mukosa apendiks yang distensi secara terus menerus karena multiplikasi cepat dari bakteri. Obstruksi juga menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa terbungkus. Semakin lama, mukus terbatas sehingga meningkatkan tekanan intralumen.

Tekanan yang meningkat tersebut akan menyebabkan apendiks mengalami hipoksia, hambatan aliran limfe, ulserasi mukosa, dan invasi bakteri. Infeksi memperberat pembengkakan apendiks (edema) dan trombosis pada pembuluh darah intramural (dinding apendiks) menyebabkan iskemik. Pada tahap ini mungkin terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat dan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, serta bakteri akan menembus dinding. bila kemudian arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren (Mardalena, 2018). Yang dikutip oleh (Sari, 2020)

4. Pathway



Sumber : (Nanda NIC, 2016)

Gambar 2.1 Pathway Apendisitis

1. Pemeriksaan Penunjang

- a. Hitung WBC/leukosit total hampir selalu meningkat diatas 10.000 sel/mm³, pada sebagian besar pasien (95%). Jumlah leukosit yang sangat tinggi (>20.000/mm³) memberi kesan kearah apendisitis komplikata dengan gangren atau perforasi.
- b. Foto polos abdomen posisi tegak dilakukan untuk mengesampingkan adanya perforasi dan obstruksi intestinalis. Pemeriksaan ini mungkin menunjukkan dilatasi lengkung usus halus pada fosa iliaka dekstra.
- c. Ultrasonografi abdomen untuk mengesampingkan penyebab lain yang mencakup penyebab ginekologik. Ultrasonografi dapat memperlihatkan organ tubular aperistaltik dan tidak mengempis dengan dinding tabung yang tebal. Pemeriksaan ultrasonografi dapat digunakan untuk menunjukkan adanya nyeri tekan oleh probe ultrasonografi (sensitivitas 85%, spesifitas 90%).
- d. CT scan merupakan pemeriksaan pilihan (sensitivitas 90%, spesifisitas 90%). Protein C-reaktif meningkat pada setiap kelainan peradangan seperti apendisitis (Shenoy dan Nileswar, 2014) yang dikutip oleh (Nurlina et al., 2019)

2. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan apendisitis menurut Andra & Yessi, 2013 : Yang dikutip oleh (Nurlina et al., 2019)

a. Sebelum operasi

1) Observasi

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

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

2) Antibiotik

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

b. Operasi

1) Apendiktomi.

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

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

c. Pasca operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernafasan, angkat sonde lambung, bila pasien sudah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah, baringkan pasien dalam posisi fowler. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu pasien dipuasakan, bila

tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2x30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh jahitan diangkat dan pasien di perbolehkan pulang.

B. Konsep Dasar Nyeri

1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman sensori 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 (PPNI, 2016)

Nyeri sangat tidak menyenangkan dan merupakan sensasi yang sangat personal yang tidak dapat dibagi dengan orang lain. Nyeri dapat memenuhi pikiran seseorang, mengarahkan semua aktivitas, dan mengubah kehidupan seseorang. Namun nyeri adalah konsep yang sulit untuk dikomunikasikan oleh seorang klien. Seorang perawat tidak dapat merasa ataupun melihat nyeri yang dialami klien. Tidak ada dua orang yang mengalami nyeri yang benar-benar sama. Selain itu, perbedaan persepsi dan reaksi nyeri individual, serta banyak penyebab nyeri, memunculkan situasi yang kompleks bagi perawat saat menyusun perencanaan untuk meredakan nyeri dan memberikan kenyamanan. Penatalaksanaan nyeri yang efektif adalah aspek penting dalam asuhan keperawatan. Nyeri lebih dari sekadar sebuah gejala; nyeri merupakan masalah yang memiliki prioritas tinggi. Nyeri menandakan bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan pemulihan. Nyeri berat dianggap sebagai situasi darurat yang patut mendapat perhatian dan penanganan yang tepat.

2. Teori Nyeri

Terdapat beberapa teori tentang terjadinya rangsangan nyeri, di antaranya:

a. Teori Pemisahan (Specificity Theory)

Menurut teori ini, rangsangan sakit masuk ke medulla spinalis (spinal cord) melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

b. Teori Pola (Pattern Theory)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respons yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi, yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi di pengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

c. Teori Pengendalian Gerbang (Gate Control Theory)

Menurut teori ini, nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan ke dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya memengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

d. Teori Transmisi atau Inhibasi

Adanya stimulus pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblokir impuls-impuls pada serabut lambat dan endogen system supresif.

3. Klasifikasi Nyeri

a. Bentuk Nyeri

Nyeri dapat digambarkan dalam hal durasi, lokasi, atau etiologinya. Saat nyeri hanya berlangsung selama periode pemulihan yang telah diperkirakan, nyeri digambarkan sebagai nyeri akut, baik nyeri memiliki artian mendadak atau lambat tanpa memperhatikan intensitas nya. Di sisi lain, nyeri kronik berlangsung lama, biasanya bersifat kambuhan atau menetap selama 6 bulan atau lebih, dan mengganggu fungsi tubuh. Nyeri kronik malignan atau ganas, jika dihubungkan dengan kanker atau kondisi mengancam jiwa lainnya, atau sebagai nyeri kronik nonmalignan atau jinak jika etiologinya adalah gangguan yang tidak bersifat progresif. Nyeri akut dan kronik menyebabkan respons fisiologis dan perilaku yang berbeda, seperti ditunjukkan dalam tabel.

Tabel 2.1 Perbedaan Antara Nyeri Akut dan Kronik

Nyeri Akut	Nyeri Kronik
Ringan sampai berat Respons system saraf simpatik: • Peningkatan denyut nadi • Peningkatan tekanan darah • Diaforesis • Dilatasi pupil Berhubungan dengan cedera jaringan; • Hilang dengan penyembuhan • Klien tampak gelisah dan cemas • Klien melaporkan rasa nyeri • Klien menunjukkan perilaku yang mengindikasikan rasa nyeri; menangis, menggosok area nyeri, memegang area nyeri.	Ringan sampai berat Respons sistem saraf parasimpatik; Tanda-tanda vital normal • Kulit kering, hangat • Pupil normal atau dilatasi Terus berlanjut setelah penyembuhan Klien tampak depresi dan menarik diri Klien sering kali tidak menyebutkan rasa nyeri kecuali ditanya Perilaku nyeri sering kali tidak muncul.

Sumber: Kozier, dkk (2010) yang dikutip oleh (Safira, 2019)

b. Jenis Nyeri

Berdasarkan lokasinya, nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral, dan nyeri psikogenik.

1) Nyeri perifer, bisa dibagi menjadi 3 yaitu

a) Nyeri superfisial

Berasal dari saraf perifer di kulit dan mukosa.

b) Nyeri dalam (profunda)

Berasal dari reseptor sendi tendon, fasia, dan organ dalam (visceral). Nyeri ini bersifat tumpul, terus-menerus atau seperti terbakar, dipicu oleh stimulasi mekanik seperti tekanan, kerusakan jaringan, dan stimulasi kimiawi.

c) Nyeri alih (referred pain)

Merupakan nyeri yang dirasakan di tempat yang jauh dari sumber nyeri, diakibatkan bersatunya serabut-serabut aferen yang berbeda pada neuron-neuron kornu posterior yang sama di medula spinalis.

2) Nyeri sentral, Merupakan nyeri yang diakibatkan oleh adanya rangsangan pada saraf spinal, batang otak, thalamus, maupun korteks serebri.

3) Nyeri psikogenik, Adalah nyeri yang dipicu dan dipicu oleh faktor psikologis.

c. Tipe Nyeri

Nyeri dapat dikategorikan sesuai dengan asalnya sebagai nyeri kutaneus, somatic profunda, atau visceral.

a) Nyeri kutaneus

Berasal di kulit atau jaringan subkutan. Teriris kertas yang menyebabkan nyeri tajam dengan sedikit rasa terbakar adalah contoh nyeri kutaneus.

b) Nyeri somatik profunda

Berasal dari ligament, tendon, tulang, pembuluh darah, dan saraf. Nyeri somatik profunda menyebar dan cenderung berlangsung lebih lama dibandingkan nyeri kutaneus. Keseleo pergelangan kaki adalah sebuah contoh nyeri somatik profunda,

c) Nyeri viseral

Berasal dari stimulasi reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium, dan toraks. Nyeri viseral cenderung menyebar dan sering kali terasa seperti nyeri somatik profunda, yaitu rasa

terbakar, nyeri tumpul, atau merasa tertekan. Nyeri viseral sering kali disebabkan oleh peregangan jaringan, iskemia, dan spasme otot. Misalnya, obstruksi usus akan menyebabkan nyeri viseral.

d. Nyeri Berdasarkan Tempatnya

a) Nyeri menjalar

Dirasakan di sumber nyeri dan meluas ke jaringan-jaringan di sekitarnya. Misalnya, nyeri jantung tidak hanya dapat dirasakan di dada tetapi juga dirasakan di sepanjang bahu kiri dan turun ke lengan.

b) Nyeri alih

Adalah nyeri yang dirasakan di satu bagian tubuh yang cukup jauh dari jaringan yang menyebabkan nyeri. Misalnya, nyeri yang berasal dari sebuah bagian visera abdomen dapat dirasakan di suatu area kulit yang jauh dari organ yang menyebabkan rasa nyeri.

c) Nyeri tak tertahankan

Nyeri yang sangat sulit untuk diredakan. Salah satu contohnya adalah nyeri akibat keganasan stadium lanjut. Saat merawat seorang klien yang mengalami nyeri tak tertahankan, perawat dituntut untuk menggunakan sejumlah metoda, baik farmakologi maupun nonfarmakologi, untuk meredakan nyeri klien.

d) Nyeri neuropatik

Nyeri akibat kerusakan sistem saraf pusat di masa kini atau masa lalu dan mungkin tidak mempunyai sebuah stimulus, seperti kerusakan jaringan atau saraf, untuk rasa nyeri. Nyeri neuropatik berlangsung lama, tidak menyenangkan dan dapat digambarkan sebagai: rasa terbakar, nyeri tumpul, dan nyeri tumpul yang berkepanjangan; episode nyeri tajam seperti tertembak dapat juga dialami.

e) Nyeri bayangan

Sensasi rasa nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh yang telah hilang (mis., kaki yang telah diamputasi) atau yang lumpuh akibat cedera tulang belakang, adalah sebuah contoh nyeri neuropatik. Ini dapat dibedakan, adalah sebuah contoh nyeri neuropatik. Ini dapat dibedakan dari sensasi bayangan, yaitu perasaan bahwa bagian tubuh yang telah hilang masih ada. insidensi nyeri bayangan dapat dikurangi jika analgesik diberikan melalui kateter epidural sebelum amputasi (Merizkh, 2019)

4. Faktor yang mempengaruhi respon Nyeri

Karena nyeri merupakan sesuatu yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri individu. Perawat mempertimbangkan semua faktor yang mempengaruhi klien merasa nyeri. Hal ini sangat penting dalam upaya untuk memastikan bahwa perawat menggunakan pendekatan yang holistik dalam pengkajian dan perawatan klien yang mengalami nyeri.

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan di antara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana anak-anak dan lansia bereaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Anak-anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata-kata juga mengalami kesulitan untuk mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua atau petugas kesehatan.

Kemampuan klien lansia untuk menginterpretasi nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit

disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama. Apabila klien lansia ini memiliki sumber nyeri lebih dari satu, maka perawat harus mengumpulkan pengkajian yang rinci. Manifestasi berbagai penyakit dapat menimbulkan kondisi-kondisi nyeri yang tidak khas. Dengan kata lain, penyakit yang berbeda dapat menimbulkan gejala yang sama. Misalnya, nyeri dada tidak selalu mengindikasikan serangan jantung. Nyeri dada juga dapat merupakan gejala artritis pada spinal atau gejala gangguan abdomen.

