

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.S DENGAN GANGGUAN  
SISTIM PENCERNAAN : POST OPERASI APPENDIKTOMI  
HARI KE-2 DI RUANG ANGGREK RSUD SUKOHARJO**



**Disusun oleh :**

**JUNANDAR FAJAR DEWANTARA**

**J.200.090.067**

**KARYA TULIS ILMIAH**

Diajukan Guna Melengkapi Tugas-Tugas dan Memenuhi Syarat-Syarat Untuk  
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA**

**2012**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN  
GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN : “ POST OPERASI APPENDIKTOMI  
HARI KE-2” DI RUANG ANGGREK RSUD SUKOHARJO**

(Junandar Fajar Dewantara, 2012, 38 halaman)

**ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering pada gangguan gastrointestinal. Apendisitis umumnya disebabkan karena infeksi bakteri dan ada beberapa hal sebagai faktor pencetusnya yang sering ditemukan yaitu fekalit dan hiperplasia jaringan limfoid. Sedangkan appendiktomi merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah ablatif atau melakukan pengangkatan bagian apendiks yang terinflamsi dengan menggunakan pendekatan endoskopi.

**Tujuan:** Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan appendiktomi yang meliputi pengkajian, merumuskan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

**Hasil:** Pengkajian didapatkan data nyeri kanan bawah abdomen pada luka operasi. Pada kasus terdapat tiga diagnosa yaitu nyeri, resiko infeksi dan gangguan pola tidur. Dalam pelaksanaan tindakan sudah sesuai dengan teori. Hasil yang didapatkan saat evaluasi nyeri sudah berkurang skala nyeri dua, resiko infeksi luka bersih, kering, tidak ada pus dan pasien sudah bisa tidur enam jam sehari.

**Kesimpulan:** Tehnik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi rasa nyeri, perawatan luka pada post operasi dengan cara yang benar atau cara steril dapat mengurangi terjadinya resiko infeksi pada luka insisi.

**Kata kunci:** gangguan gastrointestinal, apendisitis, appendiktomi

## HALAMAN PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Dosen Penguji Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta dan diterima untuk melengkapi tugas-tugas dan memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan.

Hari : Kamis

Tanggal : 26 Juli 2012

Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

Nama Terang

Tanda Tangan

Penguji I : Agus Sudaryanto, S.Kep, Ns, M.Kes

(.....)

Penguji II : Bd. Sulastri, S.Kp, M.Kes

(.....)

Disahkan Oleh

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta



(Arif Widodo, A.Kep, M.Kes)

NIK. 630

## **I. PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Hasil survey pada tahun 2008 Angka kejadian appendiksitis di sebagian besar wilayah Indonesia hingga saat ini masih tinggi. Di Indonesia, jumlah pasien yang menderita penyakit appendiksitis berjumlah sekitar 7% dari jumlah penduduk di Indonesia atau sekitar 179.000 orang. Dari hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia, appendiksitis akut merupakan salah satu penyebab dari akut abdomen dan beberapa indikasi untuk dilakukan operasi kegawatdaruratan abdomen. Insidens appendiksitis di Indonesia menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatan abdomen lainnya (Depkes, 2008).

Jawa Tengah tahun 2009, jumlah kasus appendiksitis dilaporkan sebanyak 5.980 dan 177 diantaranya menyebabkan kematian. Jumlah penderita appendiksitis 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 appendiksitis untuk tahun 2011 tercatat sebanyak 137 kejadian appendiksitis dan harus dilakukan tindakan appendektomi sedangkan untuk tahun 2012 di mulai dari bulan Januari sampai bulan April sebanyak 33 kejadian appendiksitis.

Berdasarkan angka kejadian yang terjadi di rumah sakit RSUD Sukoharjo selama satu tahun terakhir, maka penulis mengambil topik dalam studi Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Gangguan Pencernaan : Post Operasi Apendiktomi Hari ke-2 di Ruang Anggrek RSUD Sukoharjo”

## **B. Tujuan Laporan Kasus**

### 1. Tujuan umum

Penyusunan karya tulis ilmiah ini untk mendapatkan pengalaman nyata dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan post appendiktomi hari ke-2 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang utuh dan komprehensif.

### 2. Tujuan khusus

- a. Penulis mampu melaksanakan pengkajian data pada gangguan sistem pencernaan dengan post appendiktomi.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnoasa keperawatan pada gangguan sistem pencernaan post appendiktomi.
- c. Penulis mampu menyusun intervensi asuhan keperawatan secara menyeluruh pada gangguan sistem pencernaan dengan post appendiktomi.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi asuhan keperawatan pada gangguan sistem pencernaan post appendiktomi.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada gangguan sistem pencernaan post appendiktomi.

- f. Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan gangguan sistem pencernaan pada post appendiktomi.

## II. TINJAUAN PUSTAKA

### A. Tinjauan Teori

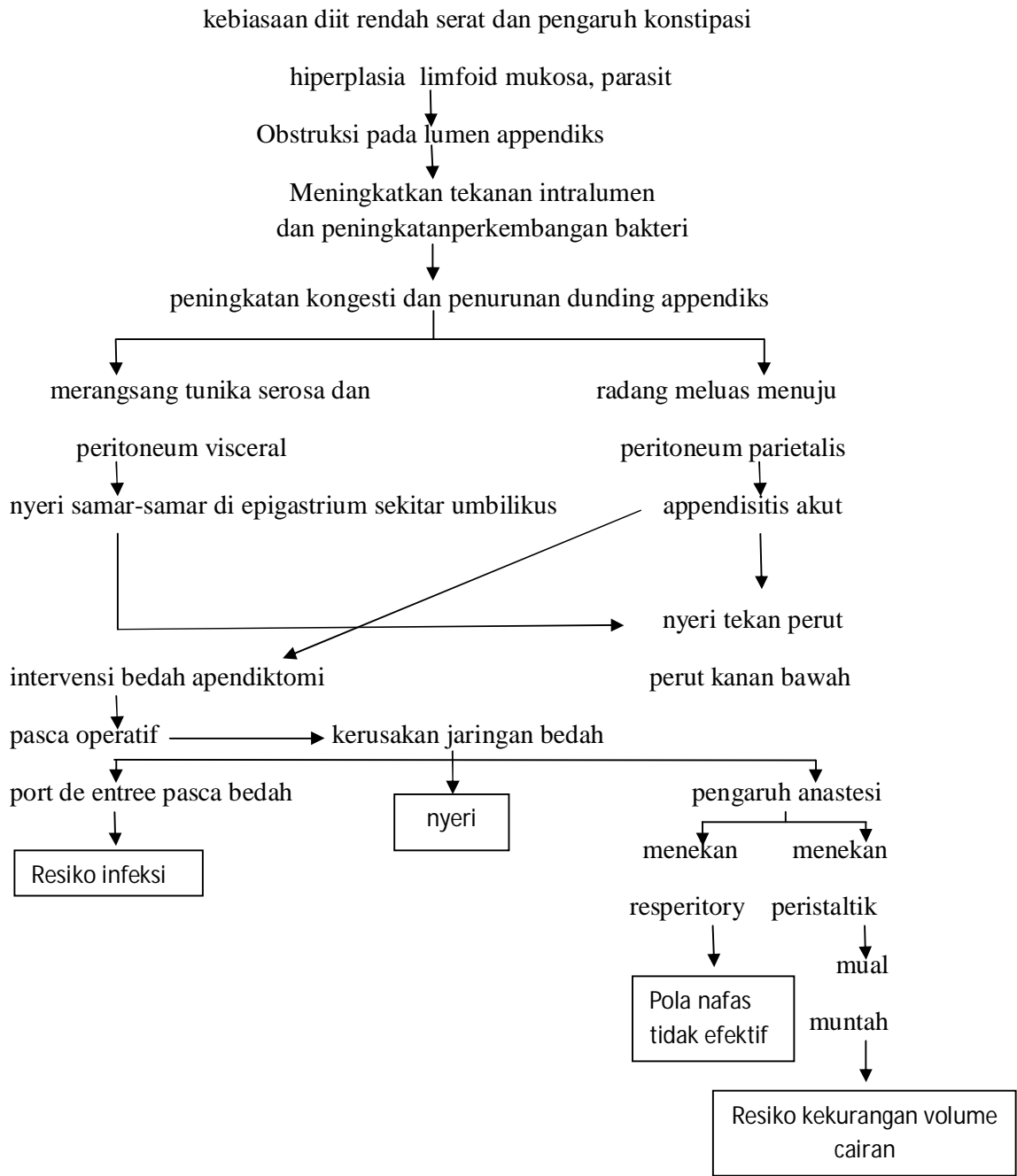
#### 1. Pengertian

Menurut Sjamsuhidajat (2005) *appendiks* adalah organ berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm (kisaran 3-15 cm) yang berpangkal pada *sekum*, *lumennya* sempit dibagian *proksimal* dan melebar dibagian *distal*. Menurut Mutaqin (2009) *appendiktomi* merupakan suatu intervensi bedah untuk melakukan pengangkatan bagian *appendiks* yang *terinflamsi* dengan menggunakan pendekatan *endoskopi*.

#### 2. Etiologi

Sjamsuhidajat (2011) mengatakan penyebab apendisitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Diantaranya adalah *obstruksi* yang terjadi pada *lumen* apendiks. *Obstruksi* ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (*fekalit*), *hiperplasia* jaringan *limfoid*, tumor apendiks, benda asing dalam tubuh, dan cacing *askaris* dapat pula menyebabkan terjadinya sumbatan. Namun, diantara penyebab *obstruksi lumen* yang telah disebutkan di atas, *fekalit* dan *hiperplasia* jaringan *limfoid* merupakan penyebab *obstruksi* yang paling sering terjadi.

#### 3. Patways



Gambar 2.1

Alur asuhan keperawatan pasien apendiktomi menurut Mutaqin (2011),  
Reksoprodjo (2009), Mayer.dkk (2011).

## **B. Tinjauan Keperawatan**

### 1. Pemeriksaan fisik

Pada pasien *appendisitis* keadaan umum penderita benar-benar terlihat sakit. Suhu tubuh naik ringan pada *appendisitis* sederhana dan suhu tubuh meninggi atau menetap sekitar 37,5°C atau lebih jika terjadi *perforasi*. Abdomen didapatkan tanda-tanda rangsangan *peritoneal* kuadran kanan bawah. Pada *apendisitis perforasi* lebih jelas seperti nyeri tekan. Tidak jarang dijumpai tanda-tanda obstruksi usus paralitik akibat proses peritonitis lokal atau pun umum (Reksoprodjo, 2009).

### 2. Pemeriksaan laboratorium yang meliputi pemeriksaan darah dan ultrasonografi.

#### a. Pemeriksaan laboratorium

Hasil leukosit ringan umumnya pada *appendisitis* sederhana. Apabila jumlah leukosit lebih dari 13.000 mm<sup>3</sup> umumnya terjadi pada *appendisitis perforasi*. (Resokprojo, 2009).

#### b. Pemeriksaan ultrasonografi

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menilai *inflamasi* dari *appendiks* (Muttaqin, 2011).

### 3. Diagnosa keperawatan dan intervensi

#### a. Nyeri berhubungan dengan adanya agen cedera fisik (Muttaqin, 2011).

Tujuan : dalam waktu 3x24 jam nyeri berkurang / hilang.

Kriteria evaluasi : melaporkan nyeri hilang / terkontrol, tampak rileks.

Intervensi



1) Kaji nyeri, catat lokasi nyeri, karakteristik , beratnya (skala 0 sampai 10) selidiki dan laporkan perubahan nyeri dengan tepat.

Rasional: berguna dalam pengawasan keefektifan obat, perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan abses (Doenges, 2005).

2) Pertahankan istirahat dengan posisi semi fowler

Rasional: gravitasi melokalisasi eksudat inflamasi dalam abdomen bawah atau pelvis, menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah jika posisi terlentang.

3) Dorong ambulasi dini

Rasional : meningkatkan normalisasi fungsi organ, seperti merangsang peristaltik dan flatus, menurunkan ketidaknyamanan abdomen.

4) Berikan teknik relaksasi

Rasional : dapat menurunkan stimulus internal.

5) Observasi tanda vital dan keadaan umum pasien

Rasional : mengetahui keadaan umum pasien terhadap reaksi nyerinya.

6) Kolaborasi pemberian obat analgesik

Rasional: untuk mengurangi rasa nyeri karena luka insisi.

b. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kondisi pasca anastesi (Muttaqin, 2011).

Tujuan : pola nafas menjadi efektif.

Kriteria hasil : keefektifan pola nafas pada pasien, pada saat pemulihan pasca pengaruh anastesi.

Intrvensi :

- 1) Pertahankan jalan nafas dengan hiperekstensi rahang.

Rasional : mencegah obstruksi jalan nafas.

- 2) Observasi frekuensi dan kedalaman pernafasan.

Rasional : untuk memastikan efektifitas pernafasan.

- 3) Pantau tanda-tanda vital.

Rasional : untuk mengetahui adanya tanda hipoksia.

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif (Muttaqin, 2011).

Tujuan: tidak terjadi infeksi pada luka insisi.

Kriteria hasil : tidak ada tanda-tanda infeksi dan penyembuhan luka sesuai waktu.

Intervensi

- 1) Memonitor vital sign dan kaji adanya peningkatan suhu (Muttaqin, 2011).

Rasional : adanya peningkatan suhu menunjukkan adanya tanda- tanda infeksi.

- 2) Lakukan prinsip steril dalam perawatan luka.

Rasional : untuk mencegah kontaminasi kuman masuk ke luka insisi sehingga menurunkan resiko terjadinya infeksi.

- 3) Pantau hasil laboratorium pada pemeriksaan leukosit.

Rasional : angka leukosit yang tinggi, melebihi batas.

normal menunjukkan tanda-tanda terjadinya infeksi.

- 4) Kolaborasi dalam pemberian antibiotik sesuai advis dokter.

Rasional : untuk menurunkan terjadinya penyebaran organisme.

- d. Resiko kekurangan cairan berhubungan dengan mual muntah (Muttaqin, 2011).

Tujuan : tidak terjadi tanda-tanda kekurangan cairan dalam tubuh.

Kriteria hasil : mempertahankan keseimbangan cairan dengan tanda kelembaban pada mukosa, dan turgor kulit baik.

Intervensi :

- 1) Ukur dan catat pemasukan dan pengeluaran cairan.

Rasional : untuk mengetahui tanda-tanda dehidrasi.

- 2) Catat adanya tanda mual dan muntah.

Rasional : untuk mengetahui cairan yang keluar dalam tubuh.

- 3) Kolaborasi dalam pemberian cairan perental dan pemberian cairan oral secara bertahap.

Rasional : untuk menggantikan cairan yang hilang.

### **III. METODE PENELITIAN**

Pada bagian bab ini penulis akan membahas tentang tinjauan kasus asuhan keperawatan yang di lakukan pada Tn. S dengan post operasi appendiktomi hari ke-2 yang dilaksanakan di ruang Anggrek RSUD Sukoharjo selama tiga hari. Pengkajian dilaksanakan pada tanggal 7 Mei sampai dengan 9 Mei 2012. Asuhan keperawatan pada Tn. S di mulai dari

proses pengkajian, menganalisa data, merumuskan diagnosa keperawatan, menentukan rencana dan tujuan tindakan keperawatan , melaksanakan implementasi keperawatan dan melakukan evaluasi untuk mengetahui apakah tindakan berhasil.

#### **IV. HASIL PENELITIAN**

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan. Berikut pembahasan pada tahap evaluasi, melihat dari diagnosa pada kasus.

Diagnosa pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Masalah pada diagnosa ini teratasi, pasien tampak rileks. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang, skala 2, ekspresi wajah rileks. Kriteria hasil yang penulis tentukan nyeri menurun, skala nyeri kurang dari tiga dan kriteria hasil tercapai. Untuk kriteria hasil dengan nyeri sampai hilang, perlu di butuhkan waktu yang lebih lama. Intervensi dihentikan.

Diagnosa kedua adalah resiko tinggi infeksi berhubungan dengan prosedur *invasif*. Masalah pada diagnosa ini teratasi sebagian. Tanda-tanda peradangan tidak ada, luka bersih,luka kering, tidak ada pus. Untuk tidak terjadi infeksi luka harus benar- benar sembuh sehingga intervensi dilanjutkan dengan ganti balutan dengan prinsip steril dan pemberian antibiotik sesuai program dokter.

Diagnosa ketiga adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan ketidaknyamanan ; nyeri. Masalah pada diagnosa ini teratasi, pasien terlihat segar. Pasien mengatakan bisa tidur selama enam jam sehari. Kriteria hasil

yang penulis tentukan jumlah jam tidur dalam batas normal (6 sampai 8 jam) dan pasien fresh sesudah tidur. Hal ini di karenakan masalah nyeri pada pasien sudah berkurang. Intervensi dihentikan.

## **V. SIMPULAN DAN SARAN**

### **A. Simpulan**

#### **1. Pengkajian**

Pada saat pengkajian Senin, 7 Mei 2012 jam 08.30 WIB, pasien mengatakan nyeri pada abdomen kanan bawah nyeri skala 5 (1-10). Didapatkan beberapa data pengkajian yang sesuai dengan diagnosa pasien, karena pada saat dilakukan pengkajian data tersebut muncul pada pasien.

#### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan yang muncul dalam Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. S dengan Post Appendiktomi di Ruang Anggrek RSUD Sukoharjo adalah : Nyeri akut, resiko infeksi dan gangguan pola tidur. Muncul tiga diagnosa keperawatan. Dari pengkajian penulis tidak mendapatkan diagnosa yang lain kecuali diagnosa di atas, karena tidak ditemukan data-data yang dapat mendukung untuk ditegakkannya diagnosa keperawatan yang lain.

#### **3. Intervensi**

Pada rencana tindakan keperawatan meliputi kriteria, tujuan, tindakan, rasional, penyusunan menyesuaikan dengan teori dan memodifikasi tindakan keperawatan melihat kondisi pasien dengan mengikut sertakan keluarga pasien. Pada tahap perencanaan keperawatan, penulis menetapkan prioritas

masalah dengan menggunakan pola kegawat daruratan pasien. Dari intervensi yang disusun oleh penulis, intervensi untuk tiga diagnosa keperawatan sudah disusun sesuai dengan teori.

#### 4. Implementasi

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada kasus ini, umumnya telah sesuai dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun. Dalam tahap pelaksanaan ini, penulis menerapkan pengetahuan dan ketrampilan berdasarkan teori yang ada. Asuhan Keperawatan yang diberikan secara berkesinambungan dan terus-menerus, penulis bekerjasama dengan perawat ruang, pasien dan keluarga. Pada kasus ini pelaksanaannya sudah sesuai dengan kondisi pasien, tanpa menyimpang dari perencanaan yang telah dibuat. Adapun faktor pendukung dari pelaksanaan adalah adanya kerjasama yang baik antara penulis dengan perawat ruang, pasien, dan keluarga.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi yang digunakan evaluasi hasil yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan penulis dalam rencana keperawatan terhadap pasien.

Dari ketiga diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Tn. S ada dua masalah (diagnosa keperawatan) yang dapat teratasi yaitu diagnosa keperawatan nyeri akut dan gangguan pola tidur, sedangkan yang teratasi sebagian ada satu diagnosa yaitu diagnosa resiko infeksi dengan melanjutkan intervensi ganti balutan setiap hari dan kolaborasi dalam pemberian antibiotik.

## **A. Saran**

1. Penulis mengharapkan kepada perawat IGD untuk lebih teliti dalam membedakan penyakit appendisitis akut dan appendisitis yang sudah mengalami komplikasi untuk di lakukan perawatan yang sesuai.
2. Penulis mengharapkan kepada rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien. Khususnya untuk pemeriksaan laboratorium hasil leukosit pada pasien post operasi, pemeriksaan tidak hanya dilakukan sebelum operasi saja, seharusnya juga dilakukan saat pasca operasi. Untuk mengetahui terjadinya resiko infeksi atau tidak pada luka insisi. Serta untuk perawatan luka post operasi, dalam menggunakan alat medikasi agar setiap pasien satu alat medikasi untuk mencegah agar tidak terjadinya risti infeksi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asih, 2007. Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Edisi ke-10. Jakarta: EGC
- Chongsuvivatwong, Jamulitrat, Schonheyder, Sorensen, Toft, Norgaardi, dan Kasatpibal. BMC Infectious Diseases. Risk of Surgical Site Infection and Efficacy of Antibiotic Prophylaxis: a Cohort Study of Appendectomy Patientsin Thailand. 12 Juli 2006: 1-7.
- Grace Pierce A dan Borley Neir R, 2007. At a Glance Ilmu Bedah. Jakarta: Erlangga.
- Mayer., Welsh dan Kowalak, 2011. Buku Ajar Patofisiologi. Jakarta: EGC.
- Murr, Moorhouse, dan Doenges, 2005. Nursing Diagnosis Manua : Planning, Individualizing, and Document Client Care. Philadelphia: F.A. DavisCompany.
- Muttaqin, Arif dan Sari, Kumala, 2009. Asuhan Keperawatan Peroperatif. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, Arif dan Sari, Kumala, 2011. Gangguan Gastrointestinal. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugroho, 2011. Asuhan Keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Reksoprodjo. 2009. Kumpulan Kuliah Ilmu Bedah. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Sjamsuhidajat dan Wim de jong, 2005. Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi ke-2. Jakarta: EGC.
- Sjamsuhidajat dan Jong, Wim De Jong, 2011. Buku Ajar Ilmu Bedah. Edisi ke-3. Jakarta: EGC.
- Widyawati, Alimini, Dwihapsari, dan Nurjanah. Buku Saku Diagnosa Keperawatan, 2007. Edisi ke-7. Jakarta: EGC.