**BAB I**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10-30 tahun (Mansjoer, 2010).

Apendisitis merupakan inflamasi di apendiks yang dapat terjadi tanpa penyebab yang jelas, setelah obstruksi appendiks oleh feses atau akibat terpuntirnya apendiks atau pembuluh darahya (Corwin, 2009).

Usus buntu atau appendik merupakan bagian usus yang terletak dalam pencernaan. Untuk fungsinya secara ilmiah belum diketahui secara pasti, namun usus buntu ini terkadang banyak sekali sel-sel yang berfungsi untuk mempertahankan atau imunitas tubuh. Dan bila bagian usus ini mengalami infeksi akan sangat terasa sakit yang luar biasa bagi penderitanya (Saydam Gozali, 2011).

Hasil survey pada tahun 2008 Angka kejadian apendisitis dinegara maju lebih tinggi dari pada negara berkembang, Amerika menangani 11 kasus/10.000 kasus apendisitis setiap tahun. Menurut data RSPAD Gatot Subroto, jumlah pasien yang menderita apendisitis di Indonesia adalah sekitar 32% dari jumlah populasi penduduk Indonesia (Sulistyawati, Hasneli, Novayelinda, 2012).

Di Indonesia belum ada catatan resmi tentang appendiktomi sebagaimana pula angka kejadian appendiksitis. Namun sebagaimana data statistik appendiksitis di dunia, penulia menyakini kejadian appendiksitis di Indonesia juga tinggi. Sementara itu, menurut catatan medis (*medical record*) di RSUD dr.Saiful Anwar Malang, appendiktomy yang dilakukan oleh RS ini sepanjang bulan Agustus-Oktober 2018 hanya sebanyak 33 kasus.

Adapun permasalahan yang mungkin timbul setelah dilakukan tindakan pembedahan antara lain : nyeri, keterbatasan aktivitas, gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, kecemasan potensial terjadinya infeksi (Ingnatavicus; 1991).

Appendiks merupakan organ yang berbentuk tabung dengan panjang ± 10 cm (4inci), lebar 0,3-0,7 cm yang melekat pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Appendiks memiliki lumen sempit di bagian proksimal dan melebar pada bagian distal. Appendiks adalah tonjolan kecil mirip jari di dasar sekum atau berbentuk kantung buntu di bawah tautan antara usus halus dan usus besar di katup ileosekum. (Sandi, 2013).

Menurut Yusrizal (2012) dalam bukunya Mansjoer (2010), keluhan apendisitis biasanya bermula dari nyeri didaerah umbilikus atau periumbilikus yang disertai dengan muntah. Dalam 2-12 jam nyeri akan beralih kekuadran kanan bawah, yang akan menetap dan diperberat bila berjalan. Terdapat juga keluhan anoreksia, malaise dan demam yang tidak terlalu tinggi. Biasanya juga terdapat konstipasi, tetapi kadang-kadang juga terjadi diare, mual dan muntah. Pada permulaan timbulnya penyakit belum ada keluhan abdomen yang menetap. Namun dalam beberapa jam nyeri abdomen bawah akan semakin progresif, dan dengan pemeriksaan seksama akan dapat ditunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Perkusi ringan pada kuadran kanan bawah dapat membantu menentukan lokasi nyeri. Nyeri lepas dan spasme biasanya juga muncul.

Bila didiagnosis klinis sudah jelas, tindakan yang paling tepat dan merupakan satu-satunya pilihan yang baik adalah apendiktomi. Pada apendisitis tanpa komplikasi biasanya tidak perlu diberikan antibiotik, kecuali pada apendisitis gangrenosa atau apendisitis perforate. Penundaan tindakan bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi. Apendiktomi bisa dilakukan secara terbuka maupun tertutup dengan cara laparoskopi. Bila apendiktomi terbuka, insisi McBurney paling banyak dipilih oleh ahli bedah.

Pada penderita yang didiagnosisnya tidak jelas sebaiknya dilakukan observasi dulu. Pemeriksaan laboratorium dan ultrasonografi bisa dilakukan bila dalam observasi masih terdapat keraguan. Bila tersedia laparoskop, tindakan laparoskopi didiagnostik pada kasus meragukan dapat segera menentukan akan dilakukan operasi atau tidak (Sjamsuhidajat, 2013).

Apendiktomi merupakan pembedahan atau operasi klasik pengangkatan apendiks. Apendiktomi direncanakan pada infiltrat periapendikuler tanpa pus yang telah ditenangkan. Sebelumnya pasien diberi antibiotik kombinasi yang aktif terhadap kuman aerob dan anaerob. Baru setelah keadaan tenang, yaitu sekitar 6-8 minggu kemudian dilakukan apendiktomi (Sjamsuhidajat, 2013).

Tindakan apendiktomi merupakan peristiwa kompleks sebagai ancaman potensial atau aktual kepada integritas seseorang baik biopsikososial spritual yang dapat menimbulkan respon berupa nyeri. Rasa nyeri tersebut biasanya timbul setelah operasi. Nyeri merupakan sensasi subjektif, rasa yang tidak nyaman biasanya berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau potensial (Siswati, 2010).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan dan muncul akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa *International Association for the Study of Pain*; awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari enam bulan (Herdman, 2009).

 Nyeri akut post operasi apendiktomi merupakan reaksi yang kompeks pada jaringan yang terluka pada proses pembedahan yang dapat menstimulasi hypersensitivitas pada system syaraf pusat, nyeri ini hanya dapat dirasakan setelah adanya prosedur operasi. Kenyamanan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi. Kebutuhan kenyamanan tidak terpenuhi salah satunya nyeri dapat mengganggu hubungan personal dan mempengaruhi makna kehidupan. Apabila seorang merasakan nyeri, maka perilaku akan berubah. Pada saat nyeri dirasakan, saat itu juga dimulai siklus yang apabila tidak diobati atau tidak dilakukan upaya untuk menhilangkan, dapat mengubah kualitas kehidupan individu secara bermakna (Potter dan perry, 2005 dalam Lukman 2013).

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan nyeri akut post operasi apendiktomi di IRNA 2 RSSA Malang.

* 1. **Batasan dan Perumusan Masalah**

Pada penyusunan karya tulis ini penulis hanya melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan kasus appendiks kronis khususnya dengan nyeri akut post operasi appendiktomy di Ruang Rawat Inap 2 (IRNA 2) RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Dari permasalahan yang ada penulis merumuskan masalah sebagai berikut:

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan nyeri post apendiktomi di ruang rawat inap 2 di RSUD dr.Saiful Anwar Malang?

* 1. **Tujuan**
		1. **Tujuan Umum**

Mampu menerapkan Asuhan keperawatan klien post appendiktomi dengan masalah nyeri secara komprehensif melalui pendekatan proses keperawatan.

* + 1. **Tujuan Khusus**
	1. Mampu melakukan pengkajian secara langsung pada klien post appendiktomy di Ruang Rawat Inap 2 (IRNA 2) RSUD dr. Saiful Anwar Malang.
	2. Mampu merumuskan masalah dan membuat diagnosa keperawatan pada klien post appendiktomi di Ruang Rawat Inap 2 (IRNA 2) RSUD dr. Saiful Anwar Malang.
	3. Mampu membuat perencanaan pada klien post appendiktomi di Ruang Rawat Inap 2 (IRNA 2) RSUD dr. Saiful Anwar Malang.
	4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien post appendiktomi di Ruang Rawat Inap 2 (IRNA 2) RSUD dr. Saiful Anwar Malang.
	5. Mampu mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan pada klien post appendiktomi di Ruang Rawat Inap 2 (IRNA 2) RSUD dr. Saiful Anwar Malang.
	6. **Manfaat**

1. Bagi penulis

Penulis dapat lebih mendalami materi dan menambah pengetahuan tentang gangguan sistem pencernaan khususnya tentang nyeri pada pasien dengan post operasi *appendiktomi.*

2. Pasien dan keluarga

Bagi pasien dapat bermanfaat untuk mempercepat pemulihan keadaan pasca operasi. Bagi keluara dapat menambah pengetahan tentang bagaimana menangani penyakit *appendiksitis.*

3. Institusi pendidikan

Menambah sarana bacaan dan menambah informasi bagi generasi mahasiswa keperawatan yang selanjutnya tentang asuhan keperawatan post operasi *Appendiktomi.*

4. Institusi rumah sakit

Karya tulis ini sebagai bahan masukan bagi rumah sakit dan bagi tenaga kesehatan dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien post operasi *appendiktomi* saat melakukan tindakan perawatan.

**BAB II**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Definisi**

Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab 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, 2010).

Berdasarkan defenisi di atas, dapat disimpulkan bahwa apendisitis adalah kondisi dimana terjadi infeksi pada umbai apendiks dan merupakan penyakit bedah abdomen yang paling sering terjadi.

Menurut Sjamsuhidayat (2013), apendisitis terdiri dari lima bagian antara lain  :

1. Apendisitis akut

Adalah peradangan apendiks yang timbul meluas dan mengenai peritoneum pariental setempat sehingga menimbulkan rasa sakit di abdomen kanan bawah.

1. Apendisitis infiltrat (Masa periapendikuler)

Apendisitis infiltrat atau masa periapendikuler terjadi bila apendisitis ganggrenosa  di tutupi pendinginan oleh omentum.

1. Apendisitis perforata

Ada fekalit didalam lumen, Umur (orang tua atau anak muda) dan keterlambatan  diagnosa merupakan faktor yang berperan  dalam terjadinya perforasi apendiks.

1. Apendisitis rekuren

Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan, namun apendiks tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut. Resikonya untuk terjadinya serangan lagi sekitar 50%.

7

1. Apendisitis kronis

Fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau total lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik.

* + 1. **Etilogi**

Penyebab penyakit apendisitis secara pasti belum diketahui. Tetapi, terjadinya apendisitis ini umumnya karena bakteri. Selain itu, terdapat banyak faktor pencetus terjadinya penyakit ini diantaranya sumbatan lumen apendiks, hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis adalah erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.histolytica*. Penelitian epidemiologi menunjukkan peran kebiasaan makan makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis juga merupakan faktor pencetus terjadinya penyakit ini. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang berakibat timbulnya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon biasa. Semuanya ini mempermudah timbulnya apendisitis akut (Sjamsuhidayat, 2013).

* + 1. **Patofisiologi**

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Semakin lama mukus tersebut semakin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut lokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium. Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut apendisitis supuratif akut.

Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi apendisitis perforasi. Bila semua proses diatas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrate apendikularis. Peradangan pada apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang. Pada anak-anak, kerena omentum lebih pendek dan apendiks lebih panjang, maka dinding apendiks lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang sehingga memudahkan terjadinya perforasi. Sedangkan pada orang tua, perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Mansjoer, 2010).

Gambar 1. Gambar 2.1 Anatomi Appendiks



Pathway

* + 1. **Manifestasi Klinik**

Menurut Arief Mansjoer (2010), keluhan apendisitis biasanya bermula dari nyeri di daerah umbilikus atau periumbilikus yang berhubungan dengan muntah. Dalam 2 – 12 jam nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk. Terdapat juga keluhan anoreksia, malaise dan demam yang tak terlalu tinggi. Biasanya juga terdapat konstipasi tetapi kadang-kadang terjadi diare, mual dan muntah.

Pada permulaan timbulnya penyakit belum ada keluhan abdomen yang menetap namun dalam beberapa jam nyeri abdomen kanan bawah akan semakin progresif dan dengan pemeriksaan seksama akan dapat ditunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal perkusi ringan pada kuadran kanan bawah dapat membantu menentukan lokasi nyeri.

Manifestasi Klinis menurut Lippicott williams &wilkins (2011) yaitu :

a)      Nyeri periumbilikal atau epigastik kolik yang tergeneralisasi maupun setempat. Pada kasus apendisitis dapat diketahui melalui beberapa tanda nyeri antara lain : Rovsing’s sign, Psoas sign dan Jump sign.

b)      Anoreksia.

c)      Konstipasi

d)     Nilai leukosit meningkat dari rentang normal.

e)      Pada auskultasi, bising usus normal atau meningkat pada awal apendisitis dan bising melemah jika sudah terjadi perforasi.

f)       Demam

g)      Temuan hasil USG Abdomen berupa cairan yang berada disekitar appendiks menjafi sebuah tanda sonographik penting.

h)      Mual & muntah.

i)        Nyeri setempat pada perut bagian kanan bawah.

j)        Regiditas abdominal seperti papan.

k)      Respirasi retraktif.

l)        Rasa perih yang semakin menjadi.

m)    Spasma abdominal semakin parah.

n)      Rasa perih yang berbalik (menunjukan adnya inflamasi peritoneal ).

o)      Gejala yang minimal dan samar rasa perih yang ringan pada pasien lanjut usia.

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang**
1. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang biasa dilakukan pada pasien yang diduga appendicitis akut adalah pemeriksaan darah lengkap dan *test protein reaktive* (CRP). Pada pemeriksaan darah lengkap sebagian besar pasien biasanya ditemukan jumlah leukosit di atas 10.000 dan neutrofil diatas 75 %. Sedangkan pada pemeriksaan CRP ditemukan jumlah serum yang mulai meningkat pada 6-12 jam setelah inflamasi jaringan.

1. Pemeriksaan urine

Untuk melihat adanya eritrosit, leukosit dan bakteri di dalam urin. pemeriksaan ini sangat membantu dalam menyingkirkan diagnosis banding seperti infeksi saluran kemih atau batu ginjal yang mempunyai gejala klinis yang hampir sama dengan appendisitis.

1. Pemeriksaan radiologi

Pemeriksaan radiologi yang biasa dilakukan pada pasien yang diduga appendicitis akut antara lain adalah Ultrasonografi, CT-scan. Pada pemeriksaan ultrasonogarafi ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada appendiks. Sedang pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian yang menyilang dengan apendicalith serta perluasan dari appendiks yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran dari saekum.

1. Pemeriksaan USG

Bila hasil pemeriksaan fisik meragukan, dapat dilakukan pemeriksaan USG, terutama pada wanita, juga bila dicurigai adanya abses. Dengan USG dapat dipakai untuk menyingkirkan diagnosis banding seperti kehamilan ektopik, adnecitis dan sebagainya.

1. Abdominal X-Ray

Digunakan untuk melihat adanya fecalith sebagai penyebab appendisitis. pemeriksaan ini dilakukan terutama pada anak-anak.

* + 1. **Penatalaksanaan**

Pembedahan diindikasikan bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan. Antibiotik dan cairan IV diberikan serta pasien diminta untuk membatasi aktivitas fisik sampai pembedahan dilakukan. Analgetik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan. Apendiktomi (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum atau spinal, secara terbuka ataupun dengan cara laparoskopi yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif. Bila apendiktomi terbuka, insisi Mc.Burney banyak dipilih oleh para ahli bedah. Pada penderita yang diagnosisnya tidak jelas sebaiknya dilakukan observasi dulu. Pemeriksaan laboratorium dan ultrasonografi bisa dilakukan bila dalam observasi masih terdapat keraguan. Bila terdapat laparoskop, tindakan laparoskopi diagnostik pada kasus meragukan dapat segera menentukan akan dilakukan operasi atau tidak. (Smeltzer C. Suzanne, 2010).

Menurut Arief Mansjoer (2010), penatalaksanaan apendisitis adalah sebagai berikut:

1. Tindakan medis
2. Observasi terhadap diagnosa

Dalam 8 – 12 jam pertama setelah timbul gejala dan tanda apendisitis, sering tidak terdiagnosa, dalam hal ini sangat penting dilakukan observasi yang cermat. Penderita dibaringkan ditempat tidur dan tidak diberi apapun melalui mulut.  Bila diperlukan maka dapat diberikan cairan aperviteral. Hindarkan pemberian narkotik jika memungkinkan, tetapi obat sedatif seperti barbitural atau penenang tidak karena merupakan kontra indikasi. Pemeriksaan abdomen dan rektum, sel darah putih dan hitung jenis di ulangi secara periodik. Perlu dilakukan foto abdomen dan thorak posisi tegak pada semua kasus apendisitis, diagnosa dapat jadi jelas dari tanda lokalisasi kuadran kanan bawah dalam waktu 24 jam setelah timbul gejala.

1. Intubasi

Dimasukkan pipa naso gastrik preoperatif jika terjadi peritonitis atau toksitas yang menandakan bahwa ileus pasca operatif yang sangat menggangu. Pada penderita ini dilakukan aspirasi kubah lambung jika diperlukan. Penderita dibawa kekamar operasi dengan pipa tetap terpasang.

1. Antibiotik

Pemberian antibiotik preoperatif dianjurkan pada reaksi sistematik dengan toksitas yang berat dan demam yang tinggi .

1. Terapi bedah

Pada apendisitis tanpa komplikasi, apendiktomi dilakukan segera setelah terkontrol ketidakseimbangan cairan dalam tubuh dan gangguan sistematik lainnya. Biasanya hanya diperlukan sedikit persiapan. Pembedahan yang direncanakan secara dini baik mempunyai  praksi mortalitas 1 % secara primer  angka morbiditas dan mortalitas penyakit ini tampaknya disebabkan oleh komplikasi ganggren dan perforasi yang terjadi akibat yang tertunda.

1. Terapi pasca operasi

Perlu dilakukan obstruksi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan didalam, syok hipertermia, atau gangguan  pernapasan angket sonde lambung bila pasien telah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah. Baringkan pasien dalam posisi fowler. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Selama itu pasien dipuasakan. Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Kemudian berikan minum mulai  15 ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30 ml/jam.  Keesokan harinya diberikan makan saring, dan hari berikutnya diberikan makanan lunak. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk  diluar kamar. Hari ketujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

* + 1. **Komplikasi**

Komplikasi utama apendisitis adalah perforasi apendiks yang dapat berkembang menjadi peritonitis atau abses. Insidens perforasi adalah 10% sampai 32%. Insidens lebih tinggi pada anak kecil dan lansia. Perforasi secara umum terjadi 24 jam setelah awitan nyeri. Gejala mencakup demam dengan suhu 37,7 oC atau lebih tinggi, penampilan toksik, dan nyeri atau nyeri tekan abdomen yang kontinyu (Smeltzer dan Barre, 2010).

* + 1. **Pencegahan**
1. Diet tinggi serat akan sangat membantu melancarkan aliran pergerakan makanan dalam saluran cerna sehingga tidak tertumpuk lama dan mengeras.
2. Minum air putih minimal 8 gelas sehari dan tidak menunda buang air besar juga akan membantu kelancaran pergerakan saluran cerna secara keseluruhan.
	* 1. **Prognosis**

Dengan diagnosis yang akurat serta pembedahan, tingkat mortalitas dan morbiditas penyakit apendisitis sangat kecil. Keterlambatan diagnosis akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas bila terjadi komplikasi. Serangan berulang dapat terjadi bila apendiks tidak diangkat. Terminologi apendisitis kronis sebenarnya tidak ada (Mansjoer, 2010).

* 1. **Konsep Nyeri**

Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun (Brunner & Suddarth, 2002 dalam Lukman, 2013). Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut (Hidayat, 2012). Secara umum,nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman,baik ringan maupun berat (Priharjo,1992 dalam Hidayat 2012).

Berikut adalah pendapart beberapa ahli mengenai pengertian nyeri:

* 1. Mc. Coffery (1979), mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaanya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
	2. Wolf Weifsel Feurst (1974), mengatakan nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
	3. Artur C Curton (1983), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
	4. Scrumum mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis maupun emosional.
		1. **Fisiologi Nyeri**

Munculnya nyeri sangat berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri dapat memberikan respons akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa kimiawi, termal, listrik, atau mekanis. Stimulasi oleh zat kimiawi diantaranya seperti histamine, bradikmin, prostaglandin, dan macam-macam asam seperti adanya asam lambung yang meningkat pada gastritis atau stimulasi yang dilepaskan apabila terdapat kerusakan pada jaringan. (Hidayat, 2012), Selanjutnya, stimulus yang diterima oleh reseptor tersebut ditransmisikan berupa impuls-impuls nyeri ke sumsum tulang belakang oleh dua jenis serabut, yaitu serabut A (delta) yang bermielin rapat dan serabut ramban (serabut C). Impuls-impuls yang ditransmisikan oleh serabut delta A, mempunyai sifat inhibitor yang ditransmisikan ke serabut C. (Hidayat, 2012).

* + 1. **Jenis dan Bentuk Nyeri**
	1. Jenis Nyeri

Ada tiga klasifikasi nyeri

* + 1. Nyeri perifer. Nyeri ini ada tiga macam:
			1. nyeri superfisial,yakni rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa;
			2. Nyeri visceral, yaitu rasa nyeri yang muncul akibat stimulasi pada reseptor nyeri di rongga abdomen, cranium, dan toraks;
			3. nyeri alih, yakni nyeri yang dirasakan pada daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
		2. Nyeri sentral. Nyeri yang muncul akibat stimulasi pada medulla spinalis, batang otak, dan thalamus.
		3. Nyeri psikogenik. Nyeri yang tidak diketahui penyebab fisiknya. Dengankata lain, nyeri ini timbul akibat pemikiran si penderita itu sendiri. Seringkali, nyeri ini muncul karena factor psikologi, bukan fisiologis
	1. Bentuk nyeri

Secara umum, bentuk nyeri terbagi atas nyeri akut dan nyeri kronis.

* + 1. Nyeri akut. Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak, dan biasa penyebab dan lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.
		2. Nyeri kronis. Nyeri ini berlangsung lebih dari enam bulan. Sumber nyeri bias diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak dapat disembuhkan. Selain itu, pengindraan nyeri menjadi lebih dalam sehingga penderita sukar untuk menunjukan lokasi.
		3. **Teori Nyeri**

Ada 4 teori yang berusaha menjelaskan bagaiman nyeri itu timbul dan terasa, yaitu :

a. Teori spesifik ( Teori Pemisahan)

Teori yang mengemukakan bahwa reseptor dikhususkan untuk menerima suatu stimulus yang spesifik, yang selanjutnya dihantarkan melalui serabut A delta dan serabut C di perifer dan traktus spinothalamikus di medulla spinalis menuju ke pusat nyeri di thalamus. Teori ini tidak mengemukakan komponen psikologis.. Menurut teori ini rangsangan sakit masuk ke medula spinalis (spinal cord) melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior. Kemudian naik ke tractuslissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

1. Teori pola (pattern)

Teori ini menyatakan bahwa elemen utama pada nyeri adalah pola informasi sensoris. Pola aksi potensial yang timbul oleh adanya suatu stimulus timbul pada tingkat saraf perifer dan stimulus tertentu menimbulkan pola aksi potensial tertentu. Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel. Hal ini mengakibatkan suatu respons yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi, yaitu korteks serebri serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respons dari reaksi sel.tu. Pola aksi potensial untuk nyeri berbeda dengan pola untuk rasa sentuhan.

c. Teori kontrol gerbang (gate control)

Pada teori ini bahwa impuls nyeri dapat diatur atau dihambat oleh mekanisme pertahanan di sepanjang sistem saraf pusat. Teori ini mengatakan bahwa impuls nyeri dihantarkan saat sebuah pertahanan dibuka dan impuls dihambat saat sebuah pertahanan tertutup. Upaya menutup pertahanan tersebut merupakan dasar teori menghilangkan nyeri. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi C melepaskan substansi P untuk mentranmisi impuls melalui mekanisme pertahanan. Selain itu, terdapat mekanoreseptor, neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmiter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Diyakini mekanisme penutupan ini dapat terlihat saat seorang perawat menggosok punggung klien dengan lembut.

Pesan yang dihasilkan akan menstimulasi mekanoreseptor, apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien mempersepsikan sensasi nyeri. Bahkan jika impuls nyeri dihantarkan ke otak, terdapat pusat kortek yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromedulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P. tehnik distraksi, konseling dan pemberian plasebo merupakan upaya untuk melepaskan endorphin.

d. Teori Transmisi dan Inhibisi.

Adanya stimulus pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmiter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada scrabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lamban dan endogcn opiate sistem supresif.

* + 1. **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri.**

Pengalaman nyeri pada seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, di antaranya adalah :

1. Arti nyeri, arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negative, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh beberapa factor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosail budaya, lingkungan dan pengalaman.
2. Persepsi nyeri, persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluative kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh factor yang dapat memicu stimulasi *nociceptor.*
3. Toleransi nyeri. Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Factor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain: alcohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sedangkan factor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit dan lain-lain.
4. Reaksi terhadap nyeri. Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respon seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk respon nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa factor, seperti arti nyeri, tingkat persepsinyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan social, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.
	* 1. **Pelaksanaan Tindakan Keperawatan**
		2. Mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri, misalnya ketidak percayaan, kesalahpahaman, ketakutan, kelelahan, dan kebosanan.
5. Ketidak percayaan. Pengakuan perawat akan rasa nyeri yang diderita pasien dapat mengurangi nyeri. Hal ini dapat dilakukan melalui pernyataan verbal, mendengarkan dengan perhatian mengenai keluhan nyeri pasien, dan mengatakan kepada pasien bahwa perawat mengkaji rasa nyeri pasien agar dapat lebih memahami tentang nyerinya.
6. Kesalapahaman. Mengurangi kesalahpahaman pasien tentang nyerinya akan mengurangi nyeri. Hal ini dilakukan dengan memberitahu pasien bahwa nyeri yang dialami sangat individual dan hanya pasien yang tahu secara pasti tentang nyerinya.
7. Ketakutan . memberikan infirmasi yang tepat dapat mengurangi ketakutan pasien dengan mengajarkan pasien untuk mengekpresikan bagaimana mereka menangani nyeri.
8. Kelelahan. Kelelahan dapat memperberat nyeri. Untuk mengatasinya, kembangkan pola aktivitas yang dapat memberikan istirahat yang cukup.
9. Kebosanan. Kebosanan dapat meningkatkan rasa nyeri. Untuk mengurangi nyeri dapat digunakan pengalih perhatian yang bersifat terapeutik. Beberapa teknik pengalih perhatian adalah bernapaspelan dan berirama, memijat secara perlahan, menyanyi berirama, aktif mendengarkan music, membayangkan hal-hal yang menyenangkan, dan sebagianya.
10. Memodifikasi stimulus nyeri dengan menggunakan teknik-teknik seperti :
	1. Teknik latihan pengalihan
	2. Menonton televisi
	3. Berbincang-bincang dengan orang lain.
	4. Mendengarkan musik.
	5. Teknik relaksasi nafas dalam

Menganjurkan pasien untuk menarik napas dalam dan mengisi paru-paru dengan udara, menghembuskannya secara perlahan, melemaskan otot-otot tangan, kaki, perut, dan punggung, serta mengulangi hal yang sama sambil terus berkonsentrasi hingga didapat rasa nyaman, tenang dan rileks.

* 1. Stimulasi kulit
	2. Menggosok dengan halus pada daerah nyeri.
	3. Menggosok punggung.
	4. Menggunakan air hangat dan dingin.
	5. Memijat dengan air mengalir.
1. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik.
	* 1. **Cara Mengukur Intensitas Nyeri**

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

Pengukuran Skala nyeri dengan metode sebagai berikut :

a. Skala Intensitas Nyeri Deskritif

Gambar 2.1 Skala Intensitas Nyeri Deskritif

b. Skala Identitas Nyeri Numerik

Gambar 2.2 Skala Identitas Nyeri Numerik

c. Skala Analog Visual

Gambar 2.3 Skala Analog Visual

1. Skala Nyeri Menurut Bourbanis



Gambar 2.4 Skala Nyeri Menurut Bourbanis

Keterangan :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **0** | : Tidak nyeri |  |  |  |  |
| **1-3** | : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi |
|  | dengan baik. |  |  |  |  |
| **4-6** | : Nyeri sedang : Secara obyektif klien mendesis, |
|  | menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat |
|  | mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan |
|  | baik. |  |  |  |  |  |
| **7-9** | : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat |
|  | mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, |
|  | dapat | menunjukkan | lokasi | nyeri, | tidak |  |
|  | dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan  |
|  | alih posisi nafas panjang dan distraksi |  |  |  |

1. : Nyeri sangat berat : Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul ( Smeltzer, S.C bare B.G, 2010) .

Karakteristik paling subyektif pada nyeri adalah tingkat keparahan atau intensitas nyeri tersebut. Klien seringkali diminta untuk mendeskripsikan nyeri sebagai yang ringan, sedang atau parah. Namun, makna istilah-istilah ini berbeda bagi perawat dan klien. Dari waktu ke waktu informasi jenis ini juga sulit untuk dipastikan.

Skala deskritif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih obyektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal DescriptorScale,* VDS) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri trbaru yang ia rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa paling tidak menyakitkan. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri. Skala penilaian numerik (*Numerical rating scales*, NRS) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (Potter, 2005 dalam Lukman 2013).

Skala analog visual (*Visual analog scale,* VAS) tidak melebel subdivisi. VAS adalah suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (Potter, 2005 dalam Lukman 2013).

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak mengkomsumsi banyak waktu saat klien melengkapinya. Apabila klien dapat membaca dan memahami skala, maka deskripsi nyeri akan lebih akurat. Skala deskritif bermanfaat bukan saja dalam upaya mengkaji tingkat keparahan nyeri, tapi juga, mengevaluasi perubahan kondisi klien. Perawat dapat menggunakan setelah terapi atau saat gejala menjadi lebih memburuk atau menilai apakah nyeri mengalami penurunan atau peningkatan (Potter, 2005 dalam Lukman 2013).

* 1. **Konsep Nyeri Post Appendiktomi**

Mekanisme nyeri terjadi apabila terdapat adanya rangsangan mekanikal, termal, atau kimiawi yang melewati ambang rasa tertentu. Rangsangan ini terdeteksi oleh reseptor nyeri (*nosiseptor*) yang merupakan ujung-ujung syaraf bebas. Tidak semua orang yang terpajan terhadap stimulus yang sama mengalami intensitas nyeri yang sama, misalnya apendisitis. Suatu stimulus dapat mengakibatkan nyeri pada suatu waktu tetapi tidak pada waktu lain. Sebagai contoh, nyeri pasca operasi sering terasa lebih parah pada malam hari (Smeltzer, 2009).

Pada pola kognitif dan perceptual dijelaskan bahwa pasien dengan pembedahan abdomen terutama apendiktomi, pada umumnya tidak mengalami gangguan pendengaran, penglihatan, maupun pembau. Biasanya pada pola kognitif dan perceptual muncul adanya nyeri, metode pengkajian nyeri dilakukan dengan menggunakan metode pengkajian (PQRST) yaitu *Provocate, Quality, Region, Severe* dan *Time* (Muttaqin,2011).

*Provocate* (P) merupakan penyebab terjadinya nyeri, pada kasus Ny.T nyeri dirasakan pada perut bagian kanan bawah karena luka post operasi apendiktomi, nyeri ini dirasakan penderita akibat adanya tindakan pembedahan abdomen atau