Herr dan Mobily (1991) dalam Potter dan Perry (2006) dalam (Merizkha, 2019) mencatat bahwa klien lansia tidak melaporkan nyeri untuk alasan-alasan berikut

- a. Klien lansia yakin bahwa nyeri merupakan sesuatu yang mereka harus terima. Karena petugas kesehatan dan anak-anak yakin bahwa nyeri merupakan akibat alamiah dari proses penuaan, sehingga keluhan sering kali diabaikan. Hal ini membuat klien lansia menjadi marah, sehingga mereka tidak melaporkan nyeri yang mereka rasakan;
- b. Klien lansia mungkin menyangkal bahwa mereka merasakan nyeri karena takut akan konsekuensi yang tidak diketahui. Mereka sangat takut akan kehilangan kebebasan mereka. Apabila mereka mengakui bahwa mereka merasakan nyeri, maka akan mengarah kepada proses diagnostik yang mahal dan tidak menyenangkan serta tindakan yang teraupetik;
- c. Klien lansia memilih untuk tidak mengakui bahwa mereka merasakan nyeri karena ketakutan akan mengalami penyakit yang berat atau meninggal;
- d. Klien lansia menggunakan istilah yang berbeda-beda untuk men-deskripsikan pengalaman nyeri. Istilah seperti

ketidaknyamanan, sakit, atau disakiti digunakan untuk menyangkal bahwa mereka merasakan nyeri; dan

2. Banyak klien lansia yakin bahwa merupakan hal yang tidak dapat diterima apabila memperlihatkan respons terhadap nyeri. Seringkali klien lansia menggunakan berbagai cara untuk mengalihkan perhatian dan nyeri.

3. Jenis kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam respons terhadap nyeri. Diragukan apakah hanya jenis kelamin saja yang merupakan suatu faktor dalam mengekspresikan nyeri. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin seperti menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri sejak lama telah menjadi subjek penelitian yang melibatkan pria dan wanita. Akan tetapi, toleransi terhadap nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu, tanpa memperhatikan jenis kelamin.

4. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Putugas kesehatan sering sekali berasumsi bahwa cara yang mereka lakukan dan apa yang mereka yakini adalah sama dengan cara dan keyakinan orang lain. Dengan demikian mereka mencoba mengira bagaimana klien akan berespon terhadap nyeri. Misalnya, apabila seorang perawat yakin bahwa menangis dan merintih mengindikasikan suatu ketidakmampuan untuk mentoleransi nyeri, akibatnya pemberian terapi mungkin tidak cocok untuk klien berkebangsaan Meksiko-Amerika. Seorang klien berkebangsaan Meksiko-Amerika yang menangis keras tidak selalu

memperepsikan pengalaman nyeri sebagai sesuatu yang berat atau mangharapkan perawat melakukan intervensi.

5. Makna Nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan secara dekat dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan memperepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan hukuman, dan tantangan. Misalnya seorang wanita yang sedang bersalin akan memperepsikan nyeri berbeda dengan seorang wanita yang mengalami nyeri akibat cedera karena pukulan pasangannya. Derajat dan kualitas nyeri yang dipersepsikan klien berhubungan dengan makna nyeri.

6. Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun. Konsep ini merupakan salah satu konsep yang perawat terapkan di berbagai terapi untuk menghilangkan nyeri, seperti relaksasi, teknik imajinasi terbimbing (guided imagery), dan massase. Dengan memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain, maka perawat menempatkan nyeri pada kesadaran yang perifer. Biasanya, hal ini menyebabkan toleransi nyeri individu meningkat, khususnya terhadap nyeri yang berlangsung hanya selama waktu distraksi.

7. Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Paice, 1991 dalam

Potter dan Perry, 2006 melaporkan suatu bukti bahwa stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas.

8. Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Hal ini dapat menjadi masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam jangka lama. Apabila kelelahan disertai kesulitan tidur, maka persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat lagi. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap dibanding pada akhir hari yang melelahkan.

9. Pengalaman Sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita penyakit yang berat, maka ansietas atau bahkan rasa takut dapat muncul. Sebaliknya, apabila individu mengalami nyeri, dengan jenis yang sama berulang-ulang, tetapi kemudian nyeri tersebut dengan berhasil dihilangkan, akan lebih mudah bagi individu tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri. Akibatnya, klien akan lebih siap untuk melakukan tindakan-tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri.

10. Gaya Koping

Pengalaman nyeri dapat menjadi suatu pengalaman yang membuat anda merasa kesepian. Apabila klien mengalami nyeri dikeadaan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit, klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi itu. Hal yang sering terjadi adalah klien merasa kehilangan kontrol terhadap lingkungan atau

kehilangan kontrol terhadap hasil akhir dari peristiwa-peristiwa yang terjadi. Dengan demikian, gaya koping mempengaruhi kemampuan individu tersebut untuk mengatasi nyeri.

11. Dukungan Keluarga dan Sosial

Faktor lain yang bermakna mempengaruhi respon nyeri ialah kehadiran orang-orang terdekat klien dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu dari kelompok sosial budaya yang berbeda memiliki harapan yang berbeda tentang orang tempat mereka menumpahkan keluhan mereka tentang nyeri. Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan. Kehadiran orang tua sangat penting bagi anak-anak yang sedang mengalami nyeri.

5. Efek yang ditimbulkan oleh Nyeri

a. Tanda dan gejala fisik

Respon fisiologis terhadap nyeri dapat menunjukkan keberadaan dan sifat nyeri dan ancaman yang potensial terhadap kesejahteraan klien. Apabila klien merasakan nyeri, perawat harus mengkaji tanda-tanda vital, melakukan pemeriksaan fisik terfokus, dan mengobservasi keterlibatan sistem saraf otonom. Tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya untuk tidak mengeluh atau tidak mengakui ketidaknyamanan. Tidak ada suatu tingkatan atau ekstensi perubahan yang dapat diperkirakan dalam kondisi klien yang mengindikasikan nyeri.

b. Efek perilaku

Apabila seorang klien mengalami nyeri, maka perawat mengkaji kata-kata yang diucapkan, respons vokal, gerakan wajah

dan tubuh, serta interaksi sosial. Laporan verbal tentang nyeri merupakan bagian vital pada pengkajian. Perawat harus bersedia mendengarkan dan berusaha memahami klien.

c. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari

Klien yang mengalami nyeri setiap hari kurang mampu berpartisipasi dalam aktivitas rutin. pengkajian pada perubahan ini menunjukkan sejauh mana kemampuan dan proses penyesuaian klien diperlukan untuk membantunya berpartisipasi dalam perawatan diri.

6. Penanganan Nyeri Psca Operasi

- a. Meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dengan cara merawat luka dan memperbaiki asupan makanan tinggi protein dan vitamin C;
- b. Mempertahankan respirasi sempurna, dengan cara latihan nafas dalam dengan mulut terbuka, tahan nafas selama 3 detik, kemudian hembuskan. Atau dapat dengan cara menarik nafas melalui hidung dengan menggunakan diafragma,
- c. kemudian dikeluarkan nafas perlahan-lahan melalui mulut yang dikuncupkan;
- d. Mempertahankan sirkulasi, pakaikan stoking pada pasien yang beresiko terjadi trombophlebitis, atau pasien dilatih agar tidak duduk terlalu lama dan harus meninggikan kaki pada tempat duduk guna memperlancar vena balik;
- e. Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, dengan cara mem-berikan cairan sesuai dengan kebutuhan dan memonitor input dan output, serta mempertahankan nutrisi yang cukup;
- f. Mempertahankan eliminasi, dengan cara mempertahankan asupan dan output serta mencegah retensi urine; dan
- g. Mengurangi kecemasan dengan cara melakukan komunikasi teraupetik.

7. Intensitas Nyeri atau Skala Peringkat

Indikator tunggal terpenting keberadaan dan intensitas nyeri adalah laporan klien mengenai nyeri. Faktor utama yang diidentifikasi oleh perawat dipengaruhi secara budaya (mis, ekspresi wajah, verbalisasi, meminta pereda nyeri). Selain itu, studi menunjukkan bahwa pemberi perawatan kesehatan dapat merendahkan atau melebih-lebihkan intensitas nyeri. Penggunaan skala intensitas nyeri adalah metode yang mudah dan reliabel dalam menentukan intensitas nyeri klien.

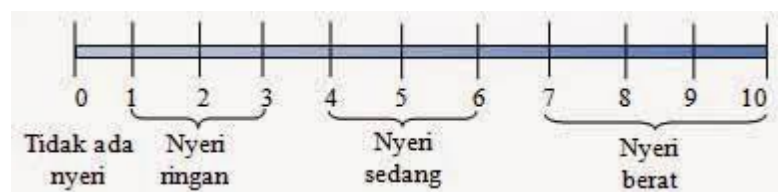
Saat mencatat intensitas nyeri, sangat penting untuk menentukan setiap faktor terkait yang dapat memengaruhi nyeri. Apabila intensitas berubah, perawat perlu mempertimbangkan kemungkinan penyebab. Misalnya, hilangnya nyeri abdomen akut secara mendadak dapat mengindikasikan ruptur apendiks. Beberapa faktor yang memengaruhi persepsi intensitas:

- a. Jumlah distraksi atau konsentrasi klien pada kejadian lain;
- b. Keadaan kesadaran klien;
- c. Tingkat aktivitas; dan
- d. Harapan klien.

8. Penilaian Respon Intensitas Nyeri

a. Numeric Rating Scale

Dimana intensitas nyeri diukur dalam skala 10, dengan nilai 0 menyatakan tidak nyeri dan nilai 10 menyatakan nyeri yang amat sangat dan tidak tertahankan lagi.

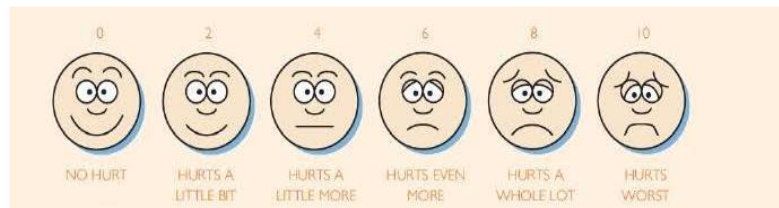


Sumber: Ikawati & Anurogo (2018) dalam (Merizkha, 2019)

Gambar 2.2 Skala intensitas nyeri 10 poin dengan keterangan kata

Skala pada numeric rating scale dan interpretasinya. intensitas nyeri pada skala 1-3 disebut nyeri ringan, 4-6 disebut nyeri sedang, dan 7-10 dikatakan nyeri berat.

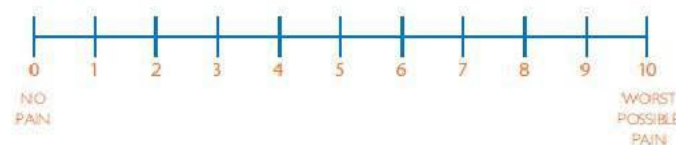
b. Face Pain Rating Scale



Sumber: Ikawati & Anurogo (2018) dalam (Merizkha, 2019)

Gambar 2.3 Skala Peringkat Wajah. Face Pain Rating Scale

c. Visual Analog Scale (VAS)



Sumber: Ikawati & Anurogo (2018) dalam (Merizkha, 2019)

Gambar 2.4 Visual Analog Scale

Selain menentukan intensitas nyeri, perlu diidentifikasi juga onset, durasi, karakteristik rasa nyerinya, seperti apakah nyerinya tajam, tumpul, berdenyut, dll. Intensitas nyeri pada saat ada aktivitas tubuh juga sebaiknya dinilai, misalnya pasien diminta menilai nyerinya ketika dia batuk, bernafas dalam-dalam, atau berbaring.

C. Konsep Dasar Masala Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, untuk mengidentifikasi, mengenal masalah kebutuhan kesehatan, keperawatan pasien baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012). Pada

klien dengan nyeri akut dalam kategori fisiologis dengan subkategori nyeri dan kenyamanan, perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017) (Februanti, 2019).

