

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. B. M DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN  
KEBUTUHAN DASAR AMAN & NYAMAN ( NYERI AKUT ) DI RUANG MAWAR  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan dan Mendapatkan  
Gelara Ahli Madya Keperawatan Melalui  
Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



**NAMA : PESTUS JOHANIS BAPA  
NIM : PO. 5303201181226**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMDER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. B. M DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN  
KEBUTUHAN DASAR AMAN & NYAMAN ( NYERI AKUT ) DI RUANG MAWAR  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan  
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program Studi D-III  
Keperawatan Politeknik Keperawatan Kupang**



**OLEH**

**NAMA : PESTUS JOHANIS BAPA  
NIM : PO. 5303201181226**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMDER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**2019**

## **KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. B. M DENGAN MASALAH PEMENUHAN  
KEBUTUHAN DASAR AMAN DAN NYAMAN ( NYERI AKUT ) DI RUANG  
MAWAR RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG”**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan dan  
Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan Melalui  
Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)**



**PESTUS JOHANIS BAPA  
NIM : PO 5303201181226**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Pestus Johanis Bapa

NIM : PO. 5303201181226

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

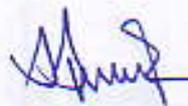
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 25 Juli 2019  
Pembuat Pernyataan



Pestus Johanis Bapa  
PO.5303201181226

Mengetahui  
Pembimbing



Yulianti Kristiani Banhae, S.Kep, Ns, M.Kes  
NIP.19760731 200212 2 003

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Pestus Johanis Bapa,  
NIM : PO. 5303201181226 dengan Judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA  
NN. B. M DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR  
AMAN & NYAMAN ( NYERI AKUT ) DI RUANG MAWAR  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG "

dan di setujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :



Pestus Johanis Bapa  
PO. 5303201181226

Telah Di Setujui untuk diseminarkan di depan dewan penguji Prodi D-III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal 25 Juli 2019

Pembimbing



Yulianti Kristiani Banhae, S.Kep, Ns, M.Kes  
NIP.19760731 200212 2 003

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TUIS ILMIAH**

**“ ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. B. M DENGAN GANGGUAN  
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR AMAN & NYAMAN ( NYERI AKUT )  
DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG ”**

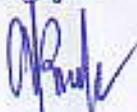
Disusun oleh:



Pestus Johanis Bapa  
NIM. PO. 5303201181226

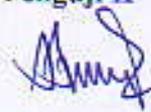
Telah Diuji Pada Tanggal 26 Juli 2019  
Dewan Penguji

Penguji 1



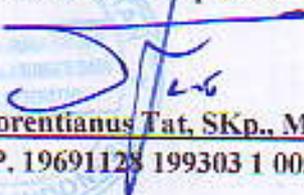
Aben B.Y.H. Romana, S.Kep.Ns.M.Kep  
NIP. 19671118 198903 2 001

Penguji II



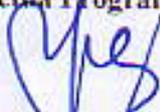
Yulianti K. Banhae, S.Kep.Ns. M.Kes  
NIP. 19760731 200212 2 003

Mengesahkan  
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes  
NIP. 19691128 199303 1 005

Mengetahui  
Ketua Program Studi



Margaretha Telli, S. Kep. Ns., MSc-PH  
NIP. 19770727 200003 2 002

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

**Saya yang bertandatangan di bawah ini :**

**Nama : Pestus Johanis Bapa**

**NIM : PO. 5303201181226**

**Program Studi : Diploma III Keperawatan**

**Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**

**Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.**

**Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.**

**Kupang, 25 Juli 2019  
Pembuat Pernyataan**

**Pestus Johanis Bapa  
PO.5303201181226**

**Mengetahui  
Pembimbing**

**Yulianti Kristiani Banhae, S.Kep, Ns, M.Kes  
NIP.19760731 200212 2 003**

## **LEMBAR PERSETUJUAN**

**Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Pestus Johanis Bapa,  
NIM : PO. 5303201181226 dengan Judul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA  
NN. B. M DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR  
AMAN & NYAMAN ( NYERI AKUT ) DI RUANG MAWAR  
RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG “**

**dan di setujui untuk diujikan.**

**Disusun Oleh :**

**Pestus Johanis Bapa  
PO. 5303201181226**

**Telah Di Setujui untuk diseminarkan di depan dewan penguji Prodi D-III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada Tanggal 25 Juli 2019**

**Pembimbing**

**Yulianti Kristiani Banhae, S.Kep, Ns, M.Kes  
NIP.19760731 200212 2 003**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TUIS ILMIAH**

**“ ASUHAN KEPERAWATAN PADA NN. B. M DENGAN GANGGUAN  
PEMENUHAN KEBUTUHAN DASAR AMAN & NYAMAN ( NYERI AKUT )  
DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT BHAYANGKARA KUPANG ”**

**Disusun oleh:**

**Pestus Johanis Bapa**  
**NIM. PO. 5303201181226**

**Telah Diuji Pada Tanggal 26 Juli 2019**  
**Dewan Penguji**

**Penguji 1**

**Penguji II**

**Aben B.Y.H.Romana, S.Kep,Ns,M.Kep**  
**NIP. 19671118 198903 2 001**

**Yulianti K.Banhae,S.Kep,Ns, M.Kes**  
**NIP. 19760731 200212 2 003**

**Mengesahkan**  
**Ketua Jurusan Keperawatan**

**Mengetahui**  
**Ketua Program Studi**

**Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes**  
**NIP. 19691128 199303 1 005**

**Margaretha Telli, S. Kep, Ns., MSc-PH**  
**NIP. 19770727 200003 2 002**

## **BIODATA PENULIS**

- Nama Lengkap** : Pestus Johanis Bapa
- Tempat tanggal lahir** : Kupang, 07 Pebuari 1973
- Jenis Kelamin** : Laki-laki
- Alamat** : Kelurahan Mantasi, Kecamatan Alak.
- Riwayat pendidikan** :
1. **Tamat SD No.6 Pal 1 Kupang Tahun 1986.**
  2. **Tamat SMPN 3 Kupang Tahun 1989.**
  3. **Tamat SPK Kupang Tahun 1992.**
  4. **Sejak Tahun 2018 kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.**

### **MOTTO:**

**“ SEMAKIN TINGGI ILMU ,AKAN SEMAKIN BAIK DAN BENAR APA YANG DIPIKIRKAN DAN DILAKUKAN”**

## **KATA PENGANTAR**

**Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Nn. B. M Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Aman & Nyaman ( Nyeri Akut ) Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.**

**Penulis menyadari bahwa selama penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak, tidak terlepas dari bantuan tenaga, pikiran, dan dukungan moril. Oleh karena itu, penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada yang terhormat:**

- 1. Ibu Yulianti Kristiani Banhae, S.Kep., Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan motivasi, masukan dan segala yang terbaik bagi penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.**
- 2. Ibu Aben B.Y.H.Romana, S.Kep., Ns., M.Kep yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.**
- 3. Ibu R. H Kristina SKM., M. Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.**
- 4. Bapak Dr. Florentianus Tat SKp., M. Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.**
- 5. Ibu Margaretha Teli S. Kep, Ns., Msc-Ph selaku Ketua Program Studi Diploma III keperawatan Kupang.**
- 6. Bapak dan ibu dosen Jurusan Keperawatan Kupang yang telah membimbing dan mendidik penulis selama mengikuti perkuliahan.**

- 7. Untuk istri tercinta Belandina Dolu, Amd. Keb dan anak-anak Christin Marischa Bapa, Jessike Peztus, dan Petrycia Bapa yang telah memberikan dukungan dan segala yang terbaik buat penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.**
- 8. Untuk teman-teman RPL angkatan ke-2 yang selama ini selalu berjuang bersama dan sudah banyak membantu penulis selama 1 tahun bersama di Keperawatan Poltekkes Kupang.**
- 9. Dan semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.**

**Akhir kata, penulis menyadari bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu segala saran dan kritik sangat penulis harapkan dalam penyempurnaan laporan Karya Tulis Ilmiah ini.**

**Kupang, Juli 2019**

**Penulis**

## **ABSTRAK**

**Politeknik Kesehatan Kupang  
Prodi Keperawatan Kupang  
Departemen Kesehatan RI  
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2019**

Pestus Johanis Bapa, Yulianti K. Banhae, Aben B. Y . H. Romana.

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Nn. B. M Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Rasa Aman & Nyaman ( Nyeri Akut ) Di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.

xi + 49 + 3 Lampiran.

**Latar Belakang:** Appendisitis adalah peradangan pada appendix vermiformis dan merupakan penyebab inflamasi abdomen akut yang paling sering, pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini yaitu menerapkan asuhan keperawatan pada Nn. B. M dengan masalah pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman. Metode yang digunakan adalah studi kasus. Waktu pengambilan kasus dilakukan pada tanggal 15 sampai 17 Juli 2019 bertempat di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang. Hasil studi kasus pada Nn. B. M dengan pengkajian keuhan utama adaah Nn. B. M mengeluh nyeri pada perut kanan bawah. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada Nn. B. M yaitu nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi dan resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman. Intervensi keperawatan yang disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Evaluasi keperawatan pada Nn. B. M nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi sudah teratasi sebagian dan resiko penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman sudah teratasi sebagian. Saran kepada pasien dan keuarga agar tetap konsisten dalam menjaga pola kesehatan pada Nn. B. M agar Untuk mendapat gambaran tentang asuhan keperawatan pada Nn. B. M dengan menjaga pola hidup sehat dan lebih banyak istirahat.

**Kata kunci :** Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Aman & Nyaman ( Nyeri Akut ), Asuhan Keperawatan.

## DAFTAR ISI

	Hal
Pernyataan Keaslian Tulisan .....	i
Lembar Persetujuan .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Biodata .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstrak .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel .....	ix
Daftar Bagan .....	x
Daftar Lampiran .....	xi
<b>BAB I Pendahuluan</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang Masalah .....	1
1.2. Tujuan Karya Tulis Ilmiah .....	4
1.3. Manfaat Karya Tulis Ilmiah .....	5
<b>BAB II Tinjauan Pustaka</b>	<b>7</b>
2.1 Konsep teori .....	7
2.2. Konsep Asuhan Keperawatan .....	19
<b>BAB III Hasil Studi Kasus dan Pembahasan</b>	<b>28</b>
3.1 Hasil Studi Kasus .....	28
3.2 Pembahasan Studi Kasus .....	42
<b>BAB IV PENUTUP</b>	<b>46</b>
4.1 Kesimpulan .....	46
4.2 Saran .....	47
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>49</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	Halaman
2.1 Skala Nyeri	16

## DAFTAR BAGAN

	Halaman
3.1 Genogram	30

## DAFTAR LAMPIRAN

1. Jadwal Kegiatan.....	51
2. Format Asuhan Keperawatan.....	52
3. Lembar Konsultasi.....	77

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar belakang**

Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab inflamasi abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini mengenai semua umur, baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10 sampai 30 tahun (Mansjoer, 2000). Menurut Smeltzer C. Suzanne (2001), apendisitis adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen dan merupakan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat. Berdasarkan definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa apendisitis adalah kondisi dimana terjadi infeksi pada umbai apendiks dan merupakan penyakit bedah abdomen yang paling sering terjadi.

Sesuai data kasus appendicitis, di Amerika terdapat 11 orang per 10.000 populasi per tahun, dan angka kejadian ini tidak begitu berbeda di negara berkembang. Laki-laki lebih berisiko terkena apendisitis dibanding wanita dengan rasio 1,4 : 1. Risiko terjadi angka kekambuhan pada laki-laki 8,6% dan perempuan 6,7% ( Sarosi, 2016 ). Meskipun apendisitis jarang terjadi pada bayi, namun insidensi apendiksitis terus meningkat dengan pasti selama masa kanak-kanak dan mencapai puncaknya pada usia 15-25 tahun pada pria dan wanita (Sifri & Madoff, 2015). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Nouri dkk di Shahid Beheshti Medical Center di Iran pada tahun 2011-2015 terhadap 526 pasien yang di diagnosis apendisitis akut, ditemukan sekitar 24,3% adalah apendiksitis perforasi dan 75,7% adalah apendiksitis tanpa perforasi. Mayoritas pasien berjenis kelamin laki-laki sebanyak 61,9% sementara perempuan sebanyak 31,8%. Pada penelitian ini, mayoritas pasien yang mengalami perforasi berusia antara 15 sampai 34 tahun yaitu sebesar 33,8% sedangkan hanya

8% perforasi yang terjadi pada umur diatas 65 tahun dari keseluruhan kasus (Nouri *et al.*, 2017).

Angka kejadian appendisitis di Indonesia dilaporkan sebesar 95 per 1.000 penduduk dengan jumlah kasus mencapai 10 juta setiap tahunnya dan merupakan kejadian tertinggi di ASEAN ( Padmi, Widarsa, 2017 ). Hasil survey pada tahun 2008 angka kejadian appendisitis di sebagian besar wilayah Indonesia hingga saat ini masih tinggi. Di Indonesia, jumlah pasien yang menderita penyakit appendisitis berjumlah sekitar 7% dari jumlah penduduk di Indonesia atau sekitar 179.000 orang. Dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di indonesia,apendisitis akut merupakan salah satu penyebab dari akut abdomen dan beberapa indikasi untuk dilakukan operasi kegawatdaruratan abdomen. Insidens apendisitis di Indonesia menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatan abdomen lainnya ( Depkes, 2008 ). Jawa Tengah tahun 2009, jumlah kasus appendisitis dilaporkan sebanyak 5.980 dan 177 diantaranya menyebabkan kematian. Jumlah penderita apendiksitis tertinggi ada di Kota Semarang, yakni 970 orang. Hal ini mungkin terkait dengan rendahnya pola konsumsi masyarakat modern terhadap makan-makanan berserat dalam memenuhi kebutuhan serat didalam tubuhnya ( Dinkes Jateng, 2009 ). Data dari rekam medik RSUD Sukoharjo menunjukkan bahwa angka kejadian appendisitis untuk tahun 2011 tercatat sebanyak 137 kejadian appendisitis dan harus dilakukan tindakan apendiktomi, sedangkan untuk tahun 2012 di mulai dari bulan januari sampai bulan april sebanyak 33 kejadian appendisitis. Di Indonesia, menurut penelitian yang dilakukan Padmi dan Widarsa pada tahun 2017, prevalensi perforasi pada pasien appendisitis akut berkisar antara 30-70% dari seluruh kasus appendisitis akut (Padmi, Widarsa, 2017).

