

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Appendiksitis merupakan peradangan dari apendik periformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering (Dermawan dan Rahayuningsih, 2010). Appendiksitis merupakan salah satu infeksi pada sistem pencernaan yang sering dialami oleh masyarakat. Penyakit ini dapat terjadi pada semua umur tetapi umumnya terjadi pada dewasa dan remaja muda, yaitu pada umur 10-30 tahunan insiden tertinggi pada kelompok umur 20-30 tahun. Insiden pada laki-laki umumnya lebih banyak dari perempuan terutama pada umur 20-30 tahun (Bhangu dkk, 2017). Penatalaksanaan yang dilakukan untuk mengatasi kondisi appendiksitis adalah dengan prosedur pembedahan. Setelah dilakukan tindakan pembedahan menimbulkan rasa nyeri. Berdasarkan analisa data diagnosa keperawatan ,, yang diambil adalah nyeri akut.

Penelitian menunjukkan 7% penduduk di negara barat menderita appendiksitis dan terdapat lebih dari 200.000 apendektomi dilakukan di Amerika Serikat setiap tahunnya. Selain itu, dilaporkan bahwa angka morbiditas penyakit appendiksitis di Amerika Serikat pertahunnya mencapai \pm 250.000 kasus dan angka mortalitas mencapai 426 kematian/tahun (WHO, 2017; Doenges et al, 2019). Kasus appendiksitis post op pada tahun 2018 mayoritas berumur 40 – 60 tahun, dengan dominan berjenis kelamin laki laki (Rahmadi indra, 2018) . 601 orang dan pada tahun 2018 menempati urutan ke 4 terbanyak di Indonesia dengan jumlah pasien rawat

inap sebanyak 28.040 (Depkes RI, 2018) . Dinkes Jawa Timur menyebutkan pada tahun 2017 jumlah kasus appendiksitis di Jawa Timur sebanyak 5.980 penderita dan 177 penderita diantaranya menyebabkan kematian (Nurlina et al.,2019). Penderita diantaranya menyebabkan kematian (Dinas kesehatan , 2017)

.Pasien Appendiksitis dengan indikasi operasi di RSUD Blambangan pada tahun 2020 sebanyak 68 kasus ,berdasarkan hasil studi pendahuluan di Ruang Bedah Kecelakaan (RBK) RSUD Blambangan didapatkan penderita appendiksitis pada bulan Januari sampai September tahun 2021 sebanyak 58 penderita (Ruang Bedah Kecelakaan RSUD Blambangan , 2021). Pasien Post Operasi Appendiksitis yang mengalami nyeri akut sebanyak 5 dari 7 responden pada bulan September 2021.

Keluhan appendiksitis biasanya bermula dari nyeri di daerah umbilikus atau periumbilikus yang disertai dengan muntah. Dalam 2-12 jam nyeri akut akan beralih ke kuadran kanan bawah, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan. Appendiksitis akut dapat terjadi karena pola makan yang buruk seperti kebiasaan makan makanan rendah serat yang berakibat terjadinya konstipasi. Menurut penelitian palu 2015 memaparkan bahwa resiko seseorang yang mempunyai pola makan buruk untuk menderita penyakit appendiksitis lebih besar dibandingkan seseorang yang mempunyai pola makan baik. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang akan menimbulkan obstruksi dan peningkatan pertumbuhan flora normal kolon. Hal ini akan mempermudah timbulnya appendiksitis akut. Nyeri akut lepasan spasme biasanya juga muncul (Mansjoer, 2011).

Prosedur untuk penatalaksanaan appendiksitis dilakukan dengan cara

proses pembedahan. Setelah dilakukan proses pembedahan mengakibatkan kerusakan diskontinuitas jaringan sehingga menimbulkan nyeri akut.

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Gejala dan tanda mayor (Subjektif) Mengeluh nyeri , (Objektif) Tampak meringis ,bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur. Gejala dan tanda Minor (Subjektif) tidak tersedia , (Objektif) tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. (SDKI. 2017).

Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, mengkaji kultur yang mempengaruhi nyeri, melakukan evaluasi pengalaman dan ketidakefektifan penanganan nyeri pada masa lalu, kontrol lingkungan dan kurangi faktor presipitasi nyeri, tingkatkan istirahat, ajarkan pasien tentang teknik non farmakologi melalui fisioterapi seperti terapi fisik (dingin, panas), akupunktur dan psikoterapi melalui terapi musik, hipnosis, terapi kognitif, relaksasi, distraksi, serta melakukan evaluasi keefektifan kontrol nyeri dan penerimaan pasien tentang manajemen nyeri akut.

Peran seorang perawat adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan atau care provider. Peran ini dilaksanakan secara komprehensif atau menyeluruh. Salah satu tindakan dalam pemberian asuhan keperawatan adalah dengan membantu meredakan nyeri dengan

memberikan intervensi pereda nyeri. Penanganan nyeri pasca pembedahan yang efektif harus mengetahui patofisiologi dan pathway dari nyeri sehingga penanganan nyeri dapat dilaksanakan dengan menggunakan manajemen nyeri yang dapat dilakukan dengan melakukan observasi secara menyeluruh terhadap intensitas nyeri pasien post operasi appendiksitis. Selain itu perawat dapat melakukan kolaborasi dengan dokter dalam melakukan manajemen farmakologi yang dapat dilakukan dengan pemberian obat- obatan analgesia. Obat-obat analgesia dalam intervensi penanganan nyeri terbagi menjadi 2 jenis yakni analgetik opioid seperti fentanyl, morfin dan pethidine serta analgetik non-opiod seperti ketorolac, ibuprofen, dll.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik mengadakan penelitian dengan judul Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Pasien Post Operasi Appendiksitis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut Di RSUD Blambangan Banyuwangi.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada karya tulis ilmiah ini dibatasi pada asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiksitis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Blambangan Banyuwangi.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiksitis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Blambangan Banyuwangi 2022

1.4 Tujuan

1.4.1. Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiksitis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Blambangan Banyuwangi

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiksitis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan post operasi appendiksitis dengan nyeri akut di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.

3. Menyusun perencanaan keperawatan post operasi appendiksitis dengan nyeri akut di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan tindakan dpost operasi appendiksitis dengan nyeri akut di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun2022.
5. Melakukan evaluasi keperawatan post operasi nyeri akut dengan gangguan rasa nyaman di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.



1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Studi kasus di harapkan dapat memberikan informasi tentang pada asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiksitis dengan masalah keperawatan nyeri akut RSUD Blambangan Banyuwangi sehingga bisa di kembangkan dan dijadikan dasar dalam ilmu keperawatan

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Studi kasus ini di harapkan dapat memberikan masukan bagi tenaga kesehatan dalam rangka upaya meningkatkan pemeberian pada asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiksitis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD blambangan banyuwangi.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai referensi untuk meningkatkan mutu dan kualitas proses belajar mengenai pada asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiksitis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Blambangan Banyuwangi.

3. Bagi Klien

Studi kasus di harapkan klien mendapatkan asuhan keperawatan medikal bedah dengan masalah nyeri akut dapat menambah pengetahuan klien dalam pemahaman tentang post operasi dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Blambangan Banyuwangi.

4. Bagi Peneliti

Bagi Peneliti Setelah menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah diharapkan kami sebagai mahasiswa dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan mengenai post operasi pada asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiksitis dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Blambangan agar terciptanya kesehatan masyarakat yang lebih baik lagi.



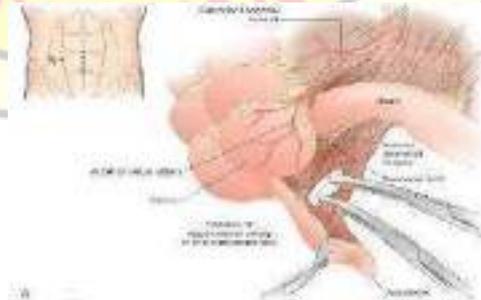
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1. Anatomi Appendiksitis

Umbai cacing atau apendiks adalah organ tambahan pada usus buntu. Secara anatomi apendiks merupakan tabung berujung buntu dengan diameter kurang lebih sebesar pensil dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar di bagian distal. Namun demikian, pada bayi apendiks berbentuk kerucut, lebar pada pangkalnya dan menyempit ke arah ujungnya. Dinding apendiks berisi jaringan limfatik yang merupakan bagian dari sistem kekebalan tubuh untuk membuat antibodi. Pada orang dewasa, apendiks rata-rata berukuran 10 cm tetapi juga dapat bervariasi dari 2 sampai 20 cm. Walaupun lokasi apendiks selalu tetap, lokasi ujung apendiks bisa berbeda-beda, mungkin berada di retrocaecal atau di pinggang (pelvis), namun yang jelas tetap terletak di peritoneum.



Gambar 2.1 anatomi apendiks

2.1.2. Definisi

Appendiksitis adalah radang pada usus buntu dalam bahasa latinnya apendiks vermiformis, yaitu suatu organ yang berbentuk kerucut memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah. (Handaya, 2017)

Post operasi appendiksitis merupakan tahapan setelah proses pembedahan area abdomen dilakukan (Potter and Perry 2005 dalam RA Elma 201). Appendiksitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (caecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya. (Wim de Jong et al, 2010). Peradangan appendiksitis yang mengenai semua lapisan dinding organ, dimana patogenesis utamanya diduga karena obstruksi pada lumen yang disebabkan oleh fekalit (feses keras yang terutama disebabkan oleh serat) (Wim de Jong et al, 2010).

Usus buntu atau apendiks merupakan bagian usus yang terletak dalam pencernaan. Untuk fungsinya secara ilmiah belum diketahui secara pasti, namun usus buntu ini terkadang banyak sekali sel-sel yang berfungsi untuk mempertahankan atau imunitas tubuh. Dan bila bagian usus ini mengalami infeksi akan sangat terasa sakit yang luar biasa bagi penderitanya

(Saydam Gozali, 2011).

2.1.3. Etiologi

Appendiksitis akut merupakan infeksi bakteri yang disebabkan oleh obstruksi pada lumen apendiks. Berbagai hal dapat memicu obstruksi ini antara lain hiperplasia jaringan limfoid, fekalit, tumor apendiks maupun bolus askaris.

Appendiksitis akut dapat terjadi karena pola makan yang buruk seperti kebiasaan makan makanan rendah serat yang berakibat terjadinya konstipasi. Pada penelitian yang dilakukan di Palu pada tahun 2015 memaparkan bahwa resiko seseorang yang mempunyai pola makan buruk untuk menderita penyakit appendiksitis lebih besar dibandingkan seseorang yang mempunyai pola makan baik. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang akan menimbulkan obstruksi dan peningkatan pertumbuhan flora normal kolon. Hal ini akan mempermudah timbulnya appendiksitis akut.

2.1.4. Manifestasi Klinis

Appendiksitis akut sering tampil dengan gejala khas yang di dasari dengan radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal. Gejala klasik appendiksitis adalah:

1. Nyeri visceral epigastrium.
2. Nafsu makan menurun.
3. Dalam beberapa jam nyeri pindah ke kanan bawah ke titik *Mc*

Burney.

4. Kadang tidak terjadi nyeri tapi konstipasi.
5. Pada anak biasanya rewel, nafsu makan turun karena focus pada nyerinya, muntah-muntah, lemah, latergik, pada bayi 80-90% appendiksitis terjadi perforasi (Tsamsuhidajat & Wong de jong, 2010).

Manifestasi klinis lainnya adalah:

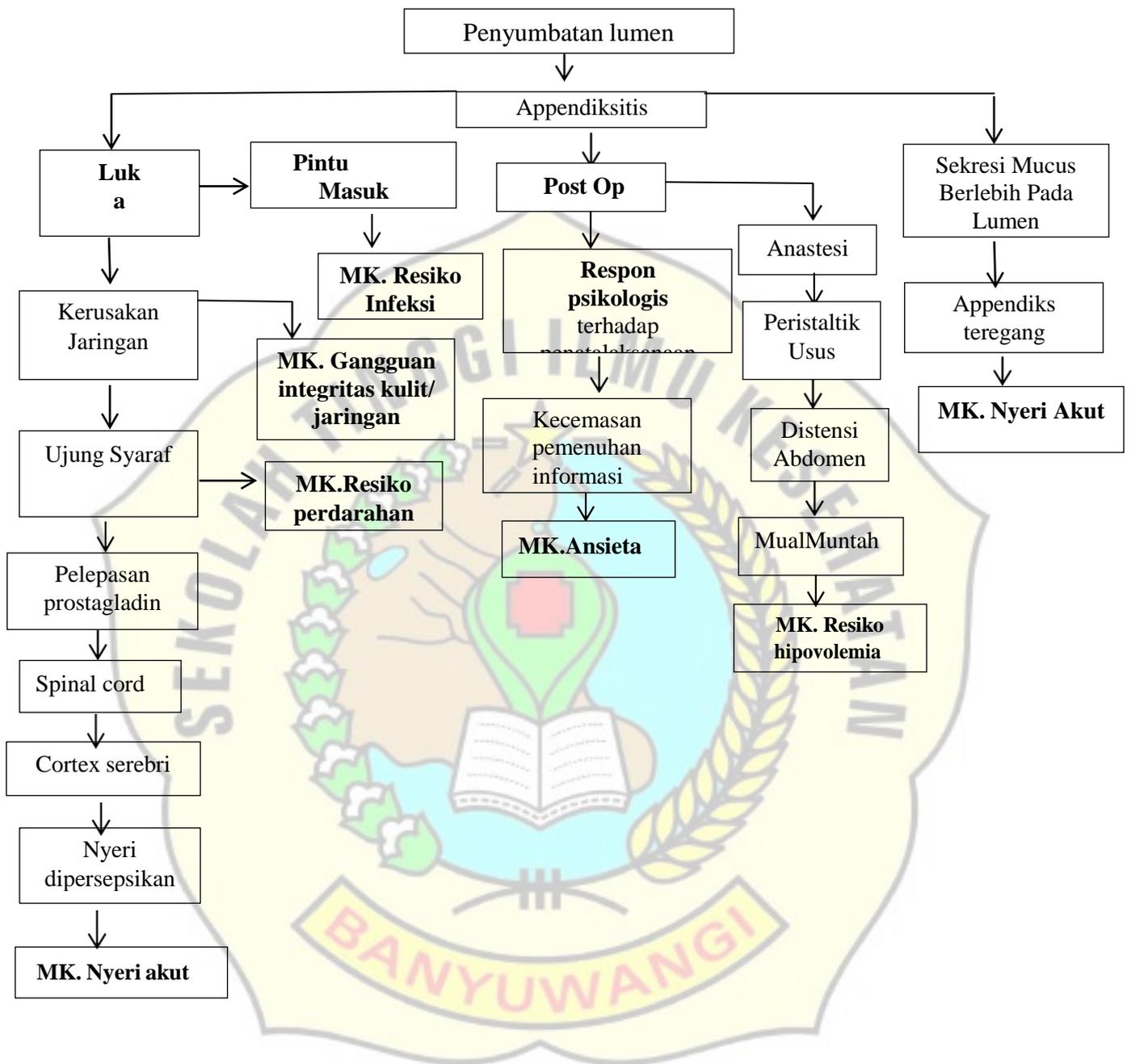
1. Nyeri dikuadran kanan bawah disertai dengan demam ringan, dan
 2. terkadang muntah kehilangan nafsu makan kerap dijumpai konstipasi
 3. dapat terjadi.
 4. Pada titik Mc Burney (terletak diantara pertengahan umbilicus dan
 5. spina anterior ileum), terasa nyeri tekan local dan kekakuan otot
 6. bagian bawah rektus kanan.
 7. Nyeri pantul dapat dijumpai lokasi apendiks menentukan kekuatan
 8. nyeri tekan, spasme otot dan adanya diare atau konstipasi.
 9. Jika apendiks pecah, nyeri lebih menyebar abdomen menjadi lebih
 10. Terdistensi akibat ileus paralitik dan kondisi memburuk.
- (Brunner & Suddarth, 2014).

Jadi berdasarkan referensi diatas, manifestasi yang sering muncul pada kasus appendisitis adalah nyeri namun kadang bisa juga tanpa nyeri namun terjadinya konstipasi. Pada anak-anak biasanya ditemukan data yaitu nafsu makan menurun, terjadinya penurunan kesadaran hingga terjadinya perforasi.

2.1.5. Patofisiologi

Appendiksitis adalah peradangan apendiks yang mengenai semua lapisan dinding organ. Penyebab utamanya diduga karena adanya obstruksi lumen yang biasanya disebabkan oleh fekalit. Penyumbatan pengeluaran sekret mukus mengakibatkan terjadinya pembengkakan, infeksi dan ulserasi. Peningkatan tekanan intraluminal dapat menyebabkan terjadinya oklusi arteria terminalis (*end-artery*) apendikularis. Bila keadaan ini terus berlangsung dapat mengakibatkan nekrosis, gangren dan perforasi. Adanya pembengkakan pada apendiks akan menyebabkan perangsangan serabut saraf viseral dan dipersepsikan sebagai nyeri di daerah periumbilical dan juga dapat menyebabkan mual dan muntah beberapa jam setelah nyeri. Obstruksi pada apendiks akan memudahkan invasi bakteri pada lumen. Hal ini akan menyebabkan demam dan leukositosis. Saat invasi bakteri pada lumen telah berhubungan dengan peritoneum parietal, serabut saraf somatik akan teraktivasi dan nyeri akan dirasakan lokal pada lokasi apendiks, khususnya di titik *McBurney*.

2.1.6. WOC APPENDIKSITIS POST OPERASI



2.1.7. Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi apabila terjadi keterlambatan penanganan. Faktor keterlambatan dapat terjadi dari pasien ataupun tenaga medis. Faktor penderita dapat berasal dari pengetahuan dan biaya. Faktor tenaga medis dapat berupa kesalahan dalam mendiagnosa, keterlambatan menangani masalah dan keterlambatan dalam merujuk ke rumah sakit dan penanggulangan. Hal ini dapat memacu meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas. Proporsi yang sering adalah terjadi pada anak kecil dan orang tua.

Komplikasi 93% lebih sering terjadi pada anak kecil dibawah usia 2 tahun dan 40-75% terjadi pada orang tua. Pada anak-anak dinding apendiks masih sangat tipis, omentum lebih pendek, dan belum berkembang secara sempurna sehingga mudah terjadi appendisitis. Sedangkan pada orang tua, terjadi gangguan pada pembuluh darah. Adapun jenis komplikasi diantaranya:

1. Abses

Abses merupakan peradangan appendiksitis yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi bila Appendiksitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum

2. Perforasi

Perforasi adalah pecahnya appendix yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,50C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositosis terutama polymorphonuclear (PMN). Perforasi, baik berupa perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan peritonitis.

3. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritoneum, merupakan komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oligouria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis. (Mansjoer, 2009)

Komplikasi menurut (Brunner&Suddarth, 2014):

- 1) Komplikasi utama adalah perforasi appendiksitis yang dapat menyebabkan peritonitis pembentukan abses (tertampungnya materi purulen), atau flebitis portal.
- 2) Perforasi biasanya terjadi setelah 24 jam setelah awitan nyeri. Gejala yang muncul antara lain: Demam 37,7°C, nyeri tekan atau nyeri abdomen.

Berdasarkan penjelasan diatas, hal yang bisa mengakibatkan keparahan/komplikasi penyakit appendisitis dikarenakan dua hal yaitu faktor ketidaktahuan masyarakat dan keterlambatan tenaga medis dalam menentukan tindakan sehingga dapat menyebabkan abses, perforasi dan peritonitis.

2.1.8. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Fisik

- 1) Inspeksi: Akan tampak adanya tanda pembengkakan (swelling), rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).
- 2) Palpasi: Dibagian perut kanan bawah akan terasa nyeri (BlumbengSign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendsitis akut.
- 3) Dengan tindakan tungkai dan paha kanan ditebuk kuat / tungkai di angkat tingi-tinggi, maka rasa nyeri akan semakin parah (Psoas Sign).

- 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin parah apabila pemeriksaan dubur dan vagina terasa nyeri.
- 5) Suhu dubur atau rectal yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

2. Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih hingga sekitar 10.000-18.000/mm³. jika terjadi peningkatan lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks telah mengalami perforasi (pecah).

3. Pemeriksaan Radiologi

- 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu).
- 2) Ultrasonografi USG
- 3) CT-Scan.

Berdasarkan referensi diatas, yang menjadi kunci tata laksana penentuan diagnosa appendisitis yaitu dengan dilakukan pemeriksaan

fisik yaitu salah satunya dengan palpasi bagian perut bagian kanan bawah akan terjadi blumbeng sign, lalu dengan memeriksa laboratorium dengan melihat peningkatan leukosit dan pemeriksaan

USG.

2.1.9. Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan Medis

- 1) Pembedahan (konvensional atau laparaskopi) apabila diagnose appendisitis telah ditegakan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi risiko perforasi.
- 2) Berikan obat antibiotik dan cairan IV sampai tindakan pembedahan dilakukan.
- 3) Agen analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakan.
- 4) Operasi (apendiktomi), bila diagnosa telah ditegakan yang harus dilakukan adalah operasi membuang apendiks (apendiktomi). Penundaan apendiktomi dengan cara pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses apendiks dilakukan drainage. (Brunner & Suddarth, 2014).

2. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri, mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutris yang optimal.
- 2) Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur Intra Vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastrik (bila terbukti ada ileus

paralitik), jangan berikan laksatif.

- 3) Setelah operasi, tindakan pembedahan me ngakibatkan kerusakan diskoniutas jaringan sehingga menimbulkan rasa nyeri. Tindakan yang dilaukan yaitu posisikan pasien fowler tinggi, berikan analgetik narkotik sesuai program, berikan cairan oral apabila dapat ditoleransi.
- 4) Jika drain terpasang di area insisi, pantau secara ketat adanya tandatanda obstruksi usus halus, hemoragi sekunder atau abses sekunder (Brunner & Suddarth, 2014).

3. Penatalaksaaan Keperawatan

Tatalaksana appendisitis pada kebanyakan kasus adalah apendiktomi. Keterlambatan dalam tatalaksana dapat meningkatkan kejadian perforasi. Teknik laparoscopi sudah terbukti menghasilkan nyeri pasca bedah yang lebih sedikit, pemulihan yang lebih cepat dan angka kejadian infeksi luka yang lebih rendah. Akan tetapi terdapat peningkatan kejadian abses intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. Laparoscopi itu dikerjakan untuk diagnosa dan terapi pada pasien dengan akut abdomen, terutama pada wanita. (Rahayuningsih dan Dermawan, 2010).

Jadi berdasarkan pembahasan diatas, tindakan yang dapat dilakukan terbagi dua yaitu tindakan medis yang mengacu pada tindakan pembedahan/apendictomy dan pemberian analgetik, dan tindakan keperawatan yang

mengacu pada pemenuhan kebutuhan klien sesuai dengan kebutuhan klien untuk menunjang proses pemulihan.

2.2 Konsep Masalah Keperawatan Nyeri Akut

2.2.1. Definisi

Menurut SDKI (2019), Nyeri Akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.

2.2.2. Batasan karakteristik

Menurut SDKI (2017), berbagai kondisi dapat menyebabkan nyeri akut :

- 1) Agen pencedera fisiologis
- 2) Agen pencedera kimiawi
- 3) Agen pencedera fisik

2.2.3. Gejala dan tanda mayor

a. Subjektif

Mengeluh nyeri

b. Objektif

1. Tampak meringis

2. Bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur.

2.2.4. **Gejala dan tanda minor**

- a. Subjektif (*tidak tersedia*)
- b. Objektif
 1. Tekanan darah meningkat
 2. Pola nafas berubah
 3. Nafsu makan berubah
 4. Proses berfikir terganggu
 5. Menarik diri
 6. Berfokus pada diri sendiri
 7. Diaforesis

2.2.5. **kondisi klinis terkait**

1. kondisi pembedahan
2. cedera traumatis
3. infeksi
4. sindrom koronerakut
5. glaukoma

2.2.6. **Standar Intervensi Keperawatan Indonesia**

Observasi

1. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

1. lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respon nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Edukasi

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

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan appendiksitis

2.3.1. Pengkajian

Data yang diperoleh haruslah mampu menggambarkan status kesehatan klien ataupun masalah utama yang dialami oleh klien. Dalam melakukan pengkajian, diperlukan teknik khusus dari seorang perawat, terutama dalam menggali data, yaitu dengan menggunakan komunikasi yang efektif dan teknik terapeutik. (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Pengkajian fokus pada klien post operasi appendiktomi menurut Bararah dan Jauhar (2013) antara lain:

1. Identitas

Identitas klien post operasi appendiksitis yang menjadi pengkajian dasar meliputi: nama, umur, jenis kelamin, no rekam medis. Menurut Awaluddin 2020, untuk mengetahui faktor resiko pada appendisitits meliputi yang utama adalah pola makan (jenis, frekuensi dan waktu). Mayoritas dengan kasus appendiksitis adalah pada laki-laki dengan presentase 73.5% dan untuk usia bisa terjadi pada anak-anak jenjang SD (Vega M, 2020)

2. Keluhan utama

Menurut (H Erwin 2019) pasien dengan appendiksitis memiliki keluhan nyeri terasa pada abdomen kuadran bawah dan biasanya disertai oleh demam ringan mual muntah dan hilangnya nafsu makan. Sedangkan keluhan utama saat dikaji atau post operasi appendiksitis mempunyai keluhan utama nyeri yang disebabkan insisi abdomen (Asy-syifa, 2017).

3. Riwayat kesehatan

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat Penyakit Sekarang ditemukan saat pengkajian yaitu diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian. Keluhan sekarang dikaji dengan menggunakan PQRST (Provokatif, Quality, Region, Severitys cale and

Time). Klien yang telah menjalani operasi appendiksitis pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan atau ditekan dan umumnya berkurang setelah diberi obat dan diistirahatkan. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri lebih dari lima (0-10). Nyeri akan terlokalisasi di daerah operasi dapat pula menyebar diseluruh abdomen dan paha kanan dan umumnya menetap sepanjang hari. Nyeri mungkin dapat mengganggu aktivitas seperti rentang toleransi klien masing - masing.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Berisi pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh kepada penyakit appendiksitis yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

3) Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien menderita penyakit appendiksitis, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

4. Riwayat psikologis

Secara umum klien dengan post appendiksitis tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi psikologis.

Namun demikian tetap perlu dilakukan mengenai kelima konsep diri klien (citra tubuh, identitas diri, fungsi peran, ideal diri dan harga diri).

5. Riwayat Sosial

Klien dengan post operasi appendiksitis tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosial dengan orang lain, akan tetapi harus dibandingkan hubungan sosial klien antara sebelum dan sesudah menjalani operasi.

6. Riwayat Spiritual

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

7. Kebiasaan sehari-hari

Klien yang menjalani operasi pengangkatan appendiksitis pada umumnya mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri yang akut dan kelemahan. Klien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri. Klien akan mengalami pembatasan masukan oral sampai fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Kemungkinan klien akan mengalami mual muntah dan konstipasi pada periode awal post operasi

karena pengaruh anastesi. Intake oral dapat mulai diberikan setelah fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Klien juga dapat mengalami penurunan haluaran urin karena adanya pembatasan masukan oral. Pola istirahat klien dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakan.

8. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Klien post appendiksitis mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung periode akut rasa nyeri. Tanda vital (tensi darah, suhu tubuh, respirasi, nadi) umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidak stabilan pada klien yang mengalami perforasi appendiksitis.

2) Pemeriksaan Fisik

Inspeksi: pada umumnya, pemeriksaan head to toe akan tampak normal tetapi tidak bagian perut (Asy-syifa, 2017). Tampak adanya tanda pembengkakan (swelling), rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi) (Asy-syifa, 2017).

Palpasi: Dibagian perut kanan bawah akan terasa

nyeri (Blumbeng Sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis appendiksitis akut.

Dengan tindakan tungkai dan paha kanan diteguk kuat / tungkai di angkat tingi-tinggi, maka rasa nyeri akan semakin parah (Psoas Sign).

. Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin parah apabila pemeriksaan dubur dan vagina terasa nyeri.

. Suhu dubur atau rectal yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

3) Sistem Pernafasan

Inspeksi : umumnya mulai dari retraksi dada, kembang kempisnya perut akan terlihat sedikit cepat dikarenakan terjadinya asam lambung yang menyebabkan muntah dan sesak napas (Nadia Fuadah, 2019).

Palpasi : nyeri tekan pada area thorax, vocal fremitus dan kesimetrisan dinding dada.

Perkusi : batas jantung maupun batas paru. Suara paru yang didapat normal atau resonan/ sonor, redup, atau kurang resonan (Rizal Fadli, 2020)

Auskultasi : Klien post appendiktomi akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi

nafas (takipneu) serta pernafasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

4) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi : umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stress dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring).

Pengisian kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva dan adanya sianosis.

Palpasi : pada umumnya pemeriksaan iktus cordis, pemeriksaan getaran/thrill, pemeriksaan gerakan trachea.

Perkusi : dilakukan batas bawah kanan jantung adalah sekitar ruang intercostal III-IV kanan, sedangkan batas atasnya diruang intercostal II kanan.

Auskultasi : bunyi jantung atau mur mur dan perhatikan derajat intensitas bising tersebut.

5) Sistem Pencernaan

Inspeksi : pada jahitan post operasi dan feses pada pasien, tampak meringis karenan adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah.

Palpasi : tampak meringis karenan adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpasi.

Perkusi : biasanya terjadi hipertympani atau kembung

karena terjadi asam lambung setelah maupun sebelum operasi.

Auskultasi pada klien post appendiksitis yang biasanya konstipasi pada awal post operasi dan penurunan bising usus dan juga klien mengeluh mual muntah. Akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi.

6) Sistem Perkemihan

Inspeksi : awal post operasi klien akan mengalami penurunan jumlah output urin, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post appendiktomi. Output urin akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

Palpasi : adakah benjolan.

Perkusi : biasanya tidak terjadi nyeri tekan

7) Sistem Muskuloskeletal

Inspeksi : aecara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan kekakuan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

Palpasi : palpasi area pinggul, abduksi pada pinggul, bursa ikstial, superfisial.

8) Sistem Integumen

Inspeksi : selanjutnya akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik

seiring dengan peningkatan intake oral. Selain itu perhatikan warna kulit tekstur kulit.

Palpasi : pada umumnya, pemeriksaan head to toe tidak ada lesi kecuali bagian abdomen karena dilakukan insisi jaringan.

9) Sistem Persarafan

Inspeksi : pengkajian fungsi persarafan meliputi: tingkat kesadaran, saraf kranial dan reflek.

Palpasi : adakah benjolan area kepala

Perkusi : adakah nyeri tekan

10) Sistem Pendengaran

Inspeksi : pengkajian yang dilakukan meliputi: bentuk dan kesimetrisan telinga, ada tidaknya peradangan dan fungsi pendengaran.

Palpasi : adakah benjolan yang mengakibatkan telinga tidak simetris.

Perkusi : tes bisik yang dilakukan untuk skrining adanya gangguan pendengaran.

11) Sistem Endokrin

Inspeksi : klien post appendektomi tidak mengalami kelainan fungsi endokrin. Akan tetapi tetap perlu dikaji keadekuatan fungsi endokrin (tiroid dan lain-lain).

Palpasi : adakah benjolan pada daerah leher.

Perkusi : adakah nyeri tekan

12) Data Psikologis

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

- a. Citra Tubuh Sikap ini mencakup persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.
- b. Ideal diri Persepsi klien terhadap tubuh, posisi, status, tugas, peran, lingkungan dan terhadap penyakitnya.
- c. Harga diri Penilaian / penghargaan orang lain, hubungan klien dengan orang lain.
- d. Identitas diri Status dan posisi klien sebelum dirawat dan kepuasan klien terhadap status dan posisinya.
- e. Peran Seperangkat perilaku/tugas yang dilakukan dalam keluarga dan kemampuan klien dalam melaksanakan tugas pengkajian dari data psikologis pada pasien post operasi appendiksitis biasanya memiliki kekhawatiran pada proses penyembuhan luka dan terkadang cepat tersinggung atau cepat marah.

4) Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

(-) Di lihat dari kenaikan leukosit 10.000-18.000/mm³,

bila lebih maka sudah terjadi perforasi. Normalnya Tidak terjadinya peningkatan leukosit melebihi batas normal.

(-) Pemeriksaan laju endap darah (LED) meningkat pada keadaan appendiksitis infiltrate

b. Pemeriksaan USG

Normal: Tidak tampak ada peradangan pada bagian (Mc. Burney.)

c. Foto polos

Normal: Tidak tampak ada kelainan pada organ.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI (2017) diagnosa keperawatan yang muncul adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan tampak meringis.
2. Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
4. Resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan.
5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional ditandai dengan merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi.
6. Gangguan integritas kulit / jaringan berhubungan dengan faktormekanis

2.3.3. Intervensi Keperawatan

No.	TUJUAN	KRITERIA HASIL	INTERVENSI										
		SLKI	SIKI										
1.	KODE D.0077 Nyeri akut b/d agen pencedera fisik d/d tampak meringis	Tingkat Nyeri KODE L. 08006 Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri akan menurun. Kriteria Hasil : <table border="1" data-bbox="715 757 981 1021"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan nyeri</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Meringis</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Sikap protektif</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> Keterangan 1=Meningkat 2 = Cukup meningkat 3 = Sedang 4 = Cukup menurun 5 = menurun	Indikator	Nilai	Keluhan nyeri	5	Meringis	5	Sikap protektif	5	Gelisah	5	Manajemen Nyeri KODE I. 08238 Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, skala nyeri, respon nyeri, dan factor nyeri Tarapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur) • Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan. • Fasilitasi istirahat dan tidur. • Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. • Jelaskan strategi meredakan nyeri • Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.
Indikator	Nilai												
Keluhan nyeri	5												
Meringis	5												
Sikap protektif	5												
Gelisah	5												
2.	KODE D. 0034 Resiko hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara	Status Cairan KODE L. 03028 Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status cairan membaik	Manajemen Hipovolemia KODE I. 03116 Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. 										

	Aktif	<p>Kriteria Hasil :</p> <table border="1" data-bbox="719 286 983 551"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan nadi</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Output cairan</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1 = menurun 2 = cukup menurun 3 = sedang 4 = cukup meningkat 5 = meningkat</p> <table border="1" data-bbox="719 835 983 987"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Edema perifer</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan</p> <p>1=Meningkat 2 = Cukup meningkat 3 = Sedang 4 = Cukup menurun 5 = menurun</p> <table border="1" data-bbox="719 1272 983 1610"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frekuensi nadi</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan nadi</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Membran mukosa</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1= memburuk 2 = cukup memburuk 3 = sedang 4 = cukup membaik 5 = membaik</p>	Indikator	Nilai	Kekuatan nadi	5	Turgor kulit	5	Output cairan	5	Indikator	Nilai	Dispnea	5	Edema perifer	5	Indikator	Nilai	Frekuensi nadi	5	Tekanan darah	5	Tekanan nadi	5	Membran mukosa	5	<p>frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit,turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus dan lemah)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hitung kebutuhan cairan • Berikan posisi modified trendelenburg • Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral • Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. cairan NaCl, RL) • Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) • Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate) • Kolaborasi pemberian produk darah
Indikator	Nilai																										
Kekuatan nadi	5																										
Turgor kulit	5																										
Output cairan	5																										
Indikator	Nilai																										
Dispnea	5																										
Edema perifer	5																										
Indikator	Nilai																										
Frekuensi nadi	5																										
Tekanan darah	5																										
Tekanan nadi	5																										
Membran mukosa	5																										

3.	<p>KODE D. 0142 Resiko infeksi Berhubungan dengan efek prosedur invasif.</p>	<p>Tingkat infeksi KODE L. 14137 Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan infeksi tidak terjadi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <table border="1" data-bbox="719 528 987 719"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demam</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan 1=Meningkat 2 = Cukup meningkat 3 = Sedang 4 = Cukup menurun 5 = menurun</p> <table border="1" data-bbox="719 1003 987 1122"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1= memburuk 2 = cukup memburuk 3 = sedang 4 = cukup membaik 5 = membaik</p>	Indikator	Nilai	Demam	5	Kemerahan	5	Nyeri	5	Bengkak	5	Indikator	Nilai	Kadar sel darah putih	5	<p>Pencegahan Infeksi KODE I.</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> Siapkan materi, media tentang faktor- faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi Jelaskan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Informasikan hasil pemeriksaan laboratorium (mis. leukosit, WBC) Anjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi Anjurkan membatasi pengunjung Ajarkan cara merawat kulit pada area yang edema Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat Anjurkan kecukupan
Indikator	Nilai																
Demam	5																
Kemerahan	5																
Nyeri	5																
Bengkak	5																
Indikator	Nilai																
Kadar sel darah putih	5																

			<p>mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan latihan napas dalam dan batuk sesuai kebutuhan • Anjurkan mengelola antibiotik sesuai resep • Ajarkan cara mencuci tangan • Ajarkan etika batuk 												
4.	<p>KODE D. 0012 Resiko Perdarahan Berhubungan dengan tindakan pembedahan.</p>	<p>Tingkat perdarahan KODE L. 02017 Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kehilangan darah baik internal maupun eksternal tidak terjadi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kelembapan Mukosa</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kelembapan Kulit</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1 = menurun 2 = cukup menurun 3 = sedang 4 = cukup meningkat 5 = meningkat</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hemoglobin</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Hematokrit</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1 = memburuk 2 = cukup memburuk 3 = sedang 4 = cukup membaik 5 = membaik</p>	Indikator	Nilai	Kelembapan Mukosa	5	Kelembapan Kulit	5	Indikator	Nilai	Hemoglobin	5	Hematokrit	5	<p>Pencegahan Perdarahan KODE I.</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitor tanda dan gejala perdarahan ▪ Monitor nilai hematokrit/homoglobin sebelum dan setelah kehilangandarah ▪ Monitor tanda-tanda vitalortostatik ▪ Monitor koagulasi (mis. Prothombin time (TM), partial thromboplastin time (PTT), fibrinogen, degradasi fibrin danatau platelet) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertahankan bed rest selamaperdarahan ▪ Batasi tindakan invasif, jikaperlu ▪ Gunakan kasur pencegah dikubitus ▪ Hindari
Indikator	Nilai														
Kelembapan Mukosa	5														
Kelembapan Kulit	5														
Indikator	Nilai														
Hemoglobin	5														
Hematokrit	5														

			<p>pengukuran suhu rektal</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jelaskan tanda dan gejala perdarahan ▪ Anjurkan menggunakan kaus kaki saat ambulasi ▪ Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi ▪ Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan ▪ Anjurkan meningkatkan asupanmakan dan vitamin K ▪ Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kolaborasi pemberian obat dan mengontrol perdarahan, jika perlu ▪ Kolaborasi pemberian prodok darah, jika perlu ▪ Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu 				
5.	<p>KODE D.0019 Ansietas b/d krisis situasional d/d merasa khawatir dengan akibat kondisi yang dihadapi.</p>	<p>Tingkat Ansietas KODE L. 09093 Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas membaik</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Nilai</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Nilai	Verbalisasi	5	<p>Reduksi Ansietas KODE I.09314 Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi saat tingkat ansietas berubah • Identifikasi mengambil keputusan. • Memonitor tanda-tanda ansietas <p>Tarapeutik</p>
Indikator	Nilai						
Verbalisasi	5						

6. KODE D.0129 Gangguan Integrias kulit/jaringan b/d faktor mekanis		kebingungan		<ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan suasana tarapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. • Temani pasien untuk mengurangi kecemasan. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan prosedur, terasuk sensasi yang mungkin dialami. • Berikan informasi secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis. <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian obat anti ansietas. <p>Perawatan Integritas Kulit KODE.11353</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring • Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif. • Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering. 			
		Verbalisasi Khawatir Akbat kondisi yang dihadapi	5				
		Perilaku gelisah	5				
		Perilaku tegang	5				
		<p>Keterangan</p> <p>1=Meningkat</p> <p>2 = Cukup meningkat</p> <p>3 = Sedang</p> <p>4 = Cukup menurun</p> <p>5 = menurun</p>					
		Indikator	Nilai				
		Konsentrasi tidur	5				
		Pola tidur	5				
		<p>Keterangan :</p> <p>1= memburuk</p> <p>2 = cukup memburuk</p> <p>3 = sedang</p> <p>4 = cukup membaik</p> <p>5 = membaik</p>					
		<p>Integritas Kulit dan Jaringan KODE L.14125</p> <p>Setelah dilakukan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <table border="1" data-bbox="703 1738 1007 1955"> <tr> <td>Elastisitas</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Hidrasi</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perfusi Jaringan</td> <td>5</td> </tr> </table>			Elastisitas	5	Hidrasi
Elastisitas	5						
Hidrasi	5						
Perfusi Jaringan	5						

Keterangan: 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	
Kerusakan Jaringan	5
Kerusakan lapisan kulit	5
Nyeri	5
Jaringan Parut	5
Keterangan : 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	
Sensasi	5
Tekstur	5
Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Menurut Ambarwati (2017) pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data baru. Faktor-faktor yang mempengaruhi

pelaksanaan keperawatan antara lain:

1. kemampuan intelektual, teknis, dan interpersonal
2. kemampuan menilai data baru
3. kreativitas dan inovasi dalam modifikasi rencana tindakan
4. penyesuaian selama berinteraksi dengan klien
5. kemampuan mengambil keputusan dalam memodifikasi pelaksanaan
6. kemampuan untuk menjamin kenyamanan dan keamanan serta efektifitas tindakan.

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan hasil yang diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan dan respon klien terhadap intervensi keperawatan kemudian membandingkan respon tersebut dengan standar. Standar ini sering disebut sebagai “*outcome criteria*” perawat menilai sejauh mana tujuan atau hasil keperawatan telah tercapai. Selanjutnya semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat didokumentasikan dalam format implementasi dan dievaluasi dengan menggunakan pendekatan SOAP (*subjective, objective, analyses, planning* (Mugianti,2016).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Menurut Sugiyono(2017) Desain penelitian adalah keseluruhan dan perencanaan menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Hal ini penting karena desain penelitian merupakan strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan peneliti dan sebagai alat untuk mengontrol variabel yang berpengaruh dalam penelitian . Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus, studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan (Kemenkes RI, 2019). Pada studi kasus ini judul yang diambil yaitu pasien dengan post op appendiksitis dengan masalah keperawatan nyeri akut.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah – istilah kunci yang menjadi fokus pada asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiksitis dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang penyakit dalam Agung Wilis RSUD Blambangan Banyuwangi.

1.1 Batasan Istilah Post Operasi Appendiksitis dengan kasus Nyeri Akut.

No.	VARIABEL
1.	Definisi dari post operasi appendix yaitu Post operasi appendiksitis merupakan tahapan setelah proses pembedahan area abdomen dilakukan.

2.	<p>Definisi dari Nyeri akut yaitu dapat didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan.</p> <p>Data mayor yang didapat menurut SDKI 2017 :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Subjektif<ol style="list-style-type: none">1. Mengeluh nyeri➤ Objektif<ol style="list-style-type: none">1. Tampak meringis2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)3. Gelisah4. Frekuensi nadi meningkat5. Sulit tidur <p>Data minor yang didapat menurut SDKI 2017 :</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Subjektif<p><i>Tidak tersedia</i></p>➤ Objektif<ol style="list-style-type: none">1. Tekanan darah meningkat2. Pola napas berubah3. Nafsu makan berubah4. Proses berpikir terganggu5. Menarik diri6. Berfokus pada diri sendiri7. Diaforesis
----	--

3.3 Partisipan

Partisipan yang digunakan dalam studi kasus ini adalah membandingkan dua pasien yang mengalami nyeri akut pasca operasi appendiksitis di Ruang Agung Wilis RSD Blambangan Banyuwangi Tahun 2022.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

- 1) Lokasi Tempat penelitian dilakukan di Ruang Agung Wilis RSD Blambangan Banyuwangi.
- 2) Waktu Penelitian Waktu penelitian dilakukan pada saat klien masuk ke rumah sakit dan selama minimal tiga hari dilakukan intervensi, jika dalam waktu kurang dari tiga hari klien sudah keluar rumah sakit intervensi dapat dilakukan dengan cara home care. Penelitian ini waktu penelitian dibagi menjadi dua tahap sebagai berikut:
 - a) Tahap persiapan yang meliputi :
 - (1) Penyusunan proposal : Juni-Juli 2022.
 - (2) Seminar proposal : Juli 2022.
 - b) Tahap pelaksanaan yang meliputi :
 - (1) Pengajuan izin : Agustus 2022.
 - (2) Pengumpulan data : Agustus 2022.

3.5 Pengumpulan Data

- 1) Wawancara

Wawancara merupakan alat komunikasi yang memungkinkan saling tukar informasi, proses yang menghasilkan tingkat pemahaman yang lebih tinggi dari pada yang dicapai orang secara sendiri.

Wawancara keperawatan mempunyai tujuan yang spesifik meliputi :

pengumpulan dari satu set data yang spesifik. Anamnesis dilakukan secara langsung antara peneliti dengan keluarga pasien meliputi : identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayatpenyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dll. Sumber informasi dari keluarga, dan perawat lainnya. Alat yang dilakukan untuk wawancara dalam pengumpulan data dapat berupa alat tulis, buku catatan,nursing kit, kamera ataupun perekam suara.

2) Observasi dan Pemeriksaan Fisik Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan pengamatan secara langsung kepada klien untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti dengan pemeriksaan fisik meliputi : inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada sistem tubuh klien yang dilakukan secara head to toe. Terutama pada data yang mendukung asuhan keperawatan pada pasien post operasi appendiksitis yang mengalami nyeri akut.

3) Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan cara mendokumentasikan hasil pemeriksaan dignostik, hasil evaluasi asuhan keperawatan, hasil data dari rekam medik, dan hasil data dari buku catatan Agung Wilis di RSUD Blambangan tahun 2021

3.6 Uji Keabsahan Data

Untuk mencapai kesimpulan yang valid, maka dilakukan uji keabsahan data terhadap semua data yang terkumpul. Uji keabsahan data ini dilakukan dengan menggunakan teknik triangulasi. Jenis triangulasi terdiri dari triangulasi data, triangulasi metode, triangulasi sumber, triangulasi teori, triangulasi peneliti. Pada penelitian ini teknik yang digunakan adalah dengan triangulasi sumber, data diperoleh dari klien, keluarga klien yang mengalami Post operasi appendiksitis dan perawat. Data utama klien dan keluarga dalam penelitian dilakukan dengan cara membandingkan dan mengobservasi perkembangan kesehatan klien. Data utama perawat digunakan untuk menyamakan persepsi antara klien dan perawat (Hasanah, 2017).

3.7 Analisis Data

Analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena dengan analisis, data tersebut dapat diberi arti dan makna yang berguna dalam memecahkan masalah penelitian (Nursalam, 2015).

- 1) Pengumpulan Data Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).
- 2) Mereduksi Data Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

- 3) Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.
- 4) Kesimpulan Data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terlebih dahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang terkumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi

3.8 Etik Penelitian

Sebelum melakukan penelitian, peneliti harus memahami prinsip – prinsip etika dalam penelitian karena penelitian yang akan dilakukan menggunakan subjek manusia, dimana setiap manusia mempunyai hak masing – masing yang tidak dapat dipaksa. Beberapa etika dalam melakukan penelitian.

Berikut hal – hal dalam etika penelitian yang mendasari penyusunan studi kasus :

- 1) Informed consent (lembar persetujuan menjadi partisipan)

Sebelum lembar persetujuan diberikan kepada partisipan, maka terlebih dahulu peneliti menjelaskan maksud, tujuan, keuntungan, dan kerugian penelitian yang akan dilakukan

- a) Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengetahuan keluarga klien tentang cara mencegah terjadinya nyeri akut, tindakan yang dilakukan jika sudah terjadi perubahan nyeri akut, dan mengeksplorasi pengetahuan keluarga klien tentang dampak yang mungkin terjadi akibat nyeri akut.

b) Keuntungan

Beberapa keuntungan yang didapat dari penelitian ini adalah keluarga klien mengetahui cara mencegah terjadinya nyeri akut, dapat menentukan tindakan yang dilakukan jika sudah terjadi perubahan nyeri akut dan mampu mengetahui tentang dampak dari nyeri akut.

c) Kerugian

Penelitian ini tidak ada bahaya dan kerugian bagi klien, karena penelitian ini dengan proses wawancara dan tidak ada perlakuan-perlakuan khusus bagi keluarga klien. Kemungkinan kerugian adalah menyita waktu keluarga klien saja. Apabila keluarga klien telah mengerti dan bersedia maka keluarga klien diminta menandatangani surat persetujuan menjadi klien, namun bila keluarga klien menolak maka peneliti tidak akan memaksa. Jika keluarga klien sudah menandatangani persetujuan maka ada hak dan kewajiban sebagai partisipan diantaranya:

1) Hak Keluarga klien

Setelah dilakukan penjelasan (Informed consent) maka keluarga klien berhak untuk tidak mau menjadi klien, dan jika keluarga klien sudah menyetujui, maka keluarga klien berhak mengundurkan diri menjadi klien, berhak menunda waktu jika keluarga klien berhalangan dan keluarga klien berhak menolak untuk diwawancarai untuk sementara waktu. Selain itu hak keluarga klien yang lain yaitu keluarga klien berhak mendapatkan reward dari peneliti atas partisipasinya sebagai klien dalam penelitian.

2) Kewajiban Keluarga klien

Kewajiban keluarga klien setelah menanda tangani lembar persetujuan adalah mematuhi apa yang sudah ditentukan oleh peneliti, misalnya menjawab semua pertanyaan yang diberikan oleh peneliti dan keluarga klien harus memberikan jawaban yang benar tanpa dimanipulasi.

2) *Anonimity* (tanpa nama) Dalam rangka untuk menjaga kerahasiaan partisipan, maka peneliti tidak mencantumkan nama terang partisipan, tapi peneliti hanya menggunakan inisial, contohnya An. H untuk memudahkan peneliti dalam membedakan antar klien sehingga meminimalkan kesalahan.

3) *Confidentiality* (kerahasiaan) Kerahasiaan data-data yang diterima dari responden dijamin oleh peneliti. Adapun bila ada forum khusus maka peneliti akan memberikan data-data yang telah didapatkan dari wawancara tanpa memberi nama asli klien.

4) *Respect Respek* diartikan sebagai perilaku perawat yang menghormati klien dan keluarga. Perawat harus menghargai hak – hak klien.

5) Otonomi.

Otonomi berkaitan dengan hak seseorang untuk mengatur dan membuat keputusan sendiri, meskipun demikian masih terdapat keterbatasan, terutama terkait dengan situasi dan kondisi, latar belakang, individu, campur tangan hukum dan tenaga kesehatan profesional yang ada.

6) *Beneficience* (Kemurahan hati/nasehat) *Beneficience* berkaitan dengan kewajiban untuk melakukan hal yang baik dan tidak membahayakan

orang lain. Apabila prinsip kemurahan mengalahkan prinsip otonomi, maka disebut paternalisme. Paternalisme adalah perilaku yang berdasarkan pada apa yang dipercayai oleh profesional kesehatan untuk kebaikan klien, kadang-kadang tidak melibatkan keputusan dari klien.

- 7) *Non – maleficence* Prinsip ini berkaitan dengan kewajiban perawatan untuk tidak menimbulkan kerugian atau cedera pada klien.
- 8) *Veracity* (Kejujuran) Berkaitan dengan kewajiban perawat untuk mengatakan suatu kebenaran dan tidak berbohong atau menipu orang lain.
- 9) *Fidelity* (kesetiaan) Berkaitan dengan kewajiban perawatan untuk selalu setia pada kesepakatan dan tanggung jawab yang telah dibuat perawatan harus memegang janji yang diuatnya pada klien.
- 10) *Justice* (Keadilan) Prinsip keadilan berkaitan dengan kewajiban perawata untuk berlaku adil pada semua orang dan tidak memihak atau berat sebelah.