Tanda dan gejala mayor diantaranya yaitu subyektif (mengeluh nyeri), obyektif (tampak meringis, bersikap protektif, (mis.waspada, posisi menghindari dari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur). Tanda dan gejala minor diantaranya yaitu obyektif (tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis).

Pengkajian nyeri yang akurat penting untuk upaya penatalaksanaan nyeri yang efektif. Karena nyeri merupakan pengalaman yang subjektif dan dirasakan secara berbeda pada masing-masing individu, maka perawat perlu mengkaji semua faktor yang memengaruhi nyeri, seperti faktor fisiologis, psikologis, perilaku, emosional, dan sosiokultural. Pengkajian nyeri terdiri atas dua komponen utama, yakni

- a. Riwayat nyeri untuk mendapatkan data dari klien; dan
- b. Observasi langsung pada respons perilaku dan fisiologis klien.

Tujuan pengkajian adalah untuk mendapatkan pemahaman objektif terhadap pengalaman subjektif.

D. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien post operasi apendiktomi menurut (Bararah & Jauhar, 2013 dalam saputro, 2018); mutaqqin & kumalasari, (2011) dalam (TriyaniI, 2020)antara lain :

1. Data Umum Pasien

Meliputi nama pasien, umur (remaja - dewasa), jenis kelamin (Laki laki lebih berisiko daripada perempuan), suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, alamat, tanggal masuk rumah sakit dan diagnose medis.

2. Keluhan Utama

Ditulis singkat jelas, dua atau tiga kata yang merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan. Dalam beberapa literature, diterangkan bahwa keluhan utama adalah alasan klien masuk rumah sakit. Untuk pembelajaran, mahasiswa pada saat awal melakukan pengkajian sering tidak bersamaan dengan saat klien masuk rumah sakit (pengkajian dilakukan setelah beberapa hari klien masuk rumah sakit), keluhan utama diisi dengan keluhan yang dirasakan klien saat mahasiswa melakukan pengkajian. Ada juga format yang membagi item ini menjadi dua bagian, yaitu (1) alasan masuk rumah sakit ; dan (2) keluhan utama/keluhan saat pengkajian. Pasien mengeluh nyeri tekan dan nyeri pada luka operasi.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

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

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Diisi dengan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau memengaruhi penyakit yang diderita klien

saat ini. Bila klien pernah menjalani operasi, perlu dikaji tentang waktu operasi, jenis operasi, jenis anastesi, dan kesimpulan akhir setelah operasi

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

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

6. Keadaan Lingkungan

Diisi dengan faktor-faktor lingkungan yang merupakan yang dapat dilihat dalam beberapa aspek : (1) sebagai sumber pengeluaran; (2) adanya polusi udara; (3) pencemaran lingkungan yang lain; (4) perubahan iklim; (5) situasi dan kondisi lingkungan yang meningkatkan resiko trauma (dipilih sesuai dengan penyakit yang diderita klien).

7. Pola Nutrisi dan Metabolisme

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

harus diikuti serta bila ada larangan adat atau agama pada suatu makanan tertentu.

8. Pola Eliminasi

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

9. Pola aktivitas dan kebersihan diri

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

10. Pola Istirahat Tidur

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

11. Pola kognisi dan persepsi sensori

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

12. Pola Konsep Diri

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

13. Pola peran-berhubungan

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

14. Pola seksual dan seksualitas

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

15. Pola mekanisme koping

Diisi dengan mekanisme koping yang biasa digunakan klien ketika menghadapi masalah/konflik/stress/kecemasan. Bagaimana klien mengambil keputusan (sendiri/dibantu) ? apakah ada perubahan dalam 6 bulan terakhir dalam kehidupannya?

16. Pola Nilai dan Kepercayaan

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

17. Pemeriksaan Fisik umum

a. Keadaan umum

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Pada pasien post operasi *apendiktomi* mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari ruang operasi.

b. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu) umumnya pasien mengalami takikardi, peningkatan tekanan darah, dapat juga terjadi hipotensi.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Kepala

Kebersihan kepala, warna rambut, tidak ada kelainan bentuk kepala, tidak ada nyeri tekan.

2) Pemeriksaan Muka

Pasien nampak meringis menahan nyeri pada luka bekas operasi. tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema.

3) Pemeriksaan Mata

Keadaan pupil isokor, palperbra dan refleks cahaya tidak ada gangguan, konjungtiva tidak anemis

4) Pemeriksaan Hidung

Bersih, tidak terdapat polip, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat nafas cuping hidung

5) Pemeriksaan Mulut

Mukosa bibir kering karena adanya pembatasan masukan oral, mengamati bibir ada tidaknya kelainan kogenital (bibir sumbing), sianosis atau tidak, pembengkakkan atau tidak, lesi atau tidak, amati adanya stomatitis pada mulut atau tidak, amati jumlah dan bentuk gigi, gigi berlubang, warna, plak, dan kebersihan gigi.mengkaji terdapat nyeri tekan atau tidak pada pipi dan mulut bagian dalam

6) Pemeriksaan Telinga

Pada klien post operasi apendiktomi fungsi pendengaran tidak mengalami gangguan, inspeksi bentuk dan kesimetrisan telinga, kebersihan telinga.

7) Pemeriksaan Thorak

a) Paru-paru

- Inspeksi : Pergerakan dada simetris, Pasien post operasi apendiktomi akan mengalami penurunan dan peningkatan frekuensi nafas
- Palpasi : Kaji ada tidaknya nyeri tekan, vokal fremitus sama antara kanan dan kiri.
- Perkusi : Terdengar sonor
- Auskultasi : Normalnya terdengar vasikuler pada kedua paru, tidak terdapat suara tambahan

b) Jantung

- Inspeksi : Ictus cordis tidak nampak
- Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 4 & 5 mid clavicula sinistra.
- Perkusi : Normalnya terdengar pekak
- Auskultasi : Normalnya terdengar tunggal suara jantung pertama dan suara jantung kedua.

8) Abdomen

- Inspeksi : Terdapat luka bekas operasi tertutup kasa, bentuk dan ukuran luka, terlihat mengencang (distensi).
- Auskultasi : Bising usus menurun
- Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada abdomen bekas operasi
- Perkusi : Kaji suara apakah timpani atau hipertimpani

9) Ekstremitas

Secara umum klien post operasi apendiktomi dapat mengalami kelemahan karena tirah baring pasca operasi. Kekakuan otot akan berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas klien.

10) Integritas kulit

Terdapat luka sayatan pada bekas operasi, warna kulit, kelembaban, akral hangat, CRT (Capillary Refil Time) < 2 detik, turgor kulit menurun.

18. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan darah rutin : untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.
- b. Pemeriksaan foto abdomen : untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan

2. Analisa Data

Data yang telah dikumpulkan dari data subjektif dan data objektif kemudian dianalisa untuk menentukan masalah klien. Analisa merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan menyeleksi data, mengklarifikasi, mengelompokkan data, mengaitkan dan menentukan kesenjangan informasi, membandingkan dengan standar, menginterpretasikan serta akhirnya membuat diagnosa keperawatan (Herdman dan Kamitsuru, 2015).

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien apendiksitis menurut SDKI 2016 adalah :

1. Diagnosa Pre- operasi
 - a. Ansietas berhubungan dengan proses operasi
 - b. Nyeri akut berhubungan dengan spasme dinding apendik
2. Diagnosa Post- operasi
 1. Nyeri Akut berhubungan dengan kerusakan jaringan
 2. Gangguan integritas jaringan kulit berhubungan dengan luka insisi
 3. Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman

4. Intervensi Keperawatan

Menurut SIKI.2018

1. Pre- Operasi

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pre- Operasi Dan Pasca Operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Ansietas berhubungan dengan preses operasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama proses keperawatan diharapkan Tingkat ansietas berkurang dengan kriteria hasil : 1. TTV dalam batas normal 2. Pasien tampak rileks tidak gelisah & tegang 3. Pasien tidak tampak pucat 4. Pasien tidak anoreksia	1. Obsevasi: a. Identifikasi keyakinan, masalah, dan tujuan peralatan b. Identifikasi kesembuhan jangka panjang sesuai kondisi pasien c. Monitor kesehatan fisik dan mental pasien. 2. Terapeutik a. Integrasikan keyakinan dalam rencana perawatan sepanjang tidak membahayakan/berisi ko keselamatan, sesuai kebutuhan b. Berikan harapan yang realistis sesuai prognosis c. Fasilitas pertemuan antara keluarga dan tim kesehatan untuk membuat keputusan d. Fasilitas memberikan makna terhadap kondisi kesehatan 3. Edukasi a. Jelaskan bahaya atau risiko yang terjadi akibat keyakinan negatif b. Jelaskan alternatif yang terdampak positif untuk memenuhi keyakinan

			dan perawatan c. Berikan penjelasan yang relevan dan mudah dipahami
2.	Nyeri akut berhubungan dengan spasme dinding apendik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama proses keperawatan diharapkan Tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil : 1. TTV dalam batas normal 2. Keluhan nyeri berkurang 3. Pasien tampak rileks 4. Pasien mampu menuntaskan aktivitas	1. Manajemen Nyeri (Obsevasi) a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik 2. Teraupetik a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri c. Fasilitas istirahat dan tidur d. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan

			nyeri 3. Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitorkan nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 4. Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgesik dengan dokter jika perlu
--	--	--	--

2. Post- operasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama proses keperawatan diharapkan Tingkat nyeri berkurang dengan kriteria hasil : - TTV dalam batas normal - Keluhan nyeri berkurang - Pasien tampak rileks - Pasien mampu menuntaskan aktivitas	1. Manajemen nyeri (Obsevasi) - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap

			respon nyeri g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan i. Monitor efek samping penggunaan analgetik 2. Teraupetik a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri c. Fasilitas istirahat dan tidur d. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 3. Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Anjurkan memonitorkan nyeri secara mandiri d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat e. Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 4. Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgesik dengan dokter jika perlu
2.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama proses keperawatan diharapkan	1. Perawatan integritas kulit (Observasi) a. Identifikasi penyebab gangguan integritas

	dengan luka insisi	integritas kulit dan jaringan dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Elastisitas kulit dipertahankan 2. Hidrasi baik 3. Perfusi jaringan baik 4. Tidak ada kerusakan jaringan dan lapisan kulit	kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) 2. Teraupetik a. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring b. Lakukan pemijitan pada area penonjolan tulang, jika perlu c. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare d. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering e. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif f. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering. 3. Edukasi a. Anjurkan menggunakan pelembab b. Anjurkan minum air yang cukup c. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi d. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur e. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem f. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30
--	--------------------	--	--

			saat berada di luar rumah g. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
3.	Risiko infeksi berhubungan dengan pintu masuk kuman	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Selama proses keperawatan diharapkan tingkat infeksi berkurang dengan kriteria hasil : 1. Menjaga kebersihan tangan 2. Menjaga kebersihan badan 3. Meningkatnya nafsu makan 4. Tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka (mis. Demam, kemerahan pada luka, nyeri, bengkak)	1. manajemen imunisasi/vaksinasi (Observasi) a. Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi b. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. Reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam) c. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanankesehatan. 2. Teraupetik a. Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral b. Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. Nama produsen, tanggal kedaluwarsa c. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat. 3. Edukasi a. Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping b. Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, difteri, tetanus,

			pertusis, H. Influenza, polio, campak, measles, rubela) c. Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. Influenza pneumokokus) d. Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. Rabies, tetanus) e. Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali f. Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis.
--	--	--	--

5. Implementasi

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

Pada fungsi independen adalah mencakup dari semua kegiatan yang diprakarsai oleh perawat itu sendiri sesuai dengan kemampuan dan keterampilan yang dimilikinya. Pada fungsi interdependen adalah

dimana fungsi yang dilakukan dengan bekerja sama dengan profesi/disiplin ilmu yang lain dalam perawatan maupun pelayanan kesehatan. Sedangkan fungsi dependen adalah fungsi yang dilaksanakan oleh perawat berdasarkan atas pesan orang lain (Sugeng & Weni, 2010)

6. Evaluasi

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

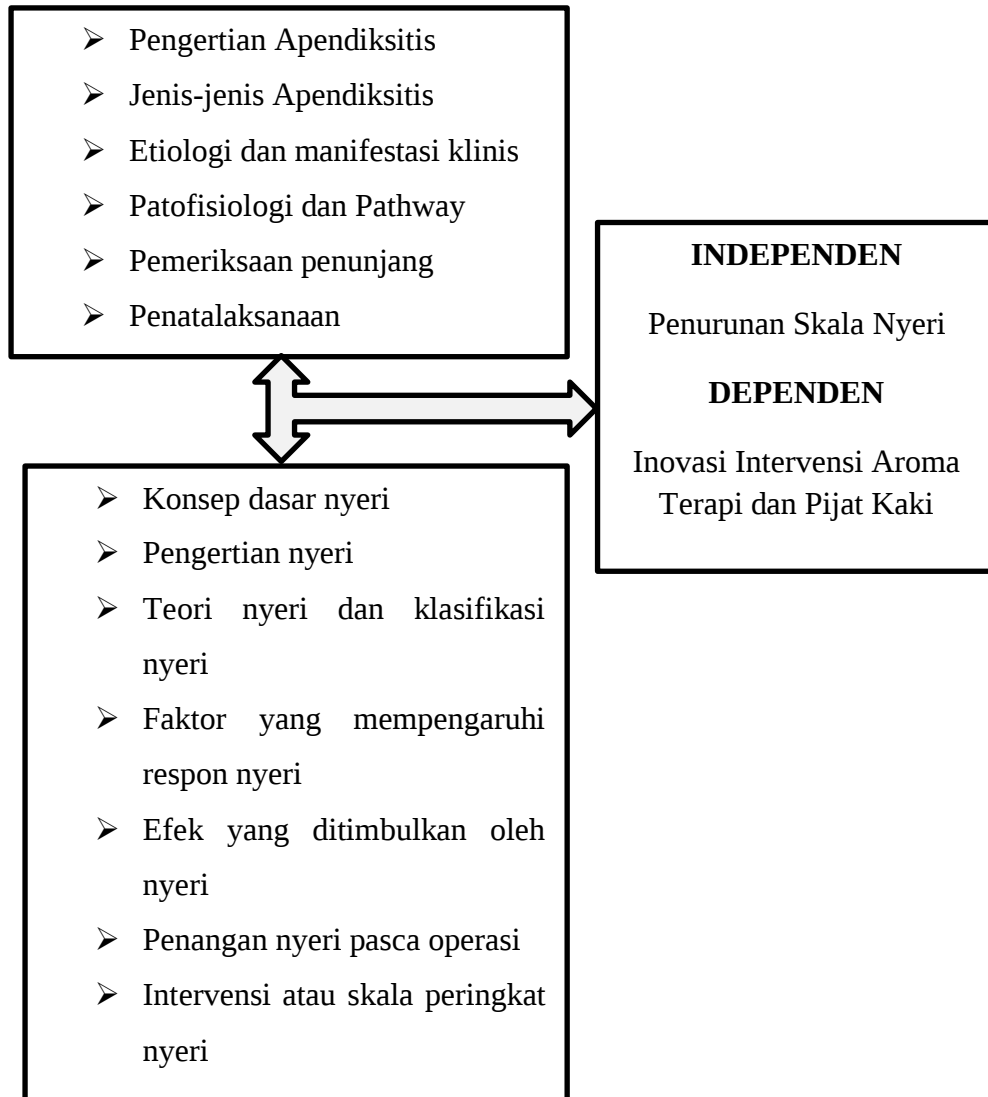
Menurut International Association for Study of Pain (IASP) (1979) nyeri adalah sensor subyektif dan emosional yang tidak menyenangkan yang dapat terkait dengan kerusakan jaringan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakannya (Ana Zakiyah, 2015 hal 5)

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

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

1. Nyeri somatik superficil (kulit) Nyeri kulit berasal dari struktur-struktur superficial kulit dan jaringan subkutis
2. Nyeri somatik dalam Nyeri somatik dalam mengacu kepada nyeri yang berasal dari otot, tendon, ligamen, tulang, sendi, dan arteri. Teknik relaksasi nafas dalam adalah teknik melakukan nafas dalam, nafas lambat dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan (Smeltzer & Bare, 2002 dalam Hapsari dan Anasari, 2013). Relaksasi secara umum sebagai metode yang paling efektif terutama pada pasien yang mengalami nyeri (National Safety Council, 2003 dalam Hapsari dkk, 2010)

E. Kerangka Konsep



Gambar 2.5 Kerangka Konsep

BAB III

TIJAUAN KASUS

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum praktik keperawatan yaitu ruang Bedah RSUD Abepura Kota Jayapura, Papua. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 17 bulan Maret 2021 dengan jumlah sampel sebanyak 1 pasien. Adapun hasil tinjauan dari kasus kelolaan tersebut diuraikan sebagai berikut:

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Rismawati Badiu, S.Tr. Kep
 NIM : Po.71.20.9.20.040
 Tempat Ruang : Bedah RSUD Abepura, Kota Jayapura

1. Identitas Klien dan Penanggung Jawab

a) Identitas Klien

a. Nama : Tn. R
 b. Umur : 26 Tahun
 c. Jenis kelamin : Laki-Laki
 d. Agama : Kristen Protestan
 e. Pendidikan : SMA
 f. Alamat : Jl. Kesehatan I Abepura
 g. Tanggal masuk RS : 17 Maret 2021
 h. Tanggal pengkajian : 17 Maret 2021
 i. Diagnosa medik : Apendisitis Akut

b) Identitas Penanggung Jawab

a. Nama : Ny. C
 b. Usia : 52 Tahun
 c. Pendidikan : SD
 d. Pekerjaan : IRT
 e. Agama : Kristen Protestan
 f. Alamat : Jl. Kesehatan I Abepura

2. Data Fokus

a. Keluhan Utama : Nyeri Perut kuadran kanan bawah

b. Alasan Masuk Rumah Sakit:

Klien mengatakan sakit perut bagian kuadran kanan bawah pada saat mau berangkat kerja. Sebelum nyeri sudah dirasakan sejak 2 minggu yang lalu, akan tetapi masih bias ditahan oleh klien, dan pada saat hari rabu saat ini klien mau berangkat ke kantor tiba-tiba nyeri hebat sehingga klien memutuskan untuk priksa ke UGD RSUD Abepura diantar oleh ibu klien.

c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu:

Klien mengatakan $\pm$ 1 bulan yang lalu sudah merasakan nyeri perut kuadran kanan bawah dan pernah dirawat di Rs Bhayangkara bula lalu dengan keluhan yang sama.

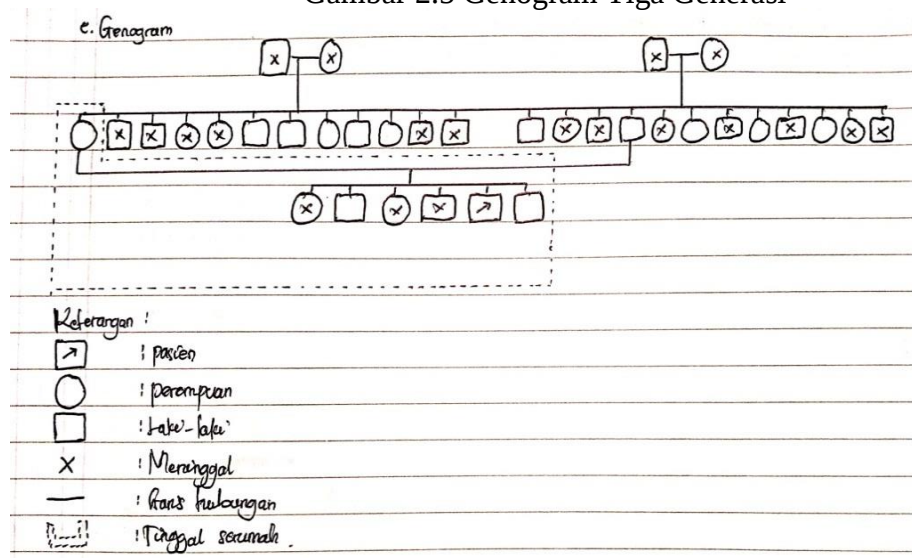
d. Riwayat Kesehatan Keluarga:

Klien mengatakan didalam anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti klien, keluarga tidak memiliki penyakit keturunan seperti: Hipertensi, DM, Asma, TBC, dan HIV/AIDS.

e. Genogram

Berikut gambar genogram tiga generasi

Gambar 2.5 Genogram Tiga Generasi



3. Pola Kesehatan Fungsional

- a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan : Klien mengatakan ia menyadari kesehatan itu penting, karena saat sakit semua kegiatan tertunda dan tidak berjalan lancar.

- b. Pola Nutrisi/metabolik

Berikut tabel nutrisi/metabolik

Tabel 3.1 Pola Nutisi/Metabolik

Sebelum sakit	Selama sakit
- Makan 3x sehari (1 porsi dihabiskan) - Jenis makanan : nasi, sayur, lauk pauk - Nafsu makan baik	- Makan 3x sehari (1 porsi kadang-kadang tidak dihabiskan) - Jenis makanan : nasi, sayur, lauk-pauk - Nafsu makan berkurang
- Minum kurang lebih 5-7 gelas/hari	- Klien mengatakan minum tidak melebihi batas yang ditentukan (4-5 gelas/hari) 500 – 600 m

- c. Pola Eliminasi

Berikut tabel eliminasi

Tabel 3.2 Pola Eliminasi

Sebelum sakit	Selama sakit
- BAB 1x sehari dan warna kecoklatan - BAK lancar, kurang lebih 4 - 5x sehari dan warna kuning	- BAB 2 hari sekali dan warna kecokelatan - BAK kurang lebih 4-5x sehari (kurang dari 500 cc) warna kuning pekat - Tidak menggunakan kateter

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Berikut tabel pola aktivitas dan latihan

Tabel 3.3 Pola Aktivitas Dan Latihan

Kemampuan Perawatan Diri	0	1	2	3	4
• Makan/ minum	√				
• Mandi	√				
• Toileting	√				
• Berpakaian	√				
• Mobilisasi ditempat tidur	√				
• Berpindah	√				
• Ambulasi ROM	√				

Keterangan :

0 : mandiri

1 : dibantu alat

2 : dibantu orang lain

3 : dibantu orang lain dan alat

4 : tergantung total

e. Pola Istirahat Tidur

Berikut tabel pola istirahat tidur

Tabel 3.4 Pola Istirahat Tidur

Sebelum sakit	Selama sakit
- Istirahat siang 2 - 3 jam - Istirahat malam 7 - 8 jam	- Istirahat siang 2 - 3 jam - Istirahat malam 5 - 6 jam

f. Pola Persepsi /Konsep Diri

- 1) Sebelum sakit : klien mampu berkomunikasi dengan baik dan suara jelas dan klien tidak mengalami gangguan pengecap, pendengaran, perubahan penciuman dan penglihatan.
- 2) Setelah sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan panca indra semua masih berfungsi dengan baik, orientasi waktu dan tempat baik.
- 3) Persepsi Klien terhadap nyeri dengan menggunakan pendekatan PQRST:
 P : Apendisitis (Begerak/beraktivitas)
 Q : Seperti ditusuk-tusuk
 R : Perut kuandran kanan bawah
 S : 4-6
 T : Hilang timbul

g. Pola persepsi diri-konsep diri

- Sebelum sakit

Citra tubuh	: Tidak mengalami cacat fisik
Identitas diri	: Klien seorang laki-laki yang belum menikah dan mempunyai 6 saudara
Ideal diri	: klien tidak mengalami masalah dengan anggota tubuhnya
Harga diri	: klien tidak mengalami gangguan rendah diri
- Saat sakit

Citra tubuh	: klien merasa rendah diri dengan sakit yang dideritanya sekarang
Identitas diri	: klien seorang laki-laki yang belum menikah dan mempunyai 5 orang saudara, namum 4 saudaranya telah meninggal, tersisah 2 orang 1 orang saudara

- Ideal diri : klien mengalami masalah dengan anggota tubuhnya yaitu kaki. Walaupun saat berjalan klien dapat melakukannya secara mandiri, namun pada beberapa aktivitas berat klien harus dibantu oleh keluarga.
- Harga diri : klien ingin segera sembuh agar bisa beraktivitas seperti sediakala tanpa harus terus-menerus bergantung pada orang lain

h. Pola peran-hubungan

Tn. R berperan sebagai seorang anak. Tn.R mempunyai 5 saudara yaitu 4 orang putra, 1 Putra sudah meninggal dunia dan 2 orang putri, namun sudah meninggal dunia.

i. Pola seksualitas-reproduktif

Klien mengatakan belum menikah

j. Pola koping-ketahanan stress

Klien hanya mengeluh saat ini kondisinya belum stabil seperti saat sebelum sakit, masih sering drop dan tidak bisa melakukan aktivitas sendiri. Klien berkonsultasi dengan keluarga dan tim medis dalam mengatasi penyakitnya.

k. Pola nilai-keyakinan

Klien beragama Kristen Protestan

- Sebelum sakit : klien beribadah di gereja
- Saat sakit : klien semenjak sakit tidak aktif mengikuti ibadah dan kegiatan-kegiatan yang ada di gereja. Namun klien merasakan jika lebih mendekatkan diri kepada Tuhan Yang Maha Esa selama sakit, meskipun hanya beribadah dari rumah. Klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.

4. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan Umum : Baik
- b. Kesadaran : Composmentis
GCS: E4. V5. M6

c. Tanda-Tanda Vital

- Tekanan Darah :106/77 mmHg
- Nadi : 90x/menit
- Respirasi : 20x/menit
- Suhu : 36°C

1. Kepala

- Inspeksi: Tampak bersih, rambut hitam, bentuk kepala oval, penyebaran rambut merata.
- Palpasi: Tidak terdapat benjolan, tidak ada nyeri tekan

2. Mata

- Inspeksi: Mata simetris, ketajaman penglihatan baik, sclera putih, konjungtiva ananemis

3. Pupil

- Inspeksi: Ukuran pupil isokor, gerakan bola mata baik, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

4. Hidung

- Inspeksi: Struktur hidung normal, secret (-), lubang hidung simetris, tidak ada peradangan,
- Palpasi: Tidak terdapat benjola, Tidak ada nyeri tekan, fungsi penciuman baik.

5. Telinga

- Inspeksi: Telinga bersih, Pendengaran baik, Keadaan telinga bersih, Serumen (-)

6. Mulut

- Inspeksi: Keadaan gigi bersih, bibir simetris, mukosa mulut lembab, bicara baik.

7. Leher

- Inspeksi: Keadaan leher bersih, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid (-), tidak ada pembesaran kelenjera limfe (-), vena jugularis teraba.
- Palpasi: Pembesaran kelenjar Tyroid (-), Pembesaran kelenjar limfe (-), nyeri tekan (-), vena jugularis teraba.

8. Thorax

- Inspeksi: Bentuk dada simetris, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada lesi.
- Palpasi: Pergerakan dinding dada simetris, fokal premitus teraba
- Perkusi: Terdengar sonor
- Auskultasi: Vesikuler pada kedua lapang paru

9. Abdomen

- Inspeksi: Permukaan abdomen datar, tidak ada lesi.
- Auskultasi: Bising usus menurun
- Palpasi: Nyeri tekan (+) dibagian kuadran kanan bawah, ada massa, pembengkakan hepar (-)

10. Genetalian : Tidak terpasang kateter

11. Ekstremitas

- Inspeksi: Terpasang Infus di tangan kiri

Kekuatan otot	5	5
	5	5

5. Data Penunjang

a. Therapy

- Cefriaxone 2x2 mg
- Metronidzole 3x 500 mg
- Ketorolac 3x 300 mg
- Ranitidin 2x 50 mg
- Pct 1gr drip/IV

b. Nilai Laboratorium

Berikut tabel nilai laboratorium

Tabel 3.5 Nilai Laboratorium

PARAMETER		NILAI RUJUKAN	
HGB	15,0	g/dL	11,0 - 16,5
RBC	5,44	$10^3/\mu\text{L}$	3,8 - 5,8
CT	42,6	%	35,0 - 50,0
MCV	78,3-	IF	80,0 - 97,0
MGH	27,6	IG	26,5 - 33,5
MCHC	35,2	g/dL	31,5 - 35,0
RDW- SD	34,9	IF	35 – 47
RDW-CV	12,4	%	10,0 - 15,0
WBC	16.06 +	$10^3/\mu\text{L}$	3,5 - 10,0
EO%	1,6	%	0,0 - 4,0
BASO%	0,7	%	0,0 - 1,0
EUT%	76,4*	%	46,0 - 73,0
LYMPH%	19,7*	%	17,0 - 48,0
MONO%	1,6*	%	4,0 - 10,0
EO	0,25	$10^3/\mu\text{L}$	
BASO	0,11 +	$10^3/\mu\text{L}$	
NEUT	12,28*	$10^3/\mu\text{L}$	
LYMPH	3,16*	$10^3/\mu\text{L}$	
MONO	0,26*	$10^3/\mu\text{L}$	
IG%	0,2*	%	
	0,04*	$10^3/\mu\text{L}$	
PLT	348	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 500
PDW	9,4	FL	10,0 - 18,0
MPV	9,1	JL	6,5 - 25,0
P-LCR	16,9	%	0,1 - 0,5
PCT	0,32	%	
WBC-BF		$10^3/\mu\text{L}$	
BBC-BF		$10^3/\mu\text{L}$	
LED		Mm/jam	L 0 -15
DDR	Negatif	Mm/jam	P 0 -20

B. Klasifikasi Data

Berikut tabel klasifikasi data Tn.R

Tabel 3.6 Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data Objektif
Klien mengatakan : ✓ Nyeri perut kuandran kanan bawah. ✓ PQRST: - P : Apendisitis (Begerak/beraktivitas) - Q : Seperti tertusuk-tusuk - R : Perut kuadran kanan bawah - S : 4-6 - T : Hilang timbul ✓ Tidak bias tidur dan istirahat karena nyeri hebat. ✓ Sulit mendapatkan posisi yang nyaman. ✓ Gelisah dan cemas akan tindakan operasi.	pasien tampak : ✓ Keadaan Umum : Sedang ✓ Kesadaran : Composmentis GCS: E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital ✓ Tekanan Darah :106/77 mmHg ✓ Nadi : 90x/menit ✓ Respirasi : 20x/menit ✓ Suhu : 36°c ✓ WBC : 16.06+10³/uL ✓ Tampak gelisah dan berkeringat ,sulit tidur, posisi klien duduk membungkuk ✓ Tampak menahan perut kuadran kanan bawah ✓ Nyeri tekan +

C. Analisa Data

Nama Pasien : Tn.R
No. Medikal : 2694
Ruang Rawat : Ruang Bedah Rsud Abepura

Tabel 3.7 Analisa Data

No.	Data	Pohon Masalah	Masalah
1.	DS : Klien mengatakan ✓ Nyeri perut kuandran kanan bawah. ✓ PQRST: P : Apendisitis (Begerak/beraktivitas) Q : Seperti tertusuk-tusuk R : Perut kuadran kanan bawah S : 4-6 T : Hilang timbul ✓ Tidak bias tidur dan istirahata karena nyeri hebat. ✓ Sulit mendapatkan posisi yang nyaman. ✓ Gelisah dan cemas akan tindakan operasi.	Apendisitis ↓ Sekresi mucus meningkat ↓ Terjadi pembengkakan ↓ Ulserasi ↓ Penekanan tekanan intakranial ↓	Nyeri akut

	DO : Klien Tampak ✓ Keadaan Umum : sedang ✓ Kesadaran : Composmentis GCS: E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital ✓ Tekanan Darah : 106/77 mmHg ✓ Nadi : 90x/menit ✓ Respirasi : 20x/menit ✓ Suhu : 36°C ✓ WBC : $16.06 \times 10^3/\mu\text{L}$ ✓ Raut wajah meringis dan gelisa ✓ Nyeri tekan + dikuadrannya kanan bawah abdomen ✓ Tampak memegang perut bagian bawah	Peningkatan tekanan intraabdominal ↓ Nyeri Akut	
2.	DS : Klien mengatakan: ✓ Tidak bias tidur dan istirahat, dan sulit mendapatkan posisi yang nyaman DO : Klien tampak:	Apendisitis ↓ Penekanan tekanan intrakranial ↓	Gangguan Istirahat Tidur

	✓ Tampak gelisah dan berkeringat ✓ Sulit tidur, posisi klien duduk membungkuk ✓ Raut wajah klien tampak meringis	Peningkatan tekanan intraabdominal ↓ Nyeri Akut ↓ Gangguan Istirahat Tidur	
3.	DS : Klien mengatakan: ✓ ± 1 bulan yang lalu pernah sakit yang sama dan priksa ke Rs Bhayangkara dan Rsud Dok II ✓ Tidak tahu tentang apa penyakitnya dan beranggapan bahwa hanya sakit magh biasa. DO : Klien Tampak: ✓ Keadaan Umum : sedang ✓ Kesadaran : Composmentis GCS: E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital	Menderita apendisitis ± 1 bulan yang lalu ↓ Kurang informasi tentang penyakit yang diderita ↓ Ketidak efektifan dalam perawatan dan pengobatan ↓ Kurang pengetahuan tentang penyakit	Kurang pengetahuan tentang penyakit

	✓ Tekanan Darah :106/77 mmHg ✓ Nadi : 90x/menit ✓ Respirasi : 20x/menit ✓ Suhu : 36°c ✓ Raut wajah meringis kesakitan dan tampak gelisah.		
4.	DS: Klien Tampak: ✓ Cemas dan takut akan tindakan operasi ✓ Klien mengatakan sudah lama disuruh operasi namaun dirinya belum siap ✓ Pasien mengatakan apakah setelah operasi nanti akankah masih nyeri atau tidak DO:Klien Tampak: ✓ Gelisah, tidak tidur/istirahat ✓ Pasien sering bertanya-tanya tentang penyakitnya kepada perawat ✓ Wajah meringis, dan berkeringat ✓ Tampak memegang perut kuadran bawah	Tingkat Pendidikan ↓ Kurang sarana informasi tentang penyakit yang diderita ↓ Informasi yang minimal ↓ Kurang pengetahuan ↓ Cemas (Asietas)	Cemas (Asietas)

D. Rencana Asuhan Keperawatan

Nama Klien : By.R

Umur : 9 Bulan

Diagnosa Medis : GEA

Tabel 3.8 Rencana Asuhan Keperawatan

No / Tanggal	Dx Keperawatan Dan Data Penunjang	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1. 17-03 2021	Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis (distensi jaringan intestinal oleh inflamasi) Yang ditandai dengan : DS :Klien Mengatakan: ✓ Nyeri perut kuandran kanan bawah. ✓ PQRST: P : Apendisitis (Begerak/beraktivitas)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri berkurang atau hilang dengan kriteria hasil : 1. Dapat mengenali factor-fator penyebab nyeri 2. Nyeri dapat terkontrol 3. Klien merasa nyaman	1. Kaji tingkat nyeri, lokasi dan karakteristik nyeri 2. Ajarkan teknik relaksasi nafas	1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikasi secara dini untuk dapat memberikan tindakan selajutnya. 2. Nafas dalam dapat menghirup O2 secara

	Q : Seperti tertusuk-tusuk R : Perut kuadran kanan bawah S : 4-6 T : Hilang timbul ✓ Tidak bias tidur dan istirahat karena nyeri hebat. ✓ Sulit mendapatkan posisi yang nyaman. ✓ Gelisah dan cemas akan tindakan operasi. DO : Klien Tampak ✓ Keadaan Umum : sedang ✓ Kesadaran : Composmentis GCS: E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital ✓ Tekanan Darah : 106/77 mmHg ✓ Nadi : 90x/menit ✓ Respirasi : 20x/menit ✓ Suhu : 36°C	4. Skala nyeri berkurang atau hilang.	dalam (inovasi aroma terapi dan pijat kaki) 3. Observasi TTV 4. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik.	adekuat sehingga otot-otot menjadi rileks dan dapat mengurangi rasa nyeri. 3. Sebagai deteksi dini terhadap perkembangan kesehatan pasien. Untuk mengetahui keadaan umum pasien. 4. Sebagai profilaksi Untuk dapat meringankan rasa nyeri.
--	---	--	---	---

	✓ WBC : $16.06 \times 10^3/\mu\text{L}$ ✓ Raut wajah meringis dan gelisa ✓ Nyeri tekan + dikuandran kanan bawah abdomen ✓ Tampak memegang perut bagian bawah.			
2. 17-03 2021	Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan peningkatan tekanan intraabdomen (nyeri) yang ditandai dengan : DS : Klien mengatakan ✓ Tidak bias tidur dan istirahat, dan sulit mendapatkan posisi yang nyaman DO : Klien Tampak ✓ Keadaan Umum : sedang ✓ Kesadaran : Composmentis GCS: E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan agar gangguan istirahat tidur teratasi dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat tidur dengan tenang 2. Jumlah jam tidur 6-8 jam/hari 3. Perasaan segar saat sesuda tidur dan istirahat.	1. Kaji penyebab terganggunya pola tidur. 2. Kondisikan lingkungan yang nyaman untuk tidur	1. Gangguan pola istirahat tidur dapat disebabkan oleh banyak factor seperti: lingkungan, obat-obatan, nyeri, stress dan rasa takut. 2. Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kualitas tidur klien.

	✓ Tekanan Darah :106/77 mmHg ✓ Nadi : 90x/menit ✓ Respirasi : 20x/menit ✓ Suhu : 36°C ✓ Tampak gelisah dan berkeringat ✓ Sulit tidur, posisi klien duduk membungkuk ✓ Raut wajah klien tampak meringis		3. Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam 4. Observasi TTV 5. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat	3. Nafas dalam dapat menghirup O₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi nyeri. 4. Sebagai deteksi dini terhadap perkembangan kesehatan klien. 5. Membantu dalam program pengobatan dan penyembuhan klien. .
--	--	--	--	--

3. 17-03 2021	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sarana informasi tentang penyakit yang ditandai dengan: DS : Klien mengatakan: ✓ ± 1 bulan yang lalu pernah sakit yang sama dan priksa ke Rs Bhayangkara dan Rsud Dok II ✓ Tidak tahu tentang apa penyakitnya dan beranggapan bahwa hanya sakit magh biasa. DO : Klien Tampak: ✓ Keadaan Umum : sedang ✓ Kesadaran : Composmentis GCS: E4. V5. M6	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kurang pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Klien dapat mampu menjelaskan kembali tentang penyakitnya 2. Mengenal kebutuhan dan pengobatan tanpa cemas. 3. Dapat mengetahui pengertian penyakit, penyebab, dan tanda gejala penyakit.	1. Kaji tingkat pengetahuan klien tentang penyakitnya. 2. Jelaskan tentang proses penyakit tanda dan gejala, identifikasi kemungkinan penyebab. 3. Jelaskan program pengobatan dan alternative pengobatan 4. Diskusikan perubahan gaya	1. Agar dapat mempermudah dalam memberikan penjelsan pada klien. 2. Agar meningkatkan pengetahuan dan dapat mengurangi kecemasan klien. 3. Agar mempermudah dalam intervensi lanjut. 4. Agar klien dan keluarga dapat
-------------------------------------	---	---	---	--

	Tanda-Tanda Vital ✓ Tekanan Darah :106/77 mmHg ✓ Nadi : 90x/menit ✓ Respirasi : 20x/menit ✓ Suhu : 36°c ✓ Raut wajah meringis kesakitan dan tampak gelisah.		hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi 5. Tanyakan kembali pengetahuan klien tentang penyakit,prosedur perawatan dan pengobatan	mengetahui gaya hidup sehat (PHBS) 5. Review kembali tentang apa yang telah dijelaskan perawat.
	Ansietas (Cemas) berhubungan dengan prosedur tindakan operasi yang ditandai dengan: DS: Klien Tampak: ✓ Cemas dan takut akan tindakan operasi ✓ Klien mengatakan sudah lama disuruh operasi namaun dirinya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan	1. Bina hubungan saling percaya	1. Dengan membina hubungan saling percaya degan klien atau keluarga, agar dapat dengan mudah dalam melakukan intervensi lanjut.

	belum siap ✓ Pasien mengatakan apakah setelah operasi nanti akankah masih nyeri atau tidak DO:Klien Tampak: ✓ Gelisah, tidak tidur/istirahat ✓ Pasien sering bertanya-tanya tentang penyakitnya kepada perawat ✓ Wajah meringis, dan berkeringat ✓ Tampak memegang perut kuadran bawah	gejala cemas 2. Mengidentifikasi, mengungkapkan tekik untuk mengurangi cemas. 3. Vital sign dalam batas normal 4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukan berkurannya cemas.	2. Beri kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaanya. 3. Mengajarkan klien untuk melakukan terapi-terapi yang telah perawat ajarkan (nafas dalam) 4. Jelaskan semua prosedur pengobatan klien .	2. Agar klien dapat merasa legah dan perawat dapat mengetahui masalah yang dihadapi 3. Terapi nafas dalam berguna untuk menurunkan tingkat kecemasan,dan rasa takut klien 4. Agar membantu klien dalam meningkatkan pengetahuan tentang status kesehatan dan
--	--	---	--	--

			5. Observasi TTV	meningkatkan kotrol kecemasan. 5. Sebagai deteksi dini terhadap perkembangan kesehatan dan keadaan umum klien
--	--	--	------------------	---

E. Implementasi Keperawatan Evaluasi

Nama Klien :Tn.R

Ruangan :Ruang Bedah RSUD Abepura

Tabel 3.9 Implementasi Keperawatan Evaluasi

No.	Hari / Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Rabu, 17-03 2021 Jam 15.40 WIT 18.20 WIT	1. Mengkaji tingkat nyeri, lokasi dan karakteristik nyeri Hasil: P : Apendisitis (Begerak/beraktivitas) Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Perut kanan kuandran bawah S : 4-6 T : Hilang timbul 2. Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam (inovasi aroma terapi) dan pijat kaki	Rabu, 17 Maret 2021 (Jam 18.00 WIT) S : Klien mengatakan: ✓ Nyeri sedikit berkurang, namun saat bergerak sakit dan sulit untuk mendapatkan posisi yang nyaman P : Apendisitis (Begerak/beraktivitas) Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Perut kanan kuandran bawah S : 4-6 T : Hilang timbul

	16.35 WIT	Hasil : Klien kooperatif dan dapat mengikuti instruksi dari perawat, menarik nafas dari hidung dan mengeluarkannya melalui mulut secara perlahan-lahan. 3. Observasi TTV Hasil: Tekanan Darah : 106/77mmHg Nadi : 81x/menit Respirasi : 23x/menit Suhu : 36°C	O : Klien tampak ✓ Keadaan Umum : sedang ✓ Kesadaran : Composmentis GCS: E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital ✓ Tekanan Darah : 100/90 mmHg ✓ Nadi : 90x/menit ✓ Respirasi : 20x/menit ✓ Suhu : 38,9°C ✓ WBC : $16.06 \times 10^3/\mu\text{L}$ ✓ Raut wajah meringis dan gelisah ✓ Nyeri tekan + dikuadrannya kanan bawah abdomen ✓ Tampak memegang perut bagian bawah
	16.38 WIT	4. Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik Hasil: Klien diberikan therapy • Kalsitriol 100mg • Ceftriaxone 2x2rm/IV • Mefenidol 3x500 mg/IV • Ketorolac 3x30 mg/IV	A : Nyeri Akut belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan :

			1. Kaji tingkat nyeri, lokasi dan kriteria nyeri 2. Anjurkan teknik relaksasi nafas dalam 3. .Observasi TTV 4. Kolaborasi tim medis pemberian teraphy analgesic dan antipiretik..
2	Rabu, 17-03- 2021 Jam 19 50 WIT 19.10 WIT	1. Mengkaji penyebab terganggunya pola tidur. Hasil : • Nyeri perut kuadran kanan bawah,skla nyeri 4-6 • Nyeri tekan +. Nyeri hilang timbul 2. Mengkondisikan lingkungan yang nyaman untuk tidur. Hasil : Lingkungan yang aman tenang dan tidak ada kebisingan, karena jumlah pengujung dibatasi.	Rabu, 17 Maret 2021 (Jam 20.10 WIT) S : Klien megatakan: ✓ Tidak dapat tidur dikarenakan nyeri yang tidak bias ditahan. O : Klien tampak: ✓ Keadaan Umum : Sedang ✓ Kesadaran : Composmentis GSC: E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital

	19.20 WIT	3. Menganjurkan teknik relasasi nafas dalam Hasil : Klien dapat mengikuti dan mengulangi teknik relasasi yang telah diajarkan perawat.	✓ Tekanan Darah :100/90 mmHg ✓ Nadi : 90x/menit ✓ Respirasi : 20x/menit ✓ Suhu : 38,9°c ✓ Raut wajah klien meringis dan berkeringat ✓ Tampak memegang perut kudran kanan bawah ✓ Gelisah dan tidak dapat tidur
	19.22 WIT	4. Mengobservasi TTV Hasil : • Tekanan Darah : 106/77 mmHg • Nadi : 81x/menit • Respirasi : 23x/menit • Suhu : 36°c	A : Gangguan Istirahat Tidur Belum Teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Kaji penyebab terganggunya tidur 2. Observasi TTV 3. Kolaborasi pemberian obat
	18.15 WIT	5. Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgesic Hasil : Klien diberikan therapy • Ketorolac 3x30 mg/IV	

3.	Rabu,17-03-2021 Jam 19.20 WIT 19.21 WIT 19.23 WIT	1. Mengkaji pengetahuan klien tentang penyakitnya Hasil : Klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit yang ia alami dan klien beranggapan bahwa hanya sakit perut biasa. 2. Menjelaskan tentang proses penyakit (tanda dan gejala), Identifikasi kemungkinan penyakit. Hasil : Perawat menjelaskan tanda gejala penyakit klien, penyebab dan jelaskan kondisi klien. 3. Menjelaskan tentang program pengobatan dan alternative pengobatan Hasil : Program pengobatan klien yaitu mendapatkan injeksi obat-obat yang	Rabu, 17 Maret 2021 (Jam 20.20) S : Klien mengatakan: ✓ Telah paham dan mulai mengerti dan tahu penyakit yang sedang dialami. ✓ Klien mengatakan sudah bisa mengetahui obat anti nyeri yang diberikan. O : Klien tampak ✓ Keadaan Umum : Sedang ✓ Kesadaran : Composmentis GSC: E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital ✓ Tekanan Darah :100/90 mmHg ✓ Nadi : 90x/menit ✓ Respirasi : 20x/menit Suhu : 38,9°C
----	--	---	---

	19.30 WIT	sudah diadfis dokter, dan alternative nya yaitu klien harus di operasi. 4. Mendiskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi. Hasil : Perawat menjelaskan pentingnya menjaga PHBS di dalam keluarga maupun lingkungan sekitar.	A: Kurang Pengetahuan Tentang Penyakit belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan : 1. Jelaskan tentang proses penyakit 2. Jelaskan tentang program pengobatan 3. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi.
	19.35 WIT	5. Menanyakan kembali pengetahuan klien tentang peyakit, prosedur perawatan dan pengobatan. Hasil : Klien dapat mengetahui penyakit yang dideritanya, serta perawatan dan program pengobatan yang ia dapatkan.	

	19.41 WIT	4. Menjelaskan prosedur pengobatan Hasil : Klien mengerti dan mengetahui beberapa obat yang diberikan	A : Ansietas Belum teratasi
	19.45 WIT	5. Menobservasi TTV Hasil : • Tekanan Darah : 106/77 mmHg • Nadi : 81x/menit • Respirasi : 23x/menit • Suhu : 36°c	P: Intervensi dilanjutkan 1. Anjurkan klien untuk melakukan teknik nafas dalam 2. Berikan kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaanya 3. Observasi TTV

F. Catatan Perkembangan

Catatan Perkembangan Hari ke-1

Hari/Tanggal : Kamis, 18 Maret 2021

Nama Klien : Tn.R

Ruangan : Ruang Bedah Rsud Abepura

Tabel 3.10 Catatan Perkembangan hari ke 1

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis (distensi jaringan intestinal oleh inflamasi).	S: Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang P : Apendisitis (Begerak/beraktivitas) Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Perut kanan kuandran bawah S : 4-6 T : Hilang timbul O: Klien tampak - Keadaan umum : Baik - Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital	Jam:06.10 WIT S: Klien mengatakan : - Nyeri sedikit berkurang - Susah tidur karena nyeri hilang timbul O: Klien tampak: - Keadaan umum : Baik - Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital

		• Tekanan Darah : 104/66 mmHg • Nadi : 90x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 38,9°c 1. Ajurkan teknik nafas dalam (inovasi aroma terapi) dan pijat kaki : Klien kooperatif dan dapat mengikuti intruksi dari perawat, menarik nafas dalam dan melakukan aktivitas disposional yaitu menonton Tv. 2. Kolaborasi tim medis pemberian analgesik : • Jam 22.00 WIT (Injeksi Ceftriakxone 2x2 gr) • Jam 02.00 WIT (Injeksi Metronodole 3x500 gm) • Jam 18.00 WIT (Injeksi ketorolac 3x30mg)	• Tekanan Darah : 85/55 mmHg • Nadi : 90x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 36,9°c A: Nyeri Akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Observasi TTV 2. Kolaborasi tim medis pemberian analgesik 3. Kaji tingkat nyeri, lokasi dan karakteristik nyeri.
--	--	--	---

2.	Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan tekanan intraabdomen (nyeri)	S: Klien mengatakan: • Nyeri sedikit berkurang • Belum bias tidur karena nyeri yang hilang timbul. P : Apendisitis (Begerak/beraktivitas) Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Perut kanan kuandran bawah S : 4-6 T : Hilang timbul O: Klien tampak: • Keadaan umum : Baik • Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital • Tekanan Darah : 104/66 mmHg • Nadi : 90x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 38,9°C	Jam : 06.09 WIT S: Klien mengatakan: • Susah tidur, sulit mendapatkan posisi yang nyaman • Tidak bias tidur dari malam sampai pagi ini. O: Klien tampak: • Keadaan umum : Baik • Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital • Tekanan Darah : 85/55 mmHg • Nadi : 90x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 36,9°C A: Gangguan Pola Tidur belum teratasi
----	---	--	--

		• Mengkaji penyebab terganggunya tidur: ✓ Nyeri perut kuadran kanan bawah, skala nyeri 4-6 ✓ Nyeri hilang timbul • Kolaborasi pemberian obat dengan tim medis: ✓ Jam 18.00 WIT (Ketorolanc 3x30mg) ✓ Jam 22.00 WIT (Ceftriaxone 2x2gr) ✓ Jam 02.00 WIT (Metronidazole 3x500 gm)) ✓ Jam 02.00 WIT (Ketorolanc 3x30mg)	P : Intervensi dilanjutkan 1. Kaji penyebab terganggunya tidur 2. Observasi TTV 3. Kolaborasi pemberian analgesik dengan tim medis.
--	--	---	--

3.	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya sarana informasi tentang penyakit yang diderita	S: Klien mengatakan: • Sudah mulai mengerti dan tahu penyakit yang sedang dialami • Klien mengatakan sudah tahu obat anti nyeri yang diberikan S: Klien tampak: • Keadaan umum : Baik • Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital • Tekanan Darah : 104/66 mmHg • Nadi : 90x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 38,9°c ✓ Menjelaskan tentang proses penyakit : Perawat menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang proses penyakit dan	Jam : 06.11 WIT S: Klien mengatakan: • Sudah mulai mengerti dan tahu tentang penyakit yang sedang dialaminya O:Klien tampak : • Keadaan umum : Baik • Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital • Tekanan Darah : 85/55 mmHg • Nadi : 90x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 36,9°c A: Kurang Pengetahuan teratasi
----	--	---	---

		tanda gejala, penyebab penyakit klien ✓ Menjelaskan tentang program pengobatan yang di dapatkan: program pengobatan yang klien dapatkan yaitu injeksi obat dan ivfd RL 20 tpm ✓ Mendiskusikan perubahan gaya hidup mungkin digunakan untuk mencegah komplikasi: perawat menjelaskan pentingnya menjaga dan menerapkan PHBS didalam keluarga maupun lingkungan sekitar.	P: Intervensi dihentikan.
4.	Asietas (Cemas) berhubungan dengan prosedur tindakan operasi	S: Klien mengatakan: • Masih cemas dan takut dioperasi • Gelisah dan tidak bisa tidur • Berkeringat dan meringist kesakitan O: Klien tampak: • Keadaan umum : Baik	Jam: 06.12 WIT S: Klien mengatakan: • Takut dioperasi nanti • Gelisah dan berkeringat O: Klien tampak : • Keadaan umum : Baik

		• Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital • Tekanan Darah : 104/66 mmHg • Nadi : 90x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 38,9°C ✓ Menganjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam: Klien kooperatif dan dapat melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan perawat. ✓ Memberikan kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya: Klien mengatakan takut akan tindakan operasi dan bertanya apakah setelah selesi operasi masih nyeri atau tidak.	• Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital • Tekanan Darah : 85/55 mmHg • Nadi : 90x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 36,9°C ✓ Tampak cemas dan gelisah ✓ Tidak bias tidur dari malam sampai pagi, dan berkeringat A: Ansietas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Anjurkan klien untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam 2. Beri kesempatan klien untuk
--	--	---	--

		✓ Menjelaskan prosedur pengobatan dan tindakan operasi: Perawat menjelaskan program pengobatan dan tindakan operasi yang akan dijalani klien.	mengungkapkan perasaanya 3. Observasi TTV
--	--	---	--

G. Catatan Perkembangan Hari ke-2

Hari/Tanggal : Sabtu, 20 Maret 2021

Nama Klien : Tn.R

Ruangan : Ruang Bedah Rsud Abepura

Tabel 3.11 Catatan Perkembangan hari ke 2

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologis (distensi jaringan intestinal oleh inflamasi)	S: Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang P : Apendisitis (Begerak/beraktivitas) Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Perut kanan kuandran bawah S : 4 T : Hilang timbul	Jam: 12.00 WIT S: Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang P : Nyeri luka operasi Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Perut kanan kuandran bawah S : 4

		O: Klien tampak • Keadaan umum : Baik • Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital • Tekanan Darah : 110/77 mmHg • Nadi : 68x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 36,9°c ✓ Kolaborasi tim medis pemberian analgesik : • Jam 10.00 WIT (Injeksi Ceftriakxone 2x2 gr) • Jam 10.00 WIT (Injeksi ketorolac 3x30mg) • Jam 10.00 WIT (Ranitidin 3x30 mg)	T : Hilang timbul (saat bergerak) O: Klien tampak • Keadaan umum : Baik • Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital • Tekanan Darah : 120/94 mmHg • Nadi : 83x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 36,5°c A: Nyeri Akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Observasi TTV 2. Kolaborasi tim medis dalam
--	--	---	---

		✓ Mengobservasi tingkat nyeri, lokasi dan karakteristik nyeri: P : Nyeri luka operasi Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Perut kanan kuandran bawah S : 4 T : Hilang timbul (saat beraktivitas)	pemberian analgesic 3. Kaji karakteristik nyeri
2.	Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan tekanan intraabdomen (nyeri)	S: Klien mengatakan: - Sudah dapat tidur dengan naik tidak gelish seperti sebelum dioperasi O: Klien tampak - Keadaan umum : Baik - Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital - Tekanan Darah : 110/77 mmHg	Jam: 12.00WIT S: Kliem mengatakan sudah bias tidur, nyeri sudah berkurang dan dapat dikontrol O: Klien tampak - Keadaan umum : Baik - Kesadaran : Composmentis GSC E4. V5. M6 Tanda-Tanda Vital

		• Nadi : 68x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 36,9°C ✓ Mengkaji penyebab terganggunya tidur: Nyeri perut kuadran kanan bawah, dan nyeri hilang timbul, namun sudah bias tidur. ✓ Mekolaborasi pemberian obat dengan tim medis: • Jam.10.00 WIT (Ceftriaxone 2x2 gr) • Jam 10.00 WIT (Ketorolac 3x30 mg) • Jam 10.00 WIT (Ranitidin 3x30 mg)	• Tekanan Darah : 120/94 mmHg • Nadi : 83x/menit • Respirasi : 20x/menit • Suhu : 36,5°C A: Nyeri Akut belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Observasi TTV 2. Kolaborasi tim medis dalam pemberian analgesic 3. Kaji karakteristik nyeri
--	--	--	---

BAB IV

ANALISIS SITUASI MASALAH

A. Analisis Kasus Sesuai Dengan Kelolaan

Asuhan keperawatan pada klien Tn.R dengan diagnose apendiksitis akut dilakukan sejak tanggal 17 – 20 Maret 2021. Pengkajian dilakukan di Ruang Bedah RSUD Abepura pada tanggal 17 Maret 2021. Data yang di peroleh dari Tn.R tersebut didapatkan keluhan utama yang dirasakan yaitu nyeri perut kuadran kanan bawah dan didapatkan data objektif klien tampak meringis kesakitan dan menahan perut kuadran kanan bawah, tampak gelisah, susah tidur dan merasa cemas.

Diagnosa keperawatan yang ada pada kasus kelolaan berdasarkan NANDA NIC NOC (2016) pada klien dengan diagnosa Apendiksitis Akut adalah :

1. Nyeri Akut Berhubungan dengan Agen Injury Biologis (Distensi Jaringan Intestinal Oleh Inflamasi).
2. Gangguan Istirahat Tidurt Berhubungan dengan Tekanan Intraabdomen (Nyeri).
3. Kurang Pengetahuan Berhubungan dengan Kurang Sarana Informasi Tentang Penyakit yang di Derita.
4. Asietas (Cemas) Berhubungan dengan Prosedur Tindakan Operasi.

Seluruh tanda dan gejala yang muncul pada penderita apendisitis adalah nyeri akut. Kapasitas jaringan menimbulkan nyeri apabila mendapat rangsangan yang mengganggu, bergantung pada keberadaan nosiseptor (saraf aferen primer untuk menyalurkan dan menerima rangsangan nyeri). Ujung-ujung saraf bebas nosireseptor berfungsi sebagai reseptor yang peka terhadap rangsangan kimiawi yang menimbulkan nyeri. Distribusi nosireseptor bervariasi di seluruh tubuh, dengan jumlah terbesar terdapat di kulit. Nosiseptor terletak di jaringan kutis , otot rangka dan sendi. Reseptor nyeri visera tidak terdapat di parenkim organ internal itu

sendiri, tetapi di permukaan peritoneum, membran pleura, durameter dan pembuluh darah.

Saraf perifer terdiri dari *akson toga* tipe neuron yang berlainan: neuron aferen atau neuron sensorik primer, neuron simpatik dan neuron pascaganglion simpatis. Serat pascaganglion simpatik dan motorik adalah serat aferen (membawa impuls dari medula spinalis ke jaringan organ efektor). Badan sel dari neuron aferen primer terletak di akral dorsal N. Spinalis. Setelah keluar dari badan selnya di ganglion akral dorsal (GAD), akson saraf aferen primer terbagi menjadi dua prosesus: satu masuk ke kornu dorsalis medula spinalis, dan yang lain mempersarafi jaringan. Serat serat aferen primer diklasifikasikan berdasarkan ukuran, derajat mielinisasi, dan kecepatan penghantaran. Serat aferen A-alfa dan A-beta berukuran paling besar dan bermielin serta memiliki kecepatan hantaran tertinggi. Serta serat ini berespon terhadap sentuhan, tekanan, dan sensasi kinestetik, namun serat-serat ini tidak berespon terhadap rangsangan yang mengganggu sehingga tidak dapat diklasifikasikan sebagai nosiseptor. Sebaliknya serat serat aferen primer A-delta yang bergaris tengah kecil dan sedikit bermielin serta yang bergaris tengah kecil dan sedikit bermielin serta serat aferen primer C.

Relaksasi aroma terapi dapat menurunkan nyeri yang diasakan melalui mekanisme system penciuman. Dimana bau yang dihasilkan ditangkap oleh *olfactory ephitelium*, yang merupakan suatu reseptor yang berisi 20 juta ujung syaraf. Selanjutnya, bau tersebut akan ditransmisikan sebagai suatu pesan ke pusat penciuman yang terletak pada bagian belakang hidung. Bau yang mengandung ion minyak dibawa neuron menuju sistem limbik untuk diteruskan ke *hipotalamus*. Di hipotalamus bau tersebut akan merangsang kelenjar *pituitary* untuk melepaskan agen kimia kedalam sirkulasi darah untuk mengatur kelenjar adrenal dan thyroid supaya menurunkan

aktifitasnya yang sebelumnya dirangsang oleh adanya stimulus stressor yang menimbulkan reaksi hormon epineprin dan norepineprin. Bau ini juga merangsang daerah di otak yang disebut *raphe nucleus* untuk mengeluarkan sekresi serotonin yang menimbulkan efek rileks sebagai akibat inhibisi eksitasi sel.

Pijat adalah tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen, tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau meningkatkan sirkulasi. Ada dua teknik masase dalam persalinan, yaitu *effleurage* dan *counterpressure*. Pijat *counterpressure* adalah pijatan yang dilakukan dengan menggunakan tinju atau pangkal telapak tangan pada daerah punggung atau *sacrum* yang dirasakan paling nyeri. Sedangkan *effleurage* adalah pijatan ringan yang dapat meningkatkan relaksasi dan menghilangkan nyeri

B. Analisi *Based Evidence Practices* (Salah satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait)

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada Tn.R selama 3 hari, pada tanggal 17 Maret 2021 sampai 20 Maret 2021 dengan intervensi inovasi yang dilakukan pada kasus diatas adalah melakukan relaksasi nafas dalam dengan aroma terapi dan pijat kaki dalam memberikan rasa nyaman pada pasien. Seringnya keluhan nyeri yang dirasakan pasien yang menyebabkan stress dan hal ini berkaitan dengan merangsangnya persarafan nyeri akan bertambah berat. Sehingga perlu dilakukannya teknik relakasi menggunakan aroma terapi dan pijat kaki guna menekan kerja system saraf perifer pada pasien nyeri. Pijat didefinisikan sebagai tindakan penekanan oleh tangan pada jaringan lunak, biasanya otot tendon atau ligamen tanpa menyebabkan pergeseran atau perubahan posisi sendi guna menurunkan nyeri, menghasilkan relaksasi, dan atau meningkatkan sirkulasi (Henderson, 2006 Dikutip dari Yunita,2010).

Hal ini dibuktikan dan diperkuat oleh sebuah penelitian yang dilakukan oleh Finta dkk (2014) dengan judul “Pengaruh Pijat Aromaterapi Lavender Terhadap Tingkat Nyeri Persalinan Kala I Fase Aktif” Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pijat aromaterapi lavender terhadap penurunan nyeri pada pasien fase aktif kala I. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *Quasy eksperiment* dengan rancangan pre and post test with kontrol. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 20 sampel, terdiri dari 10 kelompok kontrol dan 10 kelompok intervensi yang sesuai kriteria. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Blabak Kediri. Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Uji *paired sample t-test*. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh pijat aromaterapi lavender terhadap terhadap tingkat nyeri persalinan kala I fase aktif.

Selama praktik klinik penulis memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan melaksanakan peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care provider*), peneliti dan pembaharu. Peran perawat dalam pemberi asuhan keperawatan adalah dengan melakukan intervensi keperawatan mandiri dan kolaborasi. Pelaksanaan peran perawat sebagai peneliti diantaranya adalah penulis menerapkan intervensi keperawatan yang didasarkan pada hasil penelitian atau berdasarkan pembuktian (*evidence based*) dan melaksanakan peran pembaharu dalam upaya meningkatkan asuhan keperawatan pada pasien dengan kegawat daruratan dengan kasus apendisitis.

C. Alternatif Pemecahan Masalah

Alternatif pemecahan masalah nyeri akut adalah dengan memberikan pengetahuan tentang pengelolaan nyeri akut pada apendisitis yang baik, secara farmakologi maupun non farmakologi. Tenaga kesehatan khususnya perawat yang memberikan asuhan keperawatan pada pasien apendisitis diharapkan memberikan asuhan keperawatan pada pasien tidak selalu hanya beraspek farmakologi, tetapi juga non farmakologi seperti terapi pernapasan melalui aromaterapi dan pijat kaki pada pasien dan

keluarga. Hal tersebut dilakukan sebagai upaya saling mendukung dan kombinasi penatalaksanaan antara kegiatan mandiri perawat dan advis pengobatan medis, sehingga pengetahuan, penatalaksanaan, kepatuhan pasien dan keluarga tentang manajemen nyeri.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) dengan judul Analisa Penurunan Skala Nyeri Terhadap Klien Apendisitis Dengan Inovasi Aroma Terapi dan Pijat Kaki di RSUD Abepura Tahun 2021, penulis memperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada analisa praktik klinik keperawatan pada kasus pasien apendisitis di Ruang Bedah RSUD Abepura tanggal 17- 20 maret tahun 2021.
2. Yang dilakukan oleh penulis didapatkan data subyektif dan obyektif yang mengarah pada masalah keperawatan yaitu nyeri akut, gangguan istirahat tidur, kurang pengetahuan tentang penyakit, dan ansietas (cemas).
3. Dari keempat masalah keperawatan yang ditemukan, dalam 1 kasus diatas memiliki prioritas masalah yang sama. Persamaan masalah keperawatan pada kasus diatas adalah nyeri.

Berdasarkan hasil analisis terhadap kasus pasien yang mengalami nyeri akut terjadi penurunan skala nyeri sebanyak 1 (satu) interval. Teknik terapi ini sangat baik bagi kesehatan, teknik terapi ini merupakan terapi komplementer inovasi yang akhir-akhir ini diterapkan dan dapat bermanfaat untuk menurunkan skala nyeri.

B. Saran

Dalam analisis ini penulis ingin memberikan beberapa saran yang kiranya dapat bermanfaat dalam pelayanan keperawatan khususnya kegawatdaruratan umum system pencernaan pada kasus nyeri sebagai berikut :

1. Bidang keperawatan

Bidang keperawatan hendaknya dapat menjadi pioner program adanya terapi modalitas dengan memberikan banyak refrensi pelatihan terkait hal ini

2. Bidang komite keperawatan

Komite keperawatan hendaknya dapat membuat sebuah satuan standar operasional prosedur terapi modalitas salah satunya aromaterapi dan pijat kaki.

3. Diklit

Bidang diklit hendaknya memberikan kesempatan kepada perawat untuk dapat melakukan banyak penelitian tentang terapi modalitas dan membuat kumpulan SOP terkait hal ini.

4. Perawat

Perawat hari ini hendaknya inovatif dengan meningkatkan kapasitas dirinya dengan berinovasi pada terapi modalitas dan tidak terpaku pada tindakan advis medis saja. Khususnya aromaterapi dan pijat kaki

DAFTAR PUSTAKA

- apriliana, M. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Laparotomi Eksplorasi Apendisitis Akut Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Melati 4 RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya*.
- Aqmarina, S., & Satria, A. P. (2017). *Analisis Penurunan Skala Nyeri Terhadap Klien Apendisitis dengan Inovasi Intervensi Aromaterapi dan Pijat Kaki di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2017*.
- Dermawan, D. (2012). *Proses keperawatan: Penerapan konsep & kerangka kerja*.
- Febrianti, S. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kanker Serviks: Terintegrasi Dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) PPNI: Deepublish*.
- Merizkh, S. (2019). *Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri Akut) Pada Pasien Pasca Operasi Apendisitis Di Ruang Kutilang RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Poltekkes Tanjungkarang*.
- Merizkha, S. (2019). *Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman (Nyeri Akut) Pada Pasien Pasca Operasi Apendisitis Di Ruang Kutilang RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Poltekkes Tanjungkarang*.
- Nanda NIC, N. J. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Nanda NIC, NOC Jilid 1*.
- Nurlina, I. E., Sulistyowati, A., Putra, K. W. R., & Annisa, F. (2019). *ASUHAN Keperawatan Pada Sdr. S Dengan Diagnosa Medis Post Operasi Apendektomi Di Ruang Dahlia Rs Brawijaya Tk Iii Surabaya. Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo*.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (Persatuan Perawatan Nasional Indonesia). Jakarta: PPNI*.
- Rahayu, S., Loviana, K., & Emelia, R. (2021). *Gambaran Penggunaan Obat Pada Pasien Appendicitis Terhadap Kesehatan Usus di Rumah Sakit Annisa Cikarang. Cerdika: Jurnal Ilmiah Indonesia, 1(9), 1240-1246*.
- Safira, N. (2019). *Konsep Diagnosa Keperawatan*.
- Sari, N. K. (2020). *Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Op Apendektomi Di Ruang Mawar Rsi Nashrul Ummah Lamongan. Universitas Airlangga*.
- Triyani, I. (2020). *Studi Literatur: Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Post Operasi Apendektomi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri. Universitas Muhammadiyah Ponorogo*.

TriyaniI, I. (2020). *Studi Literatur: Pemberian Teknik Relaksasi Genggam Jari Pada Pasien Post Operasi Apendiktomi Dengan Masalah Keperawatan Nyeri*. Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

Lampiran 1. Dokumentasi Bimbingan

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN KIAN



NAMA : RISMAWATI BADIU
 NIM : 20.71.20.9.20.046
 JUDUL KIAN : ANALISIS PEMERIKSAAN SKALA NYERI TERHADAP ALIEN ADEMISTITIS
 DENGAN INOVASI INTERVENSI AROMA TERAPI DAN PIGLET KAKI
 DEPUANG BEDAH RSUD ASEPURA TAHUN 2024
 PEMBIMBING I : BLESTINA MAYORITA, S. Kop, Nc, M. Si, M. Sn
 PEMBIMBING II :

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
 PROGRAM STUDI PROFESI NERS
 JURUSAN KEPERAWATAN
 TAHUN 2022

NO	TANGGAL	KONSULTASI	HASIL	TTD
1.	14-07-2021	Konsultasi judul	sec judul, sya kmt bab I latar belakang	
2	15-07-2021	Konsultasi Bab I	Perbaiki Bab I, long- kapi literatur: Data penelitian terdahulu ke & data khusus sya & RS lokal	
3	16-07-2021	Bab I & bab II	Bab I perbaiki tujuan penelitian Bab II lengkapi teori Asuhan keperawatan	

4	19-07-2024	Bab I Bab II Bab III	Acc Bab I lengkapi Askep berdasarkan SS lengkapi kasus lakukan pengkaji secara lengkap tentukan diagnosis ke berdasarkan data: yg didapatkan, sistem rencana intervensi	Thuy
5	20-07-2024	Bab II Bab III	Acc lanjutan catat perkembangan berdasarkan masa ini keperawatan yang ada	Thuy

6	22-07-2024	Bab IV Bab IV.	Acc Bab III - lengkapi Analisis & Pembahasan - Cari literatur yg tertentu - Pembahasan sesuai dengan tujuan Penulis - lanjutkan pembuat Bab V	Thuy
7	22-07-2024	Bab V	Acc Kisi Prinsip untuk Evaluasi	Thuy