Untuk jumlah penderita Appendisitis di Propinsi Nusa Tenggara Timur, khususnya di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang,sesuai dengan rekapitulasi data pasien yang penulis dapatkan,yang

dirawat selama bulan januari 2019 sampai dengan bulan juni 2019 di Ruang Mawar terdapat 6 orang pasien terdiagnosa appendisitis dari 476 orang pasien yang telah dirawat diruang Mawar, dan 6 pasien appendisitis tersebut penanganannya dilakukan tindakan operasi apendektomy ( Buku Register Pasien Ruang Mawar, 2019 )

Dampak yang terjadi jika seorang pasien dengan appendisitis perforasi tidak mendapatkan penanganan yang cepat dapat menyebabkan komplikasi yang cukup serius, Komplikasi utama pada kasus appendisitis yang tidak diobati adalah perforasi apendiks (Sarosi, 2016). Dampak atau komplikasi utama pada kasus appendisitis yang tidak dirawat dan diobati dengan baik juga adalah rasa nyeri yang berat dan terjadi perforasi, yang mengakibatkan terjadinya peritonitis, abses, dan pieleoflebitis. Pasien dengan apendisitis perforasi, isi dari apendiks yang mengalami perforasi akan terbebas masuk kedalam rongga peritoneal yang menyebabkan timbulnya peritonitis difusa. Abses akan terbentuk setelah perforasi jika apendiks yang mengalami perforasi dikelilingi oleh sisa rongga peritoneum karena lokasinya yang retroperitoneal atau dikelilingi oleh lilitan usus halus atau omentum. Komplikasi yang paling parah yang dapat terjadi pada pasien dengan appendisitis perforasi adalah tromboflebitis sepsis dari vena porta yang juga dikenal sebagai pieloflebitis ( Sarosi, 2016 ).

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi atau menangani masalah pasien dengan appendicitis adalah melalui penatalaksanaan medis yaitu operasi, sedangkan untuk masalah nyeri dilakukan tindakan asuhan keperawatan manajemen nyeri, Tindakan preoperatif meliputi resusitasi cairan dan pemberian antibiotik parenteral. Pada kasus apendisitis akut non komplikata, dengan pemberian antibiotik preoperatif biasanya dapat teratasi tanpa harus dilakukan operasi. Pada kasus appendisitis dengan rupture, *gangrene*, abses, atau peritonitis sekunder, harus digunakan antibiotik yang memiliki spektrum yang luas untuk flora kolon yang

fakultatif dan anaerobik. Appendisitis akut, baik tanpa ruptur atau dengan perforasi dan peritonitis sekunder, memerlukan intervensi bedah dengan segera. Tidak ada konsensus yang jelas yang menyatakan pendekatan operatif mana yang lebih optimal baik itu *open emergency appendectomy* atau *laparoscopic appendectomy*. Namun *laparoscopic appendectomy* memiliki kelebihan yaitu apabila saat di lakukan *laparoscopic appendectomy* ditemukan apendiks normal, maka dapat dilakukan evaluasi diagnostik lebih lanjut ( Sifri & Madoff, 2015 ).

Mengingat dampak yang terjadi pada pasien appendisitis sangatlah serius, sehingga penulis ingin melakukan asuhan keperawatan pada Nn. B. M dengan diagnose suspek appendicitis perforasi di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang dengan mengambil judul dalam studi karya tulis ilmiah ini dengan judul “ Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Dasar Aman & Nyaman ( Nyeri Akut ) pada Nn. M. B di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangka Kupang”

## **1.2 Tujuan**

Adapun tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut ;

### **1.2.1 Tujuan umum**

Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Nn. B. M dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ) di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.

### **1.2.2 Tujuan khusus**

Tujuan khusus dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut :

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Nn.B.M. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ) di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.

2. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Nn.B.M. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ) di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.
3. Mampu merumuskan rencana keperawatan pada Nn.B.M. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ) di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada Nn.B.M. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ) di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.
5. Mampu melakukan Evaluasi keperawatan pada Nn.B.M. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ) di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.

### **1.3. Manfaat Studi Kasus**

Adapun manfaat penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut ;

#### **1.3.1. Manfaat Bagi Penulis**

Untuk mengembangkan ilmu keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Nn.B.M. dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ) di Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.

#### **1.3.2 Manfaat Bagi Institusi pendidikan**

Sebagai bahan masukan bagi institusi pendidikan dalam meningkatkan mutu pendidikan terutama dalam teori gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ).

### **1.3.3 Bagi Rumah Sakit Bhayangkara**

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan, terkhususnya untuk pasien dengan masalah gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ).

### **1.3.4 Manfaat Bagi Pasien**

Dapat dijadikan pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami dan penatalaksanaan yang tepat pada gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ).

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Nyeri**

##### **2.1.1 Defenisi**

Nyeri ( pain ) adalah kondisi yang tidak menyenangkan. Sifatnya sangat subjektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang baik dalam hal skala ataupun tingkatannya dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (hidayat, 2008). International association for Stusy of Pain (IASP), mendefinisikan nyeri sebagai suatu sensori subjektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang bersifat akut yang dirasakan dalam kejadian-kejadian dimana terjadi kerusakan ( Potter & Perry, 2005 ). Nyeri adalah pengalaman sensori nyeri dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan yang terlokalisasi pada suatu bagian tubuh ataupun sering disebut dengan istilah destruktif dimana jaringan rasanya seperti ditusuk-tusuk,panas terbakar,melilit,seperti emosi,perasaan takut dan mual ( Judha, 2012 ). Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan sebagai akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial,yang meyakinkan tubuh serta diungkapkan oleh individu yang mengalaminya. Ketika suatu jaringan mengalami cedera,atau kerusakan mengakibatkan dilepasnya bahan-bahan yang dapat menstimulus reseptor nyeri seperti serotonin, histamine, ion kalium, bradikinin, prostaglandin, dan substansi P yang akan mengakibatkan respon nyeri ( Kozier dkk, 2009 ). Defenisi keperawatan menyatakan bahwa nyeri adalah sesuatu yang menyakitkan tubuh yang diungkapkan secara subjektif oleh individu yang mengalaminya. Nyeri dianggap nyata meskipun tidak ada penyebab fisik

atau sumber yang dapat diidentifikasi. Meskipun beberapa sensasi nyeri dihubungkan dengan status mental atau status psikologis pasien secara nyata merasakan sensasi nyeri dalam banyak hal dan tidak hanya membayangkannya. Kebanyakan sensasi nyeri adalah akibat dari stimulasi fisik dan mental atau stimuli emosional ( Potter Perry, 2005 ).

### **2.1.2 Sifat Nyeri**

Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Menurut Mahon (1994) menemukan empat atribut pasti untuk pengalaman nyeri, yaitu : nyeri bersifat individu, tidak menyenangkan, merupakan suatu kekuatan yang mendominasi, bersifat tidak berkesudahan ( Andarmoyo, 2013, hal.17 ). Menurut Caffery (1980), nyeri adalah segala sesuatu yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan bahwa dia merasa nyeri. Apabila seseorang merasa nyeri maka perilakunya akan berubah ( Potter, 2006 ).

### **2.1.3 Penyebab Nyeri**

#### **2.1.3.1 Trauma**

##### **a. Mekanik**

Rasa nyeri timbul akibat ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan, misalnya akibat benturan, gesekan, luka, dan lain-lain.

##### **b. Panas**

Nyeri timbul karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas, misalnya karena api dan air.

##### **c. Kimiawi**

Timbul karena kontak dengan zat kimia yang bersifat asam atau basa kuat.

d. Elektrik

Timbul karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri yang menimbulkan kekejangan otot dan luka bakar.

### **2.1.3.2 Neoplasma**

1. Jinak

2. Ganas

### **2.1.3.3 Peradangan**

Nyeri terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembengkakan, misalnya : abses

### **2.1.3.4 Trauma Psikologi**

Nyeri yang disebabkan psikologis merupakan nyeri yang dirasakan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap psikis.

## **2.1.4 Teori-Teori Nyeri**

### **2.1.4.1 Teori Spesivitas (*SpecivicityTheory*)**

Teori spesivitas ini diperkenalkan oleh Descartes, teori ini menjelaskan bahwa nyeri berjalan dari reseptor-reseptor nyeri yang spesifik melalui jalur neuroanatomik tertentu kepusat nyeri di otak ( Andarmoyo, 2013 ). Teori spesivitas ini tidak menunjukkan karakteristik multidimensi dari nyeri, teori ini hanya melihat nyeri secara sederhana yakni paparan biologis tanpa melihat variasi dari efek psikologis individu ( Prasetyo, 2010 ).

### **2.1.4.2 Teori Pola (*Pattern theory*)**

Teori pola diperkenalkan oleh Goldscheider pada tahun 1989, teori ini menjelaskan bahwa nyeri di sebabkan oleh berbagai reseptor sensori yang di rangsang oleh pola tertentu, dimana nyeri ini merupakan akibat dari

stimulasi reseptor yang menghasilkan pola dari impuls saraf ( Andarmoyo, 2013 ) Pada sejumlah *causalgia*, nyeri pantom dan neuralgia, teori pola ini bertujuan untuk menimbulkan rangsangan yang kuat yang mengakibatkan berkembangnya gaung secara terus menerus pas *spinal cord* sehingga saraf transmisi nyeri bersifat hypersensitif yang mana rangsangan dengan intensitas rendah dapat menghasilkan transmisi nyeri ( lewis, 1983 dalam Andarmoyo, 2013 ).

#### **2.1.4.3 Teori Pengontrol Nyeri ( *Theory Gate Control* )**

Teori gate control dari Melzack dan wall (1965 ) menyatakan bahwa impuls nyeri dapat diatur dan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat, dimana impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup ( Andarmoyo, 2013 )

#### **2.1.4.4 Endogenous Opiat Theory**

Teori ini di kembangkan oleh Avron Goldstein, ia mengemukakan bahwa terdapat substansi seperti opiet yang terjadi selama alami didalam tubuh, substansi ini disebut endorphine ( Andarmoyo, 2013 ). Endorphine mempengaruhi transmisi impuls yang diinterpretasikan sebagai nyeri. Endorphine kemungkinan bertindak sebagai neurotransmitter maupun neuromodulator yang menghambat transmisi dari pesan nyeri (Andarmoyo, 2013).

### **2.1.5 Klasifikasi Nyeri**

#### **2.1.5.1 Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Durasi**

##### **1. Nyeri Akut**

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki proses yang cepat dengan intensitas yang bervariasi ( ringan sampai berat ), dan berlangsung untuk waktu yang

singkat. Nyeri akut berdurasi singkat ( kurang lebih 6 bulan ) dan akan menghilang tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali ( Prasetyo, 2010 )

## 2. Nyeri Kronik

Nyeri kronik adalah nyeri konstan yang intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu, nyeri ini berlangsung lama dengan intensitas yang bervariasi dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan ( McCaffery, 1986 dalam Potter&Perry, 2005 ). Nyeri kronik adalah nyeri yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan. Nyeri kronik berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan, karena biasanya nyeri ini tidak memberikan respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Jadi nyeri ini biasanya dikaitkan dengan kerusakan jaringan ( Guyton & Hall, 2008 ). Nyeri kronik mengakibatkan supresi pada fungsi sistem imun yang dapat meningkatkan pertumbuhan tumor, depresi, dan ketidakmampuan.

### 2.1.5.2 Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Asal

#### 1. Nyeri Nosiseptif

Nosiseptif berasal dari kata “*noxsius/harmful nature*” dan dalam hal ini ujung saraf nosiseptif, menerima informasi tentang stimulus yang mampu merusak jaringan. Nyeri nosiseptif bersifat tajam, dan berdenyut ( Potter Perry, 2005 ). Nyeri nosiseptif merupakan nyeri yang diakibatkan oleh aktivitas atau sensitivitas nosiseptor perifer yang merupakan reseptor khusus yang mengantarkan stimulus naxious ( Andarmoyo, 2013 ).

#### 2. Nyeri neuropatik

Nyeri neuropatik merupakan hasil suatu cedera atau abnormalitas yang didapat pada struktur saraf perifer maupun sentral, nyeri ini lebih sulit diobati ( Andarmoyo, 2013 ). Nyeri Neuropatik mengarah pada disfungsi di luar sel saraf. Nyeri neuropatik terasa seperti terbakar,

kesemutan dan hipersensitif terhadap sentuhan atau dingin. Nyeri spesifik terdiri atas beberapa macam, antara lain nyeri somatik, nyeri yang umumnya bersumber dari kulit dan jaringan di bawah kulit ( *superficial* ) pada otot dan tulang. Macam lainnya adalah nyeri menjalar ( *referred pain* ) yaitu nyeri yang dirasakan di bagian tubuh yang jauh letaknya dari jaringan yang menyebabkan rasa nyeri, biasanya dari cedera organ visceral. Sedangkan nyeri visceral adalah nyeri yang berasal dari bermacam-macam organ viscera dalam abdomen dan dada (Guyton & Hall, 2008).

### 2.1.5.3 Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

#### 1. Supervisial atau kutaneus

Nyeri Supervisial adalah nyeri yang disebabkan stimulus kulit. Karakteristik dari nyeri berlangsung sebentar dan berlokalisasi. Nyeri biasanya terasa sebagai sensasi yang tajam ( Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013 ). Contohnya tertusuk jarum suntik dan luka potong kecil atau laserasi.

#### 2. Viseral Dalam

Nyeri visceral adalah nyeri yang terjadi akibat stimulasi organ-organ internal ( Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013 ). Nyeri ini bersifat difusi dan dapat menyebar kebeberapa arah. Nyeri ini menimbulkan rasa tidak menyenangkan dan berkaitan dengan mual dan gejala-gejala otonom. Contohnya sensasi pukul ( *crushing* ) seperti angina pectoris dan sensasi terbakar seperti pada ulkus lambung.

#### 3. Nyeri Alih ( *Referred Pain* )

Nyeri alih merupakan fenomena umum dalam nyeri visceral karena banyak organ tidak memiliki reseptor nyeri. Karakteristik nyeri dapat terasa dibagian tubuh yang terpisah dari sumber nyeri dan dapat terasa dengan berbagai karakteristik ( Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013 ).

2013 ).Contohnya nyeri yang terjadi pada *infark miokard*, yang menyebabkan nyeri alih ke rahang, lengan kiri, batu empedu, yang mengalihkan nyeri ke selangkangan.

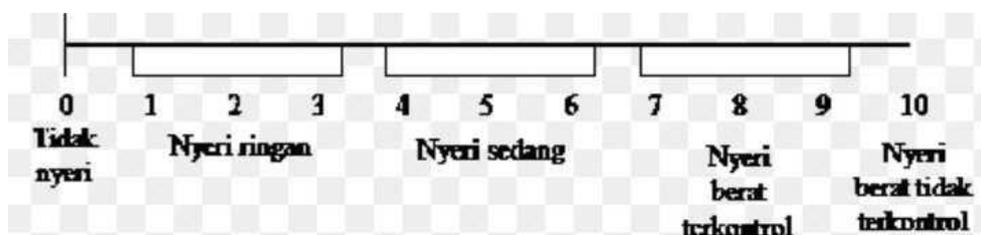
#### 4.Radiasi

Nyeri radiasi merupakan sensi nyeri yang meluas dari tempat awal cedera ke bagian tubuh yang lain ( Potter dan Perry, 2006 dalam Sulisty, 2013 ). Karakteristik nyeri terasa seakan menyebar ke bagian tubuh bawah atau sepanjang ke bagian tubuh. Contoh nyeri punggung bagian bawah akibat diskusi intervertebral yang ruptur disertai nyeri yang meradiasi sepanjang tungkai dari iritasi saraf skiatik.

### 2.2.6 Pengukuran Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri bersifat sangat subjektif dan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda ( Andarmoyo, 2013 ). Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri,namun pengukuran dengan pendekatan objektif juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri (Tamsuri, 2007 dalam Andarmoyo, 2013 ).

#### a. Skala Intensitas Nyeri Deskriptif Sederhana

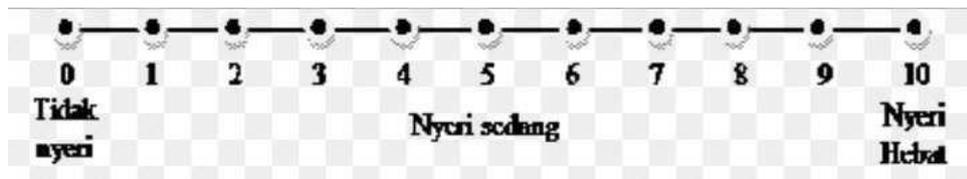


Sumber : ( Andarmoyo, S ( 2013 ). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri,

Jogyakarta:Ar-Ruzz )

Skala pendeskripsi verbal ( *Verbal Descriptor scale, VDS* ) merupakan pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Pendeskripsian VDS diranking dari “tidak nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan” ( Andarmoyo, 2013 ). Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang ia rasakan. Alat ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri ( Andarmoyo, 2013 ).

b. Skala Intensitas Nyeri Numerik



Sumber : ( Andarmoyo,S. (2013 ). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri,

Jogyakarta:Ar-Ruzz.)

Skala penilaian numeric ( *Numerical rating scale, NRS* ) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10.Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi ( Andarmoyo, 2013 ).

c. Skala Intensitas Wong-Baker Faces Pain Rating Scale



Sumber : ( Andarmoyo, S. 2013 ). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri,

Jogyakarta: Ar-Ruzz.)

Penilaian Skala nyeri dari kiri dan kanan :

1. Wajah Pertama : sangat senang karena tidak merasa sakit sama sekali
2. Wajah Kedua : Sakit hanya sedikit
3. Wajah Ketiga : Sedikit lebih sakit
4. Wajah Keempat : Jauh lebih sakit
5. Wajah Kelima : Jauh sangat lebih sakit
6. Wajah Keenam : Luar biasa sangat sakit sampai menangis

d. Skala Intensitas Nyeri dari FLACC

Skala FLACC merupakan alat pengkajian nyeri yang dapat digunakan pada pasien yang secara non verbal yang tidak dapat melaporkan nyerinya ( Judha, 2012 ).

Tabel 1 Skala Intensitas Nyeri dari FLACC

Kategori	Skor		
	0	1	2
Muka	Tidak ada ekspresi atau senyuman tertentu, tidak mencari perhatian.	Wajah cemberut, dahi mengkerut, menyendiri.	Sering dahi tidak konstan, rahang menegang, dagu gemetar
Kaki	Tidak ada posisi atau Rileks	Gelisah, resah dan menegang	Menendang
Aktivitas	Berbaring, posisi normal, mudah bergerak	Menggeliat, menaikkan punggung dan maju, menegang	Menekuk, kaku atau menghentak
Menangis	Tidak menangis	Merintih atau merengek, kadang-kadang mengeluh	Menangis keras, sedu-sedan, sering mengeluh
Hiburan	Rileks	Kadang-kadang hati tentram dengan sentuhan, memeluk, berbicara untuk mengalihkan perhatian	Kesulitan untuk menghibur atau kenyamanan
Total Skor	0 – 10		

Intensitas nyeri dibedakan menjadi lima dengan menggunakan skala numerik yaitu :

1. 0 : Tidak Nyeri
2. 1-2 : Nyeri Ringan
3. 3-5 : Nyeri Sedang
4. 6-7 : Nyeri Berat
5. 8-10 : Nyeri yang tidak tertahankan (Judha, 2012)

### **2.2.7 Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri**

Faktor yang mempengaruhi nyeri (Potter & Perry, 2006) adalah :

#### **1. Usia**

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Kemampuan klien lansia untuk menginterpretasikan nyeri dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama.

#### **2. Jenis kelamin**

Jenis kelamin secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin. Misalnya, menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

### 3. Kebudayaan

Kebudayaan, keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri.

### 4. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian maka rasa cemas dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius. Nyeri yang tidak cepat hilang akan menyebabkan psikosis dan gangguan kepribadian.

### 5. Pengalaman Sebelumnya

Pengalaman sebelumnya, pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Keletihan dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah mengalami suatu periode tidur yang lelap dibandingkan pada akhir yang melalahkan.

### 6. Kelelahan

Keletihan dapat meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap dibandingkan pada akhir yang melelahkan.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan kebutuhan dasar aman dan nyaman ( nyeri ) pada pasien Appendisitis**

### **2.3.1 Pengkajian**

Menurut Brunner dan Sudarth dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah ( 2001 ), pengkajian fokus pada penderita appendicitis yaitu :

**1. Biodata Identitas klien** : nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/ bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat dan nomor register.

**2. Lingkungan** : Dengan adanya lingkungan yang bersih, maka daya tahan tubuh penderita akan lebih baik daripada tinggal di lingkungan yang kotor.

#### **3. Riwayat kesehatan**

a. Keluhan utama : Nyeri pada daerah kuadran kanan bawah, nyeri sekitar umbilikus.

b. Riwayat kesehatan dahulu : Riwayat operasi sebelumnya pada kolon.

c. Riwayat kesehatan sekarang : Sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama keluhan terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, dimana keluhan timbul, keadaan apa yang memperberat dan memperingan.

#### **4. Pemeriksaan fisik**

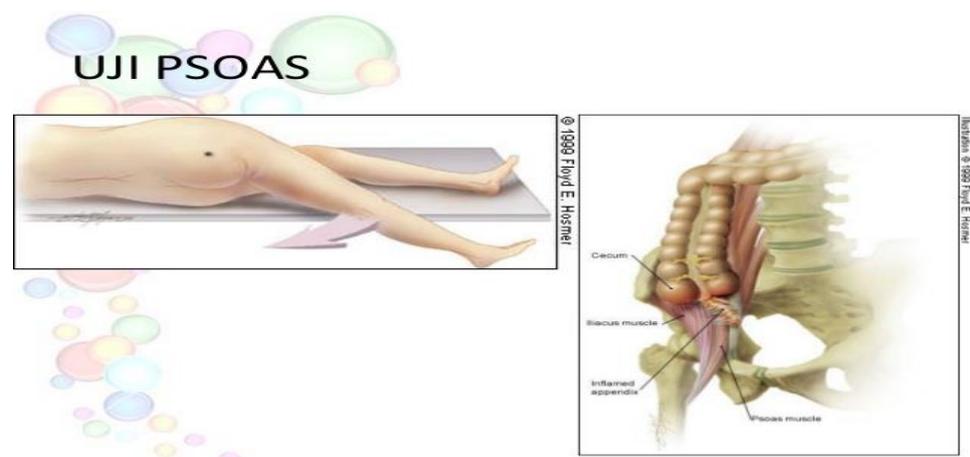
a. Inspeksi : Pada apendisitis sering ditemukan adanya abdominal swelling, sehingga pada pemeriksaan jenis ini biasa ditemukan distensi abdomen, wajah pasien terlihat meringis sampai menangis kesakitan menahan nyeri, tangan memegang lokasi nyeri pada perut kanan bawah pada saat nyeri timbul dan melakukan gerakan.

b. Palpasi : Pada daerah perut kanan bawah apabila ditekan akan terasa nyeri. Dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri. Nyeri tekan perut

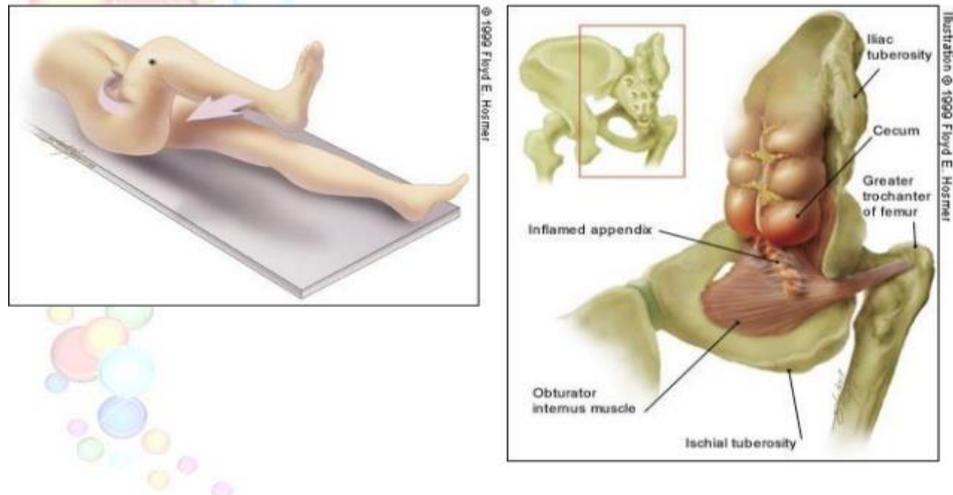
kanan bawah merupakan kunci diagnosis dari apendisitis. Pada penekanan perut kanan bawah akan dirasakan nyeri, ini disebut tanda Rovsing (Rovsing sign). Dan apabila tekanan pada perut kiri dilepas maka juga akan terasa sakit di perut kanan bawah, ini disebut tanda Blumberg (Blumberg sign).

c. Pemeriksaan colok dubur Pemeriksaan ini dilakukan pada apendisitis untuk menentukan letak apendiks apabila letaknya sulit diketahui. Jika saat dilakukan pemeriksaan ini terasa nyeri, maka kemungkinan apendiks yang meradang di daerah pelvis. Pemeriksaan ini merupakan kunci diagnosis apendisitis pelvika.

d. Uji psoas dan uji obturator Pemeriksaan ini dilakukan juga untuk mengetahui letak apendiks yang meradang. Uji psoas dilakukan dengan rangsangan otot psoas mayor lewat hiperekstensi sendi panggul kanan, kemudian paha kanan ditahan. Bila apendiks yang meradang menempel pada m.psoas mayor, maka tindakan tersebut akan menimbulkan nyeri. Sedangkan pada uji obturator dilakukan gerakan fleksi dan andorotasi sendi panggul pada posisi terlentang. Bila apendiks yang meradang kontak dengan m.obturator internus yang merupakan dinding panggul kecil, maka tindakan ini akan menimbulkan nyeri. Pemeriksaan ini dilakukan pada apendisitis pelvika.



## UJI OBTURATOR



### 5 Perubahan pola fungsi

Data yang diperoleh dalam kasus apendisitis menurut Doenges ( tahun, 2000 ) adalah sebagai berikut :

- a. Aktivitas / istirahat, Gejala : Malaise
- b. Sirkulasi Tanda : Takikardi
- c. Eliminasi Gejala : Konstipasi pada awitan awal. Diare (kadang-kadang)  
Tanda : Distensi abdomen, nyeri tekan/ nyeri lepas, kekakuan, penurunan atau tidak ada bising usus
- d. Makanan / cairan Gejala : Anoreksia, mual/muntah
- e. Nyeri / kenyamanan Gejala : Nyeri abdomen sekitar epigastrium dan umbilikus yang meningkat berat dan terlokalisasi pada titik Mc.Burney ( setengah jarak antara umbilikus dan tulang ileum kanan ), meningkat karena berjalan, bersin, batuk, atau napas dalam ( nyeri berhenti tiba-tiba diduga perforasi atau infark pada apendiks ). Keluhan berbagai rasa nyeri/

gejala tak jelas ( berhubungan dengan lokasi apendiks, contoh : retrosekal atau sebelah ureter ) Tanda : Perilaku berhati-hati; berbaring ke samping atau telentang dengan lutut ditekuk. Meningkatnya nyeri pada kuadran kanan bawah karena posisi ekstensi kaki kanan/ posisi duduk tegak. Nyeri lepas pada sisi kiri diduga inflamasi peritoneal

f. Pernapasan Tanda : Takipnea, pernapasan dangkal

g. Keamanan Tanda : Demam (biasanya rendah).

## **6. Pemeriksaan Diagnostik**

### **a. Laboratorium**

Terdiri dari pemeriksaan darah lengkap dan test *C-Protein Reaktif* (CRP). Pada pemeriksaan darah lengkap ditemukan jumlah leukosit antara 10.000-20.000/ml ( leukositosis ) dan neutrofil diatas 75%. Sedangkan pada *C-Protein Reaktif* (CRP) ditemukan jumlah serum yang meningkat.

### **b. Radiologi**

Terdiri dari pemeriksaan ultrasonografi dan CT-scan. Pada pemeriksaan ultrasonografi ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendiks. Sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian menyilang dengan apendikalit serta perluasan dari apendiks yang mengalami inflamasi serta pelebaran sekum.

### **2.3.2.1 Diagnosa Keperawatan**

1. Gangguan rasa aman & nyaman ( nyeri akut ) berhubungan dengan peradangan pada apendiks / proses inflamasi.

DS : menggambarkan nyeri abdomen yang awalnya samar-samar tetapi kemudian menjadi makin hebat dan terbatas sampai kuadran kanan bawah (titik Mc.Burney)

DO : pernapasan cepat; lutut ditekuk, ekspresi wajah meringis, adanya pergerakan yang terbatas

1. Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman

DS : mengeluh adanya nyeri yang timbul secara mendadak/tiba-tiba yang meningkatkan nyeri abdomen secara merata

DO : demam, suhu lebih dari 37,5°C, takicardi, distensi abdomen, terdapat peningkatan kekakuan otot perut, leukosit lebih dari 10.000 10<sup>3</sup>/ul

2. Kecemasan berhubungan dengan prosedur medis dan pembedahan

DS : pasien mengatakan merasa cemas, gelisah, pasien menanyakan hal-hal yang belum diketahui.

DO : kewaspadaan klien meningkat, takicardi, pasien tidak bisa tidur.

3. Potensial kekurangan Volume cairan berhubungan dengan anoreksia dan mual muntah

DS : pasien mengatakan ia mual dan muntah

DO : pasien nampak lemas, bibir kering, turgor kulit jelek dan merasa haus

### **2.3.3 Intervensi**

Diagnosa I

Goal : Klien akan mempertahankan rasa nyaman selama dalam perawatan

Objektif : Dalam jangka waktu 1 x 4 jam setelah diberikan tindakan :

- nyeri berkurang
- pasien nampak rileks
- Tanda-tanda vital : Nadi dan pernapasan dalam batas normal

Intervensi:

1. Kaji status nyeri ( penyebab, sifat, lokasi, tingkat keparahan dan waktu kapan dan berapa lama serangan / PQRST )

R/ merupakan informasi penting untuk melakukan tindakan yang tepat.

2. Ukur tanda-tanda vital ( denyut nadi dan pernapasan )

R/ perubahan tanda vital nadi dan pernapasan menunjukkan tanda nyeri.

3. Atur posisi pasien yang tepat dan nyaman

R/ nyeri akan lebih buruk dengan tidur posisi miring kanan dan adanya pergerakan

4. Ajarkan pasien teknik relaksasi, distraksi dan imagery

R/ tindakan ini dapat mengurangi nyeri

5. Berikan analgesic sesuai order

R/ analgesic dapat mengurangi nyeri

Diagnosa II

Goal : klien akan bebas dari infeksi selama dalam perawatan.

Objektif : Dalam jangka waktu 3 x 24 jam nyeri abdomen tidak bertambah berat, TTV normal, tidak ada tanda-tanda infeksi ( dolor/nyeri, calor/panas, tumor/bengkak dan rubor/kemerahan )

Intervensi :

1. Kaji tanda-tanda infeksi ( bengkak, panas, kemerahan )

R/ untuk melanjutkan pengkajian dan untuk memulai intervensi; perforasi membutuhkan intervensi operasi yang segera

2. Ukur tanda-tanda vital

R/ peningkatan suhu tubuh adalah tanda dari infeksi kuman

3. Kaji hasil pemeriksaan laboratorium

R/ Peningkatan kadar leukosit adalah tanda infeksi meluas.

4. Kolaborasi, Berikan antibiotik sesuai order

R/ antibiotik merupakan indikasi untuk mencegah pembedahan atau untuk membasmi infeksi intraabdominal.

Diagnosa III

Goal : Rasa cemas pasien akan terkontrol

Objektif : Dalam jangka waktu 30 menit :

- . pasien nampak tenang (TD,RR,nadi : normal)

- . pasien mau dioperasi

Intervensi:

1. Kaji faktor yang menyebabkan cemas

R/ indikasi untuk melakukan tindakan selanjutnya yang tepat

2. Berikan informasi tentang proses penyakit dan tindakan yang akan dilakukan

R/ untuk mengurangi rasa cemas

3. Kaji tanda-tanda vital

R / perubahan tanda vital suhu tubuh menunjukkan tanda infeksi..

4. Ajar pasien untuk melakukan teknik relaksasi; contohnya napas dalam

R/ dapat meningkatkan ketenangan dan meningkatkan coping pasien

#### Diagnosa IV

Goal : Pasien akan mempertahankan intake cairan yang adekuat selama dalam perawatan.

Objektif : Dalam jangka waktu 1 x 24 jam pasien minum sebanyak 1500 – 2000ml air, bibir tidak kering dan turgor kulit baik, tidak haus lagi.

Intervensi:

1. Observasi TTV tiap 4 jam

R/ sebagai data dasar untuk intervensi selanjutnya

2. Observasi input dan output cairan

R/ untuk memastikan keseimbangan cairan

3. Berikan pasien minum sedikit demi sedikit tapi sering

R/ untuk memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh

#### **2.3.4 Implementasi**

Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dirumuskan.

#### **2.3.5 Evaluasi**

1. Pasien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang/hilang dan pasien merasa terlihat lebih baik, tidak meringis dan pasien tidak menggunakan analgesik, status nyeri pada abdomen akan berkurang, pasien dapat beristirahat dengan tenang dan ekspresi wajah rileks

2. Pasien bebas dari infeksi ditandai dengan pasien mengatakan tidak rasa demam, suhu tubuh dalam batas normal, pada pemeriksaan abdomen tidak ada distensi, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kulit dan bagian tubuh tidak bengkak, panas dan memerah.

3. Kecemasan pasien berkurang dan terkontrol ditandai dengan pasien dapat menjawab pertanyaan dengan tepat dan kooperatif dengan petugas kesehatan
4. Kebutuhan cairan dalam tubuh pasien terpenuhi ditandai dengan pasien tidak mengeluh haus, bibir tidak kering, tidak takicardi, mukosa membran lembab.

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### **3.1. Hasil studi kasus**

##### **3.1.1 Gambaran Tempat atau Lokasi Penelitian**

Rumah Sakit Bhayangkara Kupang adalah Rumah Sakit tipe C milik Institusi Kepolisian Republik Indonesia Daerah Nusa Tenggara Timur. Ruang Mawar merupakan salah satu ruang rawat inap yang ada di Rumah Sakit Bhayangkara Kupang dan sebagai lokasi pengambilan studi kasus tentang asuhan keperawatan gangguan rasa aman & nyaman ( nyeri akut ). Ruang Mawar terdiri dari 1 Ruang Perawat, 1 Ruang Administrasi, 12 Ruangan/Kamar Perawatan pasien

##### **3.1.2 Karakteristik Pasien ( Identitas Pasien )**

Nama Pasien adalah Nn. B. M dirawat di Ruang Mawar 11.C Rumah Sakit Bhayangkara Kupang , Umur Pasien 21 Tahun, jenis kelamin perempuan, Suku Alor, menganut Agama Kristen Protestan, Pendidikan Pasien Mahasiswa Perguruan Tinggi ( Universitas Nusa Cendana Kupang ), dan bertempat tinggal di Kelurahan Kuanino, diagnosa medis Suspek Appendisitis Perforasi.

##### **3.1.3 Hasil Pengumpulan Data**

###### **3.1.3.1 Pengkajian**

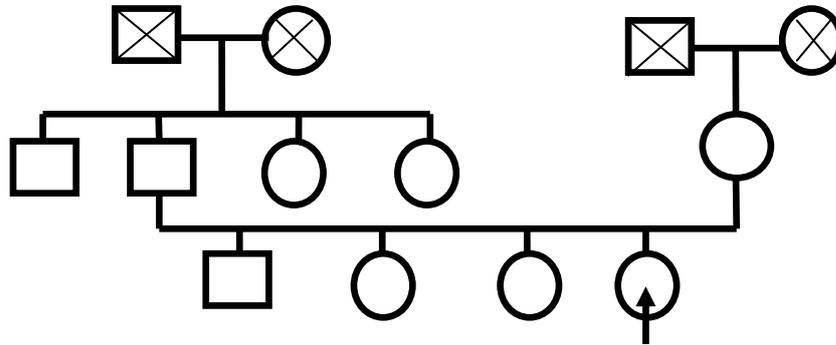
Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 jam 10:00 wita. Pada Nn. B. M dengan diagnose medis suspek Appendisitis Perforasi antara lain : **Keluhan utama saat ini**, Nn. B. M. mengatakan rasa nyeri sekali seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada perut kanan bawah , Skala nyeri 7 ( nyeri berat ) biasanya nyeri muncul tiba-tiba dengan sendirinya, ataupun saat dia batuk, tidur miring kanan, menggerakkan badan untuk bangun, berdiri dan berjalan, nyeri ini biasanya timbul semakin lama semakin bertambah

nyeri namun akan menghilang dengan sendirinya dalam beberapa menit  $\pm$  2- 5 menit,

**Riwayat penyakit saat ini**, Nn. B. M mengatakan pada 5 hari yang lalu, tepatnya hari rabu tanggal 10  $\pm$  jam 23:00 tiba-tiba dia merasakan nyeri yang sangat luar biasa seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada perut kanan bawah menjalar ke tengah, kaki kanan terasa kram dan susah untuk digerakan, badan terasa demam dan lemas, Nn. B M memanggil meminta tolong pada Ibunya, karena kondisi Nn. B. M terlihat lemas akhirnya Nn. B. M langsung dibawa Ibunya ke Rumah Sakit Bhayangkara Kupang jam 01;15 wita pada hari kamis, tanggal 11 Juli 2019.

**Riwayat masa lampau**, Nn. B. M mengatakan tidak pernah sakit seperti ini dan tidak pernah masuk atau dirawat dirumah sakit. Riwayat penyakit keluarga, Nn. B. M mengatakan dalam keluarga belum atau tidak ada yang pernah mengalami sakit appendicitis seperti yang dia alami saat ini.

### Bagan Genogram



### Keterangan Gambar :

-  : Laki-laki ( Telah meninggal )
-  : Laki-laki ( Masih hidup )
-  : Perempuan ( Telah meninggal )
-  : Perempuan ( Masih hidup )
-  : Perempuan ( Pasien )

**Riwayat sosial**, orang yang mengasuhnya selama ini adalah Ibu dan Bapak kandung dari Nn. B. M sendiri, hubungan dengan anggota keluarga baik, hubungan dengan teman baik, keadaan rumah bersih, cukup luas, jauh dari kali/sungai dan keramaian.

**Kebutuhan dasar**, saat sebelum sakit ; makanan yang disukai semua makanan dan tidak ada makanan yang tidak disukai atau alergi terhadap makanan tertentu, pola makan adalah setiap hari Nn. B. M makan nasi, sayur, ikan/daging, frekuensi makan 3 kali sehari, nafsu makan baik, saat sakit ; Nn. B. M makan makanan yang disiapkan oleh petugas rumah sakit, makanan yang lunak, nafsu makan baik, Nn. B. M mengatakan sebelum sakit tidak ada gangguan tidur, malam tidur  $\pm$  jam 22.00 wita, bangun pagi

± jam 05.00 wita, tidur siang ± jam 14.00 wita, bangun tidur siang ± jam 15.00 wita, saat sakit jam tidur cukup terganggu, selalu terbangun karena rasa nyeri diperut kanan bawah kadang muncul tiba-tiba, saat tidur ganti posisi miring kiri, ataupun menggerakkan kaki kanan. Nn. B. M mengatakan sebelum sakit mandi 2 kali sehari dan menggosok gigi 2 kali sehari, sedangkan waktu sakit Nn. B. M mandi 1 kali sehari dan gosok gigi 2 kali sehari, saat pengkajian Nn. B. M mengatakan sudah BAK, sebelum sakit ± 3-4 kali sehari dan BAB 1 kali sehari, saat sakit BAK ± 3-4 kali sehari dan BAB 1 kali sehari.

**Kondisi kesehatan saat ini**, status nutrisi ; berat badan sebelum sakit 54 kg, tinggi badan 155 cm, saat sakit tidak ada perubahan, BB 54 Kg, TB 155cm, status gizi masih dalam ambang batas normal dan tidak mengalami gangguan.

### **1. Pemeriksaan Fisik**

Hasil didapatkan keadaan umum pasien tampak sakit sedang, kesadaran composmentis, ( GCS; E4, V5, M6 ), tanda-tanda vital, tekanan darah ; 100/70 mmhg, nadi ; 118 kali / menit, suhu tubuh 37,5°C, pernapasan 20 kali / menit,

**Kepala dan Leher** ; Nn. B. M mengatakan rasa pusing saat nyeri, bentuk, ukuran dan posisi kepala normal, Penglihatan ; konjungtiva warna merah muda, sclera putih, tidak pakai kaca mata, penglihatan tidak kabur, tidak nyeri, tidak ada peradangan, pendengaran tidak ada gangguan, tidak ada nyeri dan peradangan, wajah :ekspresi meringis.

**Sistim pencernaan** ; Nn. B M mengeluh nyeri sekali seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada perut kanan bawah, nyeri tiba-tiba muncul dan mereda kembali ± 3-5 menit, nyeri juga muncul saat tidur miring sisi kanan, batuk keras, dan saat menggerakkan atau mengangkat kaki kanan, berdiri, ataupun berjalan, **inspeksi** ; Nn. B. M terlihat meringis kesakitan dan Raut wajah Nn. B. terlihat menahan rasa sakit sambil memegang perut

kanan bawah menahan rasa nyeri pada perut kanan bawah saat tidur miring sisi kanan, saat bangun duduk, batuk, berdiri, maupun berjalan ke kamar mandi, **skala nyeri 7** ( nyeri berat ),nyeri biasanya muncul tiba-tiba dengan sendirinya dengan durasi 3-5 menit, turgor kulit kembali normal < 2 detik, keadaan bibir lembab, warna mukosa merah muda, tidak ada luka/perdarahan, ada tanda-tanda radang ( nyeri, demam ringan ), keadaan gusi normal, keadaan abdomen ; warna kulit sawo matang, tidak ada luka, tidak ada luka, perdarahan, hemoroid, lecet/luka/bengkak, tidak mual dan muntah, **Auskultasi** bisisng usus 20 kali/menit, cairan normal, udara normal, **Palpasi** ; tonus otot normal, nyeri tekan pada perut kanan bawah.

**Sistim persyarafan** ; tidak ada keluhan, tingkat kesadaran ; composmentis, GCS ( E4, M5, V6 ), pupil isokor, tidak kejang, kordinator gerak normal, cranial reflex normal, reflexes normal.

**Sistem muskuloskeletal** ; tidak ada keluhan, tidak ada kelainan ekstremitas, tidak ada nyeri otot dan sendi, reflex sendi normal, Lesi tidak ada, turgor kembali normal < 2 detik, kelembaban normal, peteche tidak ada, kekuatan

otot : 
$$\begin{array}{c|c} 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 \end{array}$$

**Sistim perkemihan** ; Nn. B . M mengatakan tidak ada nyeri atau gangguan apapun saat BAK, intake cairan ; oral  $\pm$  500-600cc/hari, perenteral ; iuvd cairan Ringer Laktat 1.000 ml/24 jam, bentuk kelamin normal, uretra normal,

**Sistem endokrin** ; tidak ada keluhan, tidak ada pembesaran kelenjar.

**Sistem reproduksi** ; tidak ada keluhan, siklus menstruasi normal 20-30 hari setiap bulan, payudara normal, belum pernah hamil, pengeluaran pervagina normal.

**Pola kegiatan sehari-hari**, Nutrisi ; sebelum sakit pola makan ; Nn. B. M mengatakan setiap hari makan nasi, sayur dan ikan/daging, frekuensi makan 3 kali/hari, tidak ada pantangan makanan tertentu, suka semua

makanan, minum air sehari  $\pm$  1.200-1.500cc, BB 54 Kg, TB 155 cm, Perubahan selama sakit ; saat ini Nn. B. M makan makanan yang disajikan petugas Rumah Sakit ( makanan lembek ), Eliminasi ; Pola BAK sebelum sakit frekuensi BAK  $\pm$  3 kali sehari, warna putih kekuningan, bau amoniak, jumlah  $\pm$  600-800cc/hari, perubahan selama sakit tidak ada perubahan. Pola BAB sebelum sakit ; kebiasaan tanpa dibantu, frekuensi 1-2 kali sehari, warna kuning, bau khas, konsistensi lembek, perubahan selama sakit BAB 1 kali/hari.

**Olah-raga**, Nn B. M mengatakan kegiatan olah raga yang disukai yaitu sepak takrow, seringkali berlatih dan main sepak takrow bersama teman-teman, namu setelah kuliah 2 tahun ini Nn. B. M sudah jarang mengikuti latihan atau bermain sepak takrow.

**Isterahat dan tidur** ; sebelum sakit Nn. B. M mengatakan tidur malam jam 22.00 wita, bangun jam 05.00 wita, siang tidur jam 14.00, bangun jam 15.00 wita, mudah tertidur jika sudah mengantuk. Perubahan selam sakit, saat ini Nn. B. M hanya istirahat baring/tidur, namun seringkali selalu terbangun karena rasa nyeri diperut kanan bawah yang muncul tiba-tiba saat tertidur, saat batuk, dan saat tidur ganti posisi miring kiri, ataupun menggerakkan kaki kanan.

**Interaksi sosial**, Nn.B. M. tinggal dengan orang-tua dan saudara kandung, interaksi dengan keluarga, teman dan tetangga baik, rumah milik orang-tua, cukup luas, jauh dari sungai/kali dan kebisingan, jika ada masalah Nn. B. M selalu mengatakan kepada orangtua untuk diselesaikan secara baik-baik.

**Kegiatan keagamaan / Spiritual** ; Nn. B. M. mengatakan selalu mengikuti kegiatan Ibadah di Gereja setiap hari minggu, Ibadah Pemuda, Ibadah Rumah Tangga, dan sebagai anggota organisasi pemuda Gereja setempat.

**Keadaan psikologis selama sakit** ; Nn. B. M mengatakan penyakit yang diderita saat ini cukup berat dan rasa nyeri yang dialami sangat mengganggu aktifitas maupun istirahatnya, Nn. B. M merasa yakin setelah dirawat dan diobati di rumah sakit ini dia akan pulih dan sehat, interaksi dengan petugas kesehatan sangat baik dan kooperatif.

**Pemeriksaan penunjang** : Laboratorium ; pada tanggal 12 Juli 2019 hasil pemeriksaan darah waktu perdarahan 03,45 menit ( normal ; 1-3 menit ), waktu pembekuan 10,30 menit ( normal ; 5-10 menit ), glukosa darah sewaktu 160 mg/dl. ( normal ; < 120 mg/dl ), leukosit 11.000 /ul ( normal 5.000-10.000 / $\mu$ l ), trombosit 238 / $\mu$ l ( normal ; 150-400 / $\mu$ l ), eritrosit 4,4 juta/ $\mu$ l ( normal ; 4,0-5,0 juta/ $\mu$ l )

Pemeriksaan Radiologi ; Hasil pemeriksaan Ultrasonografi tanggal 15 Juli 2019 yaitu ; Hepar : ukuran normal, insensitas echo parenkim normal, sudut tajam, tepi regular, tak tampak pelebaran, IHBD/EHBD, v.porta dan v hepatica tampak baik, tak tampak massa/nodul/cista, GB ukuran normal, tak tampak penebalan dinding, tak tampak massa/batu/sludge, Pankreas:ukuran normal, insensitas echo parenkim normal, tak tampak kista/massa/kalsifikasi, tak tampak pelebaran duktus pancreaticus, Lien : ukuran normal, insensitas echo parenkim normal,tak tampak massa/cista/nodul, Ginjal Kanan: ukuran normal, insensitas echo parenkim normal,batas sinus cortex tampak jelas,tak tampak ekstasis system pelviocalyceal,tak tampak batu/kista/massa, Ginjal kiri : ukuran normal, insensitas echo parenkim normal,batas sinus cortex tampak jelas,tak tampak ekstasis system pelviocalyceal,tak tampak batu/kista/massa, Buli :terisi cukup urine, tak tampak penebalan dinding, tak tampak massa/batu Uterus ;ukuran normal, insensitas echo parenkim normal,tak tampak klasifikasi massa Adneksa kanan-kiri : tak tampak lesi solid/kistik, McBurney ; tak tampak appendiks yang edematous,target sign ( - )nyeri tekan probe ( +/- ) Tak tampak intensitas echo cairan bebas ekstraluminal di cavum abdomen dan cavum pleura kanan-kiri, Kesan :

Saat ini tidak tampak gambaran appendicitis acute ( adanya appendicitis retrocaecal belum dapat disingkirkan ) Peningkatan bayangan gas usus, Saat ini hepar / GB / Pancreas / Lien / Ginjal kanan-kiri / Buli / Uterus / Adneksa kanan-kiri tak tampak kelainan, Mohon korelasi klinis dan evaluasi lebih lanjut.

**Penatalaksanaan / pengobatan**, pengobatan sementara yang didapat Nn. B. M yaitu : terpasang IVFD Ringer Laktat 500cc 20 tts / menit, cetorolax 2 x 30 mg/iv ( drip ), indikasi ; obat analgesik yang digunakan untuk mengobati rasa nyeri, khususnya dianjurkan untuk nyeri sedang hingga berat, kontra indikasi ; gangguan pernapasan, penyakit jantung, penderita perdarahan, atau kelainan darah, penderita stroke, diabetes meletus, rheumatoid arthritis, dan jika terjadi alergi atau overdosis. Obat antibiotik yang didapat saat ini ceftriaxon 2x1 gram/iv, indikasi ; untuk mengobati sejumlah bakteri dengan cara menghambat pertumbuhan bakteri atau membunuh bakteri dalam tubuh, kontra indikasi ; hipersensivitas, hiperbilirubinemia neonatus, terutama mereka yang premature, neonates < 28 hari jika mereka menerima produk yang mengandung kalsium iv..

### 3.1.3.2 Analisa Data

Berdasarkan hasil pengumpulan data pada pengkajian, maka dapat dilakukan analisa data sebagai berikut ;

1. Data subyektif ; Nn. B. M Nn. B M mengeluh nyeri sekali seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada perut kanan bawah, nyeri tiba-tiba muncul dan mereda kembali  $\pm$  3-5 menit, nyeri juga muncul saat tidur miring sisi kanan, batuk keras, dan saat menggerakkan badan untuk berdiri, ataupun berjalan, Data Obyektif : Wajah Nn. B. M terlihat meringis kesakitan dan Raut wajah Nn. B. terlihat menahan rasa sakit sambil memegang perut kanan bawah menahan rasa nyeri pada perut kanan bawah saat tidur miring sisi kanan, saat bangun duduk, batuk, berdiri, maupun berjalan ke kamar mandi, nyeri skala 7 ( nyeri berat ), TTV ;

Tekanan darah 100/70 mmhg, Nadi.118 kali/menit, RR 20x/menit.

**Penyebab** ; proses inflamasi. **Masalah** ; nyeri akut.

2. Data subyektif ; Nn. B. M mengeluh badan terasa hangat dan agak demam, nyeri pada perut kanan bawah. Data obyektif ; Suhu tubuh ; 37,5°C, denyut nadi 118 kali / menit, nyeri tekan pada perut kanan bawah, hasil pemeriksaan laboratorium ; Leukosit 11.000 / $\mu$ l. **Penyebab** ; Infasi kuman. **Masalah** ; resiko tinggi penyebaran infeksi.

Prioritas dari 2 masalah keperawatan yang ditemukan pada analisa data, maka prioritas diagnosa keperawatan yang ditetapkan berdasarkan prinsip resiko mengancam jiwa, mengancam kesehatan, dan mengancam tumbuh kembang. Adapun prioritas masalah yang ditegakkan berdasarkan 3 prinsip yaitu (1)Gangguan rasa aman & nyaman ( nyeri akut ) berhubungan dengan proses inflamasi (2) Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman.

### 3.1.2.3 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada Nn. B. M. maka diagnose keperawatan yang ditetapkan ada 2 diagnosa keperawatan yaitu ;

1. Gangguan rasa aman & nyaman ( nyeri akut ) berhubungan dengan proses inflamasi
2. Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman.

### 3.1.2.4 Intervensi

Diagnosa keperawatan gangguan rasa aman & nyaman ( nyeri akut ) berhubungan dengan proses inflamasi, **Goal**: Klien akan mempertahankan rasa nyaman selama dalam perawatan. **Objektif** : Dalam jangka waktu 1 x 4 jam setelah diberikan tindakan : nyeri berkurang/hilang dengan criteria hasil : nyeri berkurang dari skala 7 ( nyeri berat ) menjadi skala 4 ( nyeri sedang ), pasien nampak rileks, tanda-tanda vital : Denyut nadi dalam batas normal ( 60-100x/menit ). Intervensi: 1) Kaji status nyeri ( penyebab,

sifat, lokasi, tingkat keparahan dan waktu kapan dan berapa lama serangan ), R/ merupakan informasi penting untuk melakukan tindakan yang tepat. 2) Ukur tanda-tanda vital, R/ perubahan tanda vital nadi dan pernapasan menunjukkan tanda nyeri. 3) Atur posisi pasien yang tepat dan nyaman, R/ nyeri akan lebih buruk dengan adanya pergerakan dan tidur pada posisi lokasi nyeri. 4) Ajarkan pasien teknik relaksasi, distraksi dan imagery napas dalam, R/ tindakan ini dapat mengurangi nyeri. 5) Pemberian analgesic sesuai order, R/ analgesic dapat mengurangi nyeri

Diagnosa keperawatan resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman. **Goal** : klien akan bebas dari infeksi selama dalam perawatan. **Objektif** : Dalam jangka waktu 3 x 24 jam nyeri abdomen tidak bertambah berat, TTV : suhu tubuh dalam batas normal ( 36,5 – 37,5 °C ), tidak ada tanda-tanda infeksi ( dolor/nyeri, calor/panas, tumor/bengkak dan rubor/kemerahan ), Kadar Leukosit dalam batas norman ( 5.000-10.000 / $\mu$ l ) Intervensi : 1) Kaji tanda-tanda infeksi. R/ untuk melanjutkan pengkajian dan untuk memulai intervensi; perforasi membutuhkan intervensi operasi yang segera. 2) Ukur tanda-tanda vital, R/ peningkatan suhu tubuh adalah tanda dari infasi kuman. 3) Kaji hasil pemeriksaan laboratorium, R/ Peningkatan kadar leukosit adalah tanda infeksi meluas. 4) Kolaborasi, Berikan antibiotik sesuai order, R/ antibiotik merupakan indikasi untuk mencegah pembedahan atau untuk membasmi infeksi intraabdominal.

### **3.1.2.5 Implementasi Keperawatan**

Implentasi dilakukan mulai tanggal 15-17 Juli 2019. Tindakan keperawatan dilakukan sesuai intervensi atau perencanaan kegiatan yang telah dirancang dengan baik.

#### **Hari pertama,Senin, 15 Juli 2019**

Pada hari pertama melakukan implementasi diagnosa keperawatan gangguan rasa aman & nyaman ( nyeri akut ) berhubungan dengan proses

inflamasi, tindakan keperawatam yang telah dilakukan yaitu : **1)** Pukul 11 : 30, mengkaji status nyeri ( penyebab, sifat, lokasi, tingkat keparahan dan waktu kapan dan berapa lama serangan ), hasilnya : Nn. B. M mengeluh rasa nyeri sekali seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada perut kanan bawah, nyeri tiba-tiba muncul dan mereda kembali  $\pm$  3-5 menit, nyeri juga muncul saat tidur miring sisi kanan, batuk keras, dan saat menggerakkan tubuh untuk berdiri, ataupun berjalan, Data Obyektif : Wajah Nn. B. M terlihat meringis kesakitan menahan nyeri saat bergerak tidur miring sisi kanan, saat bangun duduk, batuk, berdiri, maupun berjalan ke kamar mandi, nyeri skala 7 ( nyeri berat ). **2)** Pukul 11 :40, mengukur tanda-tanda vital, hasilnya : tekanan darah 100/70 mmhg, nadi: 118 kali/ menit, suhu : 37,5°C, pernapasan 20x/menit. **3)** Pukul 11 : 50, Mengatur pasien untuk tidur posisi miring kiri, hasilnya, Nn. B. M mau mengikuti perintah untuk selalu pertahankan tidur pada posisi tidak miring kanan, **4)** Pukul 12 : 00, Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam, hasilnya : Nn. B. M mengikuti perintah dan dapat mempraktekan cara melakukan tindakan relaksasi napas dalam. **5)** Pukul 12 : 30 Memberikan/melayani obat analgesic cetorolax 2 x 30 mg/iv,( drip ) pada cairan infuse Ringer Lakatat yang terpasang pada tangan kiri dan baru diganti, hasilnya : Nn. B. M mengikuti perintah dan menerima therapy yang diberikan.

Pada diagnosa keperawatan resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : **1)** pukul 11 : 35 mengkaji tanda-tanda infeksi, hasilnya : tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi ( tidak ada bagian kulit dan bagian tubuh tertentu yang merasa panas, memerah dan bengkak ). **2)** Pukul 11 : 40 mengukur tanda-tanda vital, hasilnya : tekanan darah 100/70 mmhg, nadi: 100 kali/ menit, suhu : 38,0°C. **3)** Pukul 11. 50, mengkaji hasil pemeriksaan laboratorium, hasilnya : jumlah leukosit 11.000. / $\mu$ l. **4)** Pukul 12 : 30 memberikan obat anti biotik cefriaxon 2x1 gram/iv, hasilnya Nn. B. M mengikuti perintah dan menerima therapy yang diberikan.

## **Hari kedua 16 Juli 2019**

Pada hari kedua implementasi untuk diagnosa keperawatan gangguan rasa aman & nyaman ( nyeri akut ) berhubungan dengan proses inflamasi, tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu : **1)** pukul 08 : 00 mengkaji status nyeri ( penyebab, sifat, lokasi, tingkat keparahan dan waktu kapan dan berapa lama serangan ), hasilnya : Nn. B. M mengatakan nyeri pada perut kanan bawah sudah agak berkurang dengan posisi tidur miring kiri, ekspresi wajah tampak masih meringis kesakitan, namun tidak seperti hari sebelumnya, tangan kanan masih terlihat memegang perut kanan bawah saat nyeri muncul, saat duduk, berdiri, dan berjalan menuju KM/WC, skala nyeri 5 ( nyeri sedang ), **2)** Pukul 08 : 10, mengukur tanda-tanda vital, hasilnya : tekanan darah 100/70 mmhg, nadi: 88 kali/ menit, pernapasan 20 x/menit. **3)** Pukul 08 : 15, Menganjurkan pasien untuk selalu tidur dalam posisi tidak miring kanan , hasilnya, Nn. B. M mau mengikuti perintah untuk selalu pertahankan tidur pada posisi tidak miring kanan, **4)** Pukul 08 : 20, Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam yang baik dan benar, hasilnya : Nn. B. M mau mengikuti perintah dan melakukan teknik relaksasi napas dalam dengan baik dan benar, **5)** Pukul 12 : 00, Memberikan/melayani obat analgesik ceterolax 2x30 mg/iv ( drip ) pada cairan infuse Ringer Lakatata, hasilnya : Nn. B. M mengikuti perintah dan menerima therapy yang diberikan.

Pada diagnosa keperawatan resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infeksi kuman, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : **1)** pukul 08 : 00 mengkaji tanda-tanda infeksi, hasilnya : tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi ( tidak ada bagian kulit dan bagian tubuh tertentu yang merasa panas, memerah dan bengkak ). **2)** Pukul 08 : 10 mengukur tanda-tanda vital, hasilnya : tekanan darah 100/70 mmhg, nadi: 88 kali/ menit, suhu : 37,0°C. **3)** Pukul 11. 50, mengkaji hasil pemeriksaan laboratorium, hasilnya : jumlah leukosit 11.000. /ul **4)** Pukul 12 : 30 memberikan obat anti inflamasi nonsteroid ceftriaxon 2x1 gram melalui

intravena, hasilnya Nn. B. M mengikuti perintah dan menerima therapy yang diberikan.

### **Hari ketiga 17 Juli 2019**

Pada hari ketiga implementasi untuk diagnosa keperawatan gangguan rasa aman & nyaman ( nyeri akut ) berhubungan dengan proses inflamasi, tindakan keperawatan yang telah dilakukan yaitu : **1)** pukul 08 : 00 mengkaji status nyeri mengkaji status nyeri ( penyebab, sifat, lokasi, tingkat keparahan dan waktu kapan dan berapa lama serangan ), hasilnya : Nn. B. M mengatakan nyeri pada perut kanan bawah sudah berkurang dengan posisi tidur miring kiri, ekspresi wajah tampak tidak meringis kesakitan, tangan kanan kadang-kadang masih terlihat memegang perut kanan bawah saat nyeri muncul, saat duduk, berdiri, dan berjalan menuju KM/WC, skala nyeri 4 ( nyeri ringan ), **2)** Pukul 08 : 10, mengukur tanda-tanda vital, hasilnya : tekanan darah 100/70 mmhg, nadi: 80 kali/ menit, pernapasan 20 x/menit. **3)** Pukul 08 : 20, Mengajarkan pasien untuk tetap mempertahankan dan selalu tidur pada posisi tidak miring kanan, hasilnya : Nn. B. M mau mengikuti perintah dan melakukan tidur pada posisi tidak miring kanan. **4)** Pukul 08 : 25, Mengajarkan pasien untuk tetap pertahankan teknik relaksasi napas dalam yang baik dan benar, hasilnya : Nn. B. M mau mengikuti perintah dan melakukan teknik relaksai napas dalam dengan baik dan benar **5)** Pukul 12 : 00, memberikan obat analgesic cetorolax 2x30 mg/iv ( drip ) pada cairan infuse Ringer Lakatat, hasilnya : Nn. B. M mengikuti perintah dan menerima therapy yang diberikan.

Pada diagnosa keperawatan resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman, tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu : **1)** pukul 08 : 30 mengkaji tanda-tanda infeksi, hasilnya : tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi ( tidak ada bagian kulit dan bagian tubuh tertentu yang merasa panas, memerah dan bengkak ). **2)** Pukul 08 : 40 mengukur tanda-tanda vital, hasilnya : tekanan darah 100/70 mmhg, nadi:

80 kali/ menit, suhu : 37,°C. **3)** Pukul 11. 50, mengkaji hasil pemeriksaan laboratorium, hasilnya : jumlah leukosit 10.200. 103/ $\mu$ l. **4)** Pukul 12 : 30 memberikan obat anti antibiotik cefriaxon 2x1 gram/iv, hasilnya Nn. B. M mengikuti perintah dan menerima therapy yang diberikan.

### **3.1.3.6 Evaluasi Keperawatan**

Setelah melaksanakan tahapan dalam proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menetapkan diagnose keperawatan, menentukan rencana atau intervensi keperawatan dan implementasi, tahapan terakhir adalah melakukan evaluasi keperawatan dilakukan dengan menggunakan metode **SOAP**.

#### **Hari Pertama, Senin 15 Juli 2019**

Evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi, evaluasi dilakukan pada jam 14 : 00 wita **S** : Nn. B. M mengatakan masih rasa nyeri di perut kanan bawah seperti tertusuk-tusuk benda tajam, **O** : skala nyeri 7 ( nyeri berat ), ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, tidur sambil tangan kanan memegang perut kanan bawah menahan nyeri, kaki kanan selalu digerakan dan ditekuk, nadi 118 kali/menit, **A** : masalah belum teratasi. **P** : intervensi 1-5 dilanjutkan.

Evaluasi diagnosa keperawatan resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan proses infasi kuman, evaluasi dilakukan pada jam 14 : 10 wita **S** : -, **O** : tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi ( tidak ada bagian kulit dan bagian tubuh tertentu yang merasa nyeri, panas, memerah dan bengkak ). suhu tubuh 37,0°C ( normal : 36-37,5°C ), leukosit 11.000 / $\mu$ l ( normal 5.000-10.000 / $\mu$ l ). **A** : masalah belum teratasi. **P** : intervensi 1-4 dilanjutkan.

#### **Hari Kedua, Selasa 16 Juli 2019**

Evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi, evaluasi dilakukan pada jam 14 : 00 wita **S** : Nn. B. M

mengatakan rasa nyeri pada perut kanan bawah sudah berkurang, **O** : ekspresi wajah tampak tidak meringis kesakitan seperti hari sebelumnya, nadi 88 kali/menit, skala nyeri 5 ( nyeri sedang ), **A** : masalah teratasi sebagian. **P** : intervensi 1. 2, 4 dan 5 dilanjutkan, intervensi 3 dipertahankan.

Evaluasi diagnosa keperawatan resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman, evaluasi dilakukan pada jam 14 : 10 wita **S** : -. **O** : tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi ( kulit tidak memerah dan tidak ada bengkak ), tidak ada peningkatan suhu tubuh 37,0°C, jumlah leukosit 11.000 / $\mu$ l ( normal 5.000-10.000 / $\mu$ l ). **A** : masalah belum teratasi. **P** : intervensi 1-4 dilanjutkan.

### **Hari Ketiga, Rabu 17 Juli 2019**

Evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi, evaluasi dilakukan pada jam 14 : 00 wita **S** : Nn. B. M mengatakan nyeri sudah berkurang. **O** :, ekspresi wajah tampak tidak meringis kesakitan seperti hari sebelumnya/lebih rileks, nadi 80 kali/menit skala nyeri 4 ( nyeri sedang ), **A** : masalah teratasi sebagian. **P** : intervensi 1, 2 dan 5 dilanjutkan, intervensi 3 dan 4 tetap dipertahankan.

Evaluasi diagnosa keperawatan resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan proses infasi kuman, evaluasi dilakukan pada jam 14 : 10 wita **S** : -, **O** : tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi ( kulit tidak memerah dan tidak ada bengkak ), tidak ada peningkatan suhu tubuh 37,0°C, leukosit 10.200/ $\mu$ l ( normal 5.000-10.000 / $\mu$ l ). **A**. Masalah teratasi sebagian **P** : intervensi 1-4 dilanjutkan

## **3.2 Pembahasan**

### **3.2.1 Pembahasan Studi Kasus**

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Nn. B. M dengan Suspek Appendisitis Perforasi yang dilaksanakan di Ruang Mawar Rumah Sakit

Bhayangkara Kupang selama 3 hari dari tanggal 15 Juli sampai dengan 17 Juli 2019, pada bab ini penulis membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

### **3.2.2 Pengkajian Keperawatan**

Menurut Brunner dan Sudarth dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah ( 2001 ), pasien dengan appendisitis akan mengalami tanda dan gejala seperti nyeri abdomen yang awalnya samar-samar tetapi kemudian menjadi makin hebat dan terbatas sampai kuadran kanan bawah (titik Mc.Burney), pernapasan cepat; lutut ditekuk, ekspresi wajah meringis, adanya pergerakan yang terbatas. Maka menurut penulis tidak ada kesenjangan antara tanda dan gejala yang ada pada teori dan kasus nyata pada Nn. B. M karena saat dilakukan pengkajian ditemukan adanya keluhan awalnya ada terasa nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam.

Berdasarkan teori, appendisitis terjadi karena adanya infeksi pada umbai apendiks dan merupakan penyakit bedah abdomen yang paling sering terjadi. Apendiks adalah organ tambahan kecil yang menyerupai jari, yang melekat pada sekum tepat dibawah katub ileosekal. Masalah keperawatan yang sering muncul pada kasus Appendisitis adalah nyeri, resiko infeksi dan kecemasan, serta kekurangan cairan. Penyebab dari timbulnya masalah ini adalah karena adanya penyumbatan pada lumen apendiks yang menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Peningkatan tekanan ini menyebabkan terhambatnya aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri dan ulserasi mukosa sehingga menyebabkan nyeri. Bila sekresi mukosa terus berlanjut, tekanan terus meningkat yang menyebabkan edema bertambah dan bakteri akan menembus dinding sehingga bias terjadi infeksi, sedangkan dari hasil pengkajian pada Nn. B. M didapatkan tidak terjadi kesenjangan antara

teori dan praktek, karena pada kasus nyata faktor pencetus penyebab terjadinya appendisitis dan masalah keperawatan yang ditemukan pada Nn. B. M sesuai dengan teori.

### **3.2.3 Diagnosa Keperawatan**

Menurut Brunner dan Sudarth dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (2001 ) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan appendisitis ada 4, namun yang ditemukan pada Nn. B. M hanya 2 diagnosa keperawatan yaitu: 1) Gangguan rasa aman & nyaman ( nyeri akut ) berhubungan dengan proses inflamasi (penekanan/ kerusakan jaringan saraf, infiltrasi sistem suplai saraf, obstruksi jalur saraf, inflamasi), 2) Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman. Menurut penulis ada terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang dialami Nn B. M. Karena ada 2 diagnose keperawatan yaitu diagnosa keperawatan kecemasan berhubungan dengan prosedur medis dan pembedahan serta diagnosa keperawatan potensial kekurangan Volume cairan berhubungan dengan anoreksia dan mual muntah tidak ada karena tidak ditemukan tanda dan gejala saat pengkajian pada Nn. B. M sesuai teori.

### **3.2.4 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada Nn. B. M semuanya sesuai dan berdasarkan teori, sehingga menurut penulis tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada N. B. M.

### **3.2.5 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi dan teori sehingga menurut penulis tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada Nn. B. M.

### 3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung dengan menggunakan metode SOAP. Evaluasi yang dilakukan pada Nn. H. B. M sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objektif yang ditetapkan, sehingga menurut penulis tidak ada kesenjangan antara kasus nyata dan teori. Evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi yaitu pasien masih merasakan nyeri pada perut kanan bawah yang muncul tiba-tiba saat pasien beristirahat dan pada saat bangun dari tidur atau berjalan ke kamar mandi/WC, skala nyeri 4 ( nyeri sedang ), TD: /100/70 mmHg, S: 37,0°C, N: 80 x/menit, RR: 20x/menit. Pada diagnosa resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman yaitu tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi ( kulit dan bagian tubuh lainya tidak ada kemerahan dan edema/bengkak ) suhu tubuh 37°C, leukosit 10.200 / $\mu$ l. Menurut Penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada Nn. B. M.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **1. Kesimpulan**

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ) dengan appendisitis antara teori dan kasus sama. Hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan teori pada kasus Nn. B. M. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi/perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **1.1 Pengkajian**

Pengkajian dilakukan langsung pada Nn. B, M, hasil pengkajian ditemukan diantaranya : pasien mengeluh nyeri pada perut kanan bawah seperti tertusuk-tusuk benda tajam, skala nyeri 7 ( nyeri berat ), nyeri muncul secara tiba-tiba, atau pada saat menggerakkan badan untuk tidur miring kanan, duduk, berdiri, dan berjalan, durasi nyeri 3-5 menit. Masuk Rumah Sakit pada tanggal 11 Juli 2019 jam 11 : 15 wita. Di Rumah Sakit Bhayangkara Kupang, Ruang Mawar.

#### **1.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengumpulan data maka dapat ditegakkan 2 diagnosa keperawatan pada Nn. B. M antara lain : 1) Gangguan rasa aman dan nyaman ( nyeri akut ) berhubungan dengan proses inflamasi, 2) Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman.

#### **1.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan yang ada pada Nn. B. M sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan.

## **1.4 Implementasi Keperawatan**

Tindakan keperawatan pada Nn. B. M sesuai dengan intervensi yang ditetapkan dengan diagnosa keperawatan prioritas, implementasi dilakukan selama 3 hari.

## **1.5 Evaluasi Keperawatan**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka selama 3 hari penulis melakukan evaluasi pada Nn. B. M dengan 2 diagnosa keperawatan, dengan hasil sebagai berikut : 1) Nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi teratasi sebagian. 2) Resiko tinggi penyebaran infeksi teratasi sebagian.

## **2 Saran**

### **2.1 Bagi Penulis**

Pengkajian pada pasien dilakukan secara *head to-toe* dan selalu berfokus pada keluhan pasien saat pengkajian ( *here ang now* ). Selain tindakan mandiri perawat, perlu ditingkatkan dalam perawatan pasien.

### **2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan dapat memperbanyak fasilitas dalam proses pendidikan dan melengkapi perpustakaan dengan buku-buku keperawatan, khususnya buku tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ).

### **2.3 Bagi Rumah Sakit**

Untuk pihak rumah sakit khususnya perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ), diharapkan dapat melakukan setiap tindakan sesuai dengan teori dan intervensi yang telah direncanakan, dan hasil studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan,

terkhususnya untuk pasien dengan masalah gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ).

#### **2.4 Bagi pasien**

Tindakan keperawatan yang telah diberikan Perawat kiranya dapat dijadikan pedoman untuk mengetahui lebih lanjut penyakit yang dialami dan penatalaksanaan yang tepat pada gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman & nyaman ( nyeri akut ).

## DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo,S. (2013 ). Konsep & Proses Keperawatan Nyeri, Jogjakarta:Ar-Ruzz.
- Brunner dan Sudarth dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah ( 2001 ), Jakarta: EGC
- Buku Register Pasien Ruang Mawar Rumah Sakit Bhayangkara Kupang. Edisi. 2019
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. 2016. *Nursing Interventions Classification*. Edisi Keenam. Indonesia.
- Hasdianah, Supranto IS. 2016. Patologi Dan Patofisiologi Penyakit. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hidayat A ( 2008 ). Konsep Dasar Keperawatan, Salemba Medika,Jakarta.
- Lemone P, Burke KM, Bauldoff G. 2016. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Volume 3. Jakarta: EGC.
- Mansjor A ( 2005 ). Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta Media Aesculapius.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. 2016. *Nursing Outcomes Classification*. Edisi Kelima. Indonesia.
- Nanda International Inc.diagnose keperawatan;definisi & klasifikasi 2015-2017/editor.T.Heather
- Potter dan Perry ( 2005 ). Buku Ajar Fundamental Keperawatan. Edisi 4. Jakarta EGC.
- Wijaya AS, Putri YM. 2013. KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah. Cetakan pertama. Yogyakarta: Nuha medika.
- Suzanne C.Smeltzer dalam Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Vol.3 Jakarta EGC.

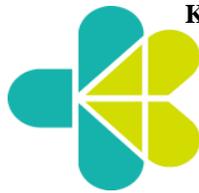
# LAMPIRAN

Lampiran : 1 Jadwal Kegiatan

Kegiatan	BULAN JULI																																		
	TANGGAL																																		
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0					
Pembekalan																																			
Lapor diri di rumah sakit																																			
Pengambilan kasus																																			
Ujian praktek																																			
Perawatan kasus																																			
Penyusunan studi kasus dan konsultasi dengan pembimbing																																			
Ujian siding																																			
Revisi hasil ujian siding																																			
Pengumpulan studi kasus																																			

## Lampiran 2. Lembar Pengkajian

### A. Pengkajian



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG



Direktorat : Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp: (0380)8800256

Fax (0380) 8800256, Email : [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

---

**Nama Mahasiswa : Pestus Johanis Bapa**

**Nim : PO5303201181226.**

#### Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Nn. B. M

Ruangan/Kamar : Ruang Mawar

Diagnosa Medis : Suspek. Appendisitis Perforasi

No.Medikal Record : 140299

Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 11.00

Masuk Rumah Sakit : 11 Juli 2019 Jam : 01.15

#### Identitas Penanggung

Nama : Ny. C. M Pekerjaan : Pensiunan PNS

Jenis Kelamin : Perempuan

Hubungan dengan Klien : Ibu Kanung

Alamat : Kuanino

#### Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama: Pasien mengeluh nyeri pada perut kanan bawah.

- Kapan : Tgl 10 Juli 2019
- Lokasi : Kuaran kanan bawah

## 2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : Kurang lebih jam 22.00 tanggal 10 Juli 2019 pasien mengeluh nyeri yang luar biasa pada perut kanan bawah..
- Sifat keluhan : Nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam.
- Lokasi : Kuadran kanan bawah.
- Keluhan lain yang menyertai : -.
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Pasien mengatakan nyeri muncul tiba-tiba, dan juga saat bergerak tidur miring kanan, duduk, berdiri, dan berjalan..
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana): Pasien mengatakan nyeri berkurang pada saat tidur miring kiri, nyeri bertambah pada saat batuk, dan bergerak untuk duduk, berdiri atau berjalan.
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: Pasien berteriak meminta tolong Ibunya dan malam itu juga jam 01.15 pasien dibawa ke Rumah Sakit Bhayangkara Kupang.

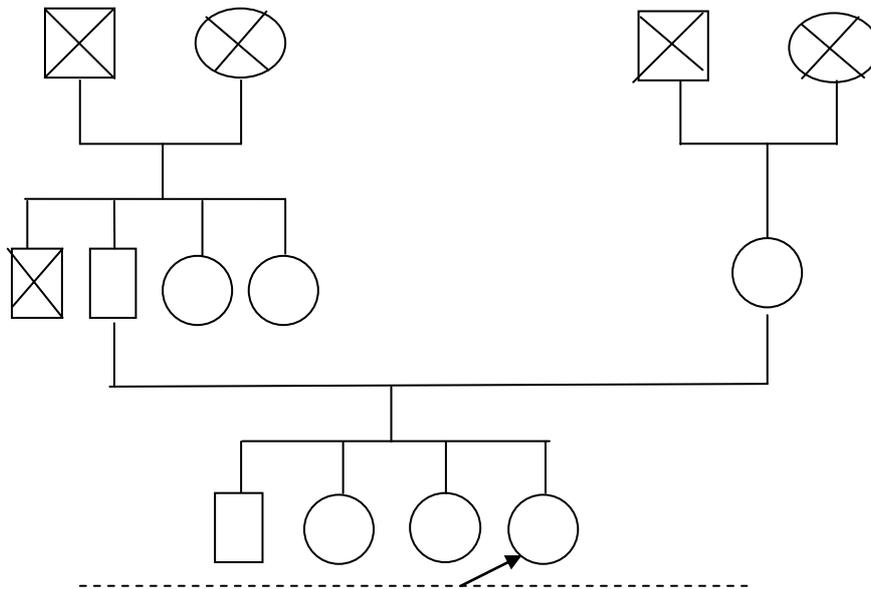
## 3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita : Gastritis akut
- Riwayat alergi : Tidak ada.
- Riwayat operasi: Tidak pernah dirawat di Rumah Sakit
- Kebiasaan merokok : Tidak pernah merokok
- Minum alkohol : Tidak pernah minum alkohol
- Minum kopi : Tidak suka minum kopi.
- Minum obat-obatan : tidak.

**Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :**

*Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.*

**Bagan 3.1 Genogram**



Keterangan :



: Laki-laki meninggal



: Perempuan meninggal



: Laki-laki



: Perempuan ( Pasien )



: Perempuan



**Pemeriksaan Fisik**

1. Tanda – Tanda Vital

Tekanan darah: 100/70 mmHg, Nadi: 118x/menit

Pernapasan : 20x/menit, Suhu badan: 38,0<sup>0</sup>C

2. Kepala dan leher

Kepala :

Sakit kepala : Nn. B. M Pusing khususnya saat nyeri muncul.

Bentuk , ukuran dan posisi:

normal       abnormal, jelaskan :

Lesi :  ada, Jelaskan : **tidak ada**

Masa :  ada, Jelaskan : **tidak ada**

Observasi Wajah :  **simetris**  asimetri, Jelaskan

Penglihatan : Baik

Konjungtiva: Merah Muda

Sklera: putih

Pakai kaca mata :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Penglihatan kabur :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Nyeri : Tidak ada keluhan

Peradangan : Tidak ada keluhan

Operasi :

Jenis : Tidak ada

Waktu : Tidak ada

Tempat : Tidak ada

Pendengaran:

Gangguan pendengaran :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Nyeri :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Peradangan :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Hidung:

Alergi Rhinitis :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Riwayat Polip :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Sinusitis :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Epistaksis :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Tenggorokan dan mulut:

Keadaan gigi : Bersih

Caries :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Memakai gigi palsu :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Gangguan bicara :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Gangguan menelan :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Pembesaran kelenjar leher :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Sistem Kardiovaskuler:

Nyeri Dada :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Inspeksi :

Kesadaran/ GCS : Compos Mentis E:4,V:5,M:6

Bentuk dada :  abnormal , Jelaskan :  **normal**

Bibir :  sianosis  **normal**

Kuku :  sianosis  **normal**

Capillary Refill :  Abnormal  **normal**

Tangan :  Edema  **normal**

Kaki :  Edema  **normal**

Sendi :  Edema  **normal**

Ictus cordis/Apical Pulse:  **Teraba**  tidak teraba

Vena jugularis :  Teraba  tidak teraba

Perkusi : pembesaran jantung:

Auskultasi : BJ I :  Abnormal  **normal**

BJ II :  Abnormal  **normal**

Murmur : Tidak ada

Sistem Respirasi

Keluhan : Tidak ada keluhan

Inspeksi :

Jejas :  Ya, Jelaskan :  **tidak**

Bentuk Dada :  Abnormal, Jelaskan :  **Normal**

Jenis Pernapasan :  Abnormal, (Dispnea, Kussmaul, .....) **tidak**

Irama Napas :  **teratur**  tidak teratur

Retraksi otot pernapasan :  Ya  **tidak**

Penggunaan alat bantu pernapasan :  Ya, Jelaskan  **tidak**

Perkusi : Cairan :  Ya  **tidak**

Udara :  Ya  **tidak**

Massa :  Ya  **tidak**

Auskultasi :

Inspirasi :  **Normal**  Abnormal

Ekspirasi :  **Normal**  Abnormal

Ronchi :  Ya  **tidak**

Wheezing :  Ya  **tidak**

Krepitasi :  Ya  **tidak**

Rales :  Ya  **tidak**

Clubbing Finger :  **Normal**  Abnormal

Sistem Pencernaan:

Keluhan : Nyeri pada perut kanan bawah

Inspeksi :

Turgor kulit :  Abnormal, Jelaskan :  **Normal**

Keadaan bibir :  lembab  kering

Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : Merah Muda

Luka/ perdarahan :  Ya, Jelaskan  **tidak**

Tanda-tanda radang :  Ya, Jelaskan  **tidak**

Keadaan gusi :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Keadaan abdomen

Warna kulit : Sawo matang

Luka :  Ya, Jelaskan  **tidak**

Pembesaran :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Keadaan rektal

Luka :  Ya, Jelaskan  **tidak**

Perdarahan :  Ya, Jelaskan  **tidak**

Hemmoroid :  Ya, Jelaskan  **tidak**

Lecet/ tumor/ bengkak :  Ya, Jelaskan  **tidak**

Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : Normal 5-30x/menit

Perkusi : Cairan :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Udara :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Massa :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Palpasi:

Tonus otot:  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Nyeri :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Massa :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Sistem Persyarafan:

Keluhan : Tidak ada keluhan

Tingkat kesadaran: Compos Mentis GCS (E4/M5/V6) jumlah 15.

Pupil :  **Isokor**  anisokor

Kejang :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Jenis kelumpuhan :  Ya, Jelaskan  **tidak**

Parasthesia :  Ya, Jelaskan  **tidak**

Koordinasi gerak :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Cranial Nerves :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Reflexes :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Sistem Musculoskeletal

Keluhan : Tidak ada keluhan

Kelainan Ekstremitas :  ada, Jelaskan  **tidak ada**

Nyeri otot :  ada  **tidak ada**

Nyeri Sendi :  ada  **tidak ada**

Refleksi sendi :  abnormal, Jelaskan  **normal**

kekuatan otot :

Atropi  hipertropi  **normal**

5	5
5	5

Sistem Integumen:

Rash :  ada, Jelaskan tidak ada keluhan  **tidak ada**

Lesi :  ada, Jelaskan  **tidak ada**

Turgor : Baik      Warna : Sawo matang

Kelembaban :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Petechie :  ada, Jelaskan  **Tidak ada**

Lain lain: Tidak ada

#### Sistem Perkemihan:

Gangguan :  kencing menetes  inkontinensia  retensi  
 gross hematuri  disuria  poliuri  
 oliguri anuri

Alat bantu (kateter, dll) ya   **tidak**

Kandung kencing : membesar  ya  **tidak**

nyeri tekan  ya  **tidak**

#### Produksi urine :

Intake cairan :  oral :  ± 750 cc/hr parenteral : 1.000cc/hr

Bentuk alat kelamin : **Nomal**  Tidak normal, sebutka

Uretra :  **Normal**  Hipospadia/Epispadia

Lain-lain : Tidak ada

#### Sistem Endokrin:

Keluhan : Tidak ada keluhan

Pembesaran Kelenjar : Tidak ada pembesaran kelenjar

Lain – lain : Tidak ada.

#### Sistem Reproduksi

Keluhan : Tidak ada

Wanita : Siklus menstruasi : Teratur setiap bulan

Keadaan payudara :  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Riwayat Persalinan: Tidak ada

Abortus: Tidak ada

Pengeluaran pervagina:  Abnormal, Jelaskan  **normal**

Lain-lain: Tidak ada

Pria : Pembesaran prostat :  ada  tidak ada

#### Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL):

#### Nutrisi:

Pola makan : Makan sendiri, nasi, sayur dan ikan/daging.

Frekuensi makan : 3x1/hari

Nafsu makan : Baik

Makanan pantangan : Pasien mengatakan tidak ada pantangan.

Makanan yang disukai : Semua makanan.

Banyaknya minuman dalam sehari : ± 1.500ml/hari

Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Tidak ada

BB : 54 Kg TB : 155 Cm

Kenaikan/Penurunan BB: -kg, dalam waktu: -

Perubahan selama sakit : Pasien sekarang hanya makan makanan yang disajikan petugas Rumah Sakit ( Makan Lunak ).

Eliminasi:

• Buang air kecil (BAK)

Frekuensi dalam sehari : 1-3x/hari Warna : Kuning

Bau : Amoniak Jumlah/ hari : ±1 750ml

Perubahan selama sakit : Tidak ada

• Buang air besar (BAB)

Kebiasaan : 1-2x/hari Frekuensi dalam sehari : 1-2x/hari

Warna :Kuning Bau : Khas

Konsistensi : Lembek

Perubahan selama sakit : Tidak ada

Olah raga dan Aktivitas:

Kegiatan olah raga yang disukai : Sepak Takrow

Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Kadang-kadang

Istirahat dan tidur:

Tidur malam jam : 22.00

Bangun jam : 05.00

Tidur siang jam : 14.00

Bangun jam : 15.00

Apakah mudah terbangun : Tidak ada

Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

Pola Interaksi Sosial

Siapa orang yang penting/ terdekat : Bapak dan Ibu Kandung

Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada

Keadaan rumah dan lingkungan : Bersih

Status rumah : Milik orang tua

Cukup / tidak : Cukup luas

Bising / tidak: Tidak,jauh dari keramaian

Banjir / tidak : Tidak,jauh dari sungai/kali

Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Dibicarakan dengan orang tua

Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : Dibicarakan dengan baik-baik.

Bagaimana interaksi dalam keluarga :Baik dan harmonis

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

Ketaatan menjalankan ibadah : Sesuai dengan keyakinan

Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : Anggota pemuda Gereja

Keadaan Psikologis Selama Sakit

Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien mengatakan dirinya baru pertama kali merasakan nyeri yang cukup berat seperti ini.

Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : Yakin akan sembuh

Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Baik dan komunikatif.

Data Laboratorium & Diagnostik:

- Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					
			12-07-2019	17-7-2019				
1	Waktu perdarahan	1-3 menit	03.45					
2	Waktu pembekuan	5-15menit	10.30					
3	Glukosa darah sewaktu	<120 mg/dl	160					
4	Haemoglobin	12-14 Og/dl	13					
5	Leukosit	5.000-10.000/ $\mu$ l	11.000	10,200				
6	Eritrosit	4-5 juta/ $\mu$ l	4,73					
7	Trombosit	150-400/ul	238					

- Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					

### Diagnostik Test:

Foto Rontgen

Foto gigi dan mulut : Tidak dilakukan pemeriksaan

Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : Tidak dilakukan

Cholescystogram : Tidak dilakukan

Foto colon : Tidak dilakukan

Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : Tanggal 12 Juli 2019.

Hepar : ukuran normal, insensitas echo parenkim normal, sudut tajam, tepi regular, tak tampak pelebaran, IHBD/EHBD, v. porta dan v. hepatica tampak baik, tak tampak massa / nodul / cista. GB ukuran normal, tak tampak penebalan dinding, tak tampak massa/batu / sludge. Pankreas : ukuran normal, insensitas echo parenkim normal, tak tampak kista / massa / kalsifikasi, tak tampak pelebaran duktus pancreaticus. Lien : ukuran normal, insensitas echo parenkim normal, tak tampak massa / cista / nodul. Ginjal Kanan: ukuran normal, insensitas echo parenkim normal, batas sinus cortex tampak jelas, tak tampak ekstasis system pelviocalyceal, tak tampak batu / kista / massa. Ginjal kiri : ukuran normal, insensitas echo parenkim normal, batas sinus cortex tampak jelas, tak tampak ekstasis system pelviocalyceal, tak tampak batu / kista / massa. Buli : terisi cukup urine, tak tampak penebalan dinding, tak tampak massa / batu. Uterus ; ukuran normal, insensitas echo parenkim normal, tak tampak klasifikasi massa. Adneksa kanan-kiri : tak tampak lesi solid / kistik. McBurney ; tak tampak appendiks yang edematous, target sign ( - ) nyeri tekan probe ( +/- ) Tak tampak intensitas echo cairan bebas ekstraluminal di cavum abdomen dan cavum pleura kanan-kiri.

Kesan :

- Saat ini tidak tampak gambaran appendisitis akut ( adanya appendicitis retrocaecal belum dapat disingkirkan
- Peningkatan bayangan gas usus
- Saat ini hepar / GB / Pankreas / Lien / Ginjal kanan-kiri / Buli / Uterus / Adneksa kanan-kiri tak tampak kelainan

- Mohon korelasi klinis dan evaluasi lebih lanjut

Biopsy : Tidak dilakukan

Colonoscopy : Tidak dilakukan

DII :

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

Pembedahan: Tidak dilakukan

Obat

1. Injeksi Ceterolac 2 x 30 mg/IV
2. Injeksi Cefriaxon 2 x 1 gram/IV
3. IVFD RL 500 ml setiap 12 jam

## B. Asuhan Keperawatan

### B.1 Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1	<p>DS:</p> <p>Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk benda tajam pada perut kanan bawah, skala nyeri 7 ( nyeri berat ) nyeri muncul tiba-tiba, saat batuk dan saat bergerak unuk berdiri dan berjalan, durasi nyeri 2-5 menit.</p> <p>DO:</p> <p>Wajah tampak meringis menahan nyeri, tangan kanan memegang perut kanan bawa saat duduk, berdiri, dan berjalan.TTV TD: 100/60 mmHg, N: 118x/menit, RR: 20x/menit, S: 38,0<sup>0</sup>C, .</p>	Proses inflamasi	Nyeri akut
2.	<p>DS :</p> <p>-</p> <p>DO</p> <p>Kadar leukosit ; 11.000 / <math>\mu</math>l</p>	Infasi kuman	Resiko tinggi penyebaran infeksi

### B.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan rasa aman & nyaman ( nyeri akut ) berhubungan dengan proses inflamasi
2. Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman.

### B.3 Intervensi keperawatan.

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	GOAL DAN OBYEKTIF	INTERVENSI
1.	Nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi	<p><b>Goal:</b> Klien akan mempertahankan rasa nyaman selama dalam perawatan.</p> <p><b>Objektif :</b> Dalam jangka waktu 1 x 4 jam setelah diberikan tindakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pasien mengatakan rasa nyeri sudah berkurang/hilang dan</li> <li>-Pasien terlihat lebih baik, tidak meringis</li> <li>-Pasien tidak menggunakan analgesik.</li> <li>-Pasien dapat beristirahat dengan tenang dan ekspresi wajah rileks</li> <li>-Nyeri berkurang dari skala 7 ( nyeri berat ) menjadi skala 5 ( nyeri sedang ).</li> <li>- Tanda-tanda vital : Denyut nadi dalam batas normal ( 60-</li> </ul>	<p>Tindakan Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji status nyeri ( penyebab, sifat, lokasi, tingkat keparahan dan waktu kapan dan berapa lama serangan ), sebagai informasi penting untuk melakukan tindakan yang tepat..</li> <li>2. Ukur tanda-tanda vital, perubahan tanda vital nadi dan pernapasan menunjukkan tanda nyeri.</li> <li>3. Atur posisi pasien yang tepat dan nyaman, untuk mengurangi dan menghindari tekanan pada lokasi nyeri, karena nyeri akan lebih buruk dengan adanya</li> </ol>

		<p>100x/menit ).</p> <p>Intervensi:Kontrol nye</p>	<p>pergerakan dan tidur pada posisi lokasi nyeri.</p> <p>4. Ajarkan pasien teknik relaksasi, distraksi dan imagery napas dalam, R/ tindakan ini dapat mengurangi nyeri.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5. Pemberian analgesic sesuai order, R/ analgesic dapat mengurangi nyeri.</p>
2.	<p>Resiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan infasi kuman.</p>	<p><b>Goal</b> : klien akan bebas dari infeksi selama dalam perawatan.</p> <p><b>Objektif</b> : Dalam jangka waktu 2 x 24 jam nyeri abdomen tidak bertambah berat dengan kriteria hasil :</p> <p>-TTV : suhu tubuh dalam batas normal ( 36,5 – 37,5 °C -</p> <p>.Tidak ada tanda-tanda infeksi ( dolor/nyeri, calor/panas,</p>	<p>Tindakan Mandiri :</p> <p>1. Kaji tanda-tanda penyebaran infeksi, untuk melanjutkan pengkajian dan untuk memulai intervensi.</p> <p>2. Ukur tanda-tanda vital, peningkatan suhu tubuh adalah tanda dari infasi kuman.Lakukan atau bantu pasienterkait dengan perawatan</p>

		<p>tumor/bengkak dan rubor/kemerahan ).</p> <p>-Hasil pemeriksaan laboratorium, leukosit dalam batas normal 5.000 – 10.000/<math>\mu</math>l</p>	<p>mulut sebelum makan.</p> <p>3. Kaji hasil pemeriksaan laboratorium. Peningkatan kadar leukosit sebagai tanda penyebaran infeksi.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Berikan antibiotik sesuai order, antibiotik merupakan indikasi untuk mencegah pembedahan atau untuk membasmi infeksi intraabdominal</p>
--	--	--	--

#### B.4 Implementasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal/ Diagnosa	Jam	Tindakan	Ttd Perawat	Ket
1.	Senin, 15 Juli 2019 Diagnosa Keperawatan 1	11.30	1. Mengkaji status nyeri ( penyebab, sifat, lokasi, tingkat keparahan dan waktu kapan dan berapa lama serangan ).		
		11.40	2. Mengukur tanda-tanda vital.		
		11.50	3. Mengatur posisi pasien yang tepat dan nyaman, pada posisi tidur miring kiri.		
		12.00	4. Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam.		
		12.30	5. Memberikan obat analgesik Ceterolax 2 x 30 mg/IV,( drip ) pada cairan infuse Ringer Lakatat yang terpasang.		
2.	Senin, 15 Juli 2019 Diagnosa Keperawatan 2	11:35	1. Mengkaji tanda tanda penyebaran infeksi		
		11:40	2. Mengukur tanda-tanda vital		
		11:50	3. Mengkaji hasil pemeriksaan laboratorium.		

		12:30	4. Memberikan/melayani obat antibiotik Cefriaxon 2 x1 gram/IV		
1.	Selasa, 16 Juli 2019 Diagnosa Keperawatan 1	08:00	1. Mengkaji status nyeri ( penyebab, sifat, lokasi, tingkat keparahan dan waktu kapan dan berapa lama serangan ).		
		08:10	2. Mengukur tanda-tanda vital.		
		08:15	3. Menganjurkan pasien untuk tetap mempertahankan posisi tidur tidak miring ke kanan.		
		12.00	4. Mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam yang baik dan benar.		
		12.30	5. Memberikan obat analgesik Cetorolax 2 x 30 mg/IV,( drip ) pada cairan infuse Ringer Laktat yang terpasang.		
2	Selasa, 16 Juli 2019 Diagnosa Keperawatan 2	08.00	1. Mengkaji tanda tanda penyebaran infeksi.		
		08:10	2. Mengukur tanda-tanda vital.		
		11:50	3. Mengkaji hasil pemeriksaan		

		12:30	laboratorium. 4. Memberikan/melayani obat antibiotik Cefriaxon 2 x1 gram/IV.		
1	Rabu, 17 Juli 2019 Diagnosa Keperawatan 1	08:00	1. Mengkaji status nyeri ( penyebab, sifat, lokasi, tingkat keparahan dan waktu kapan dan berapa lama serangan ).		
		08:10	2. Mengukur tanda-tanda vital.		
		08:20	3. Menganjurkan pasien untuk tetap mempertahankan posisi tidur tidak miring ke kanan. miring kiri.		
		08:25	4. Menganjurkan pasien untuk selalu melakukan teknik relaksasi napas dalam yang baik dan benar jika nyeri muncul.		
		12:00	5. Memberikan obat analgesik Cetorolax 2 x 30 mg/IV,( drip ) pada cairan infuse Ringer Lakatat yang terpasang.		

	Rabu, 17 Juli 2019	08:00	1. Mengkaji tanda tanda penyebaran infeksi.		
	Diagnosa	08:10	2. Mengukur tanda-tanda vital.		
	Keperawatan				
	2	11:50	3. Mengkaji hasil pemeriksaan laboratorium.		
		12:30	4. Memberikan/melayani obat antibiotik Cefriaxon 2 x1 gram/IV.		

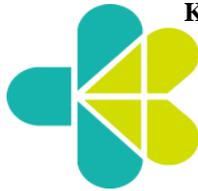
## B.5 Evaluasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal/ Diagnosa	Jam	Evaluasi	Ttd. Perawat	Ket
1.	Senin, 15 Juli 2019 Diagnosa Keperawatan 1	14:00	<p><b>S</b> : Nn. B. M mengatakan masih rasa nyeri di perut kanan bawah seperti tertusuk-tusuk benda tajam,</p> <p><b>O</b> : skala nyeri 7 ( nyeri berat ), ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, tidur sambil tangan kanan memegang perut kanan bawah menahan nyeri, kaki kanan selalu digerakan dan ditekuk, nadi 118 kali/menit,</p> <p><b>A</b> : masalah belum teratasi.</p> <p><b>P</b> : intervensi 1-5 dilanjutkan.</p>		
2	Senin, 15 Juli 2019 Diagnosa Keperawatan 2	14:15	<p><b>S</b> : -,</p> <p><b>O</b> : tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi ( tidak ada bagian kulit dan bagian tubuh tertentu yang merasa nyeri, panas,</p>		

	<p>1. Selasa, 16 Juli 2019 Diagnosa Keperawatan 1</p>	<p>14:00</p>	<p>memerah dan bengkak ). suhu tubuh 37,0°C ( normal : 36-37,5°C ), leukosit 11.000 /<math>\mu</math>l ( normal 5.000-10.000 /<math>\mu</math>l ). <b>A</b> : masalah belum teratasi. <b>P</b> : intervensi 1-4 dilanjutkan.  <b>S</b> : Nn. B. M mengatakan rasa nyeri pada perut kanan bawah sudah berkurang, <b>O</b> : ekspresi wajah tampak tidak meringis kesakitan seperti hari sebelumnya, nadi 88 kali/menit, skala nyeri 5 ( nyeri sedang ), <b>A</b> : masalah teratasi sebagian. <b>P</b> : intervensi 1, 2, 4 dan 5 dilanjutkan, intervensi 3 dipertahankan.</p>		
	<p>2. Selasa, 16 Juli 2019 Diagnosa Keperawatan 2</p>	<p>14:15</p>	<p><b>S</b> : -. <b>O</b> : tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi ( kulit tidak memerah dan tidak ada bengkak ), tidak ada peningkatan suhu tubuh</p>		

1	<p>Rabu, 17 Juli 2019</p> <p>Diagnosa Keperawatan 1</p>	14:00	<p>37,0°C, jumlah leukosit 11.000 /<math>\mu</math>l ( normal 5.000-10.000 /<math>\mu</math>l ).</p> <p><b>A</b> : masalah belum teratasi.</p> <p><b>P</b> : intervensi 1-4 dilanjutkan.</p> <p><b>S</b> : Nn. B. M mengatakan nyeri sudah berkurang.</p> <p><b>O</b> :, ekspresi wajah tampak tidak meringis kesakitan seperti hari sebelumnya/lebih rileks, nadi 80 kali/menit skala nyeri 4 ( nyeri sedang ),</p> <p><b>A</b> : masalah teratasi sebagian.</p> <p><b>P</b> : intervensi 1, 2 dan 5 dilanjutkan, intervensi 3 dan 4 tetap dipertahankan.</p>		
2	<p>Rabu, 17 Juli 2019</p> <p>Diagnosa Keperawatan 2</p>	14:15	<p><b>S</b> : -,</p> <p><b>O</b> : tidak ada tanda-tanda penyebaran infeksi ( kulit tidak memerah dan tidak ada bengkak ), tidak ada peningkatan suhu tubuh 37,0°C, leukosit 10.200/<math>\mu</math>l ( normal 5.000-10.000 /<math>\mu</math>l ).</p>		

			<b>A.</b> Masalah teratasi sebagian <b>P</b> : intervensi 1-4 dilanjutkan		
--	--	--	--	--	--



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG



Jln. Piet A. Tallo Liliba-Kupang Telp./fax : (0380)881045.

LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : PESTUS JOHANIS BAPA

NIM : PO 5303201181226

NAMA PEMBIMBING : YULIANTI KRISTIANI BANHAE,S.Kep. Ns. M.Kes.

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Jumat, 12 Juli 2019	Konsul Judul Karya Tulis Ilmiah	
2.	Senin, 15 Juli 2019	Konsul BAB 1 dan BAB 2 / BAB 1 : Latar belakang, tujuan,manfaat, teori penyakit, angka kejadian, dampak dan alasan penulisan KTI, BAB 2 : Landasan teori Asuhan pemenuhan kebutuhan dasar.	
3.	Selasa, 16 Juli 2019	Konsul BAB 1 dan BAB 2/ BAB 1 : Revisi / Perbaiki latar belakang. BAB 2 : Revisi tinjauan teori kebutuhan dasar.	
4.	Jumat, 19 Juli 2019	Konsul BAB 3 dan BAB 4/ BAB 3 : Penulisan hasil studi kasus dari pengkajian s/d evaluasi dan pembahasan studi kasus. BAB 4 : Penulisan kesimpulan dan daftar pustaka.	
5.	Senin, 22 Juli 2019	Konsul dari BAB 3 dan BAB 4/ BAB 3 : perbaiki penulisan hasil studi kasus. BAB 4 : perbaiki dan fokus pada teori dan kasus nyata pada askep.pemenuhan kebutuhan dasar.	

6	Rabu, 24 Juli 2019	Konsul dari BAB 1 s/d BAB 4 : BAB 1 : perbaiki latar belakang/dibuat simple. BAB 2 : perbaiki dan fokus pada teori aspek.pemenuhan kebutuhan dasar, ( cara pengetikan KTI/ukuran,spasi yang benar ) BAB 3 : Perbaikan Penerapan Askep harus sesuai/berdasarkan konsep teori. BAB 4 : perbaiki kesimpulan	
7	Kamis, 25 Juli 2019	Konsul BAB 1 s/d BAB 4 Perbaiki Cover depan s/d abstrak. BAB 1 : Latar belakang dibuat lebih simple lagi. BAB 2 : Perbaiki jarak spasi BAB 3 : Perbaiki jarak spasi dari pengkajian s/d evaluasi BAB 4 : Perbaiki kesimpulan dan daftar pustaka	
8	Senin, 29 Juli 2019	Konsul BAB 1 s/d. BAB 4 Perbaiki cover depan s/d abstrak( ukuran huruf ) BAB 3 : Perbaiki pengkajian,analisa data, evaluasi BAB 4 : Perbaiki kesimpulan dari diagnose kep. s/d evaluasi.	
9	Selasa, 30 Juli 2019	Konsul BAB 1 s/d BAB 4 / Perbaiki Cover depan dan Abstrak. BAB 3 : Perbaiki Evaluasi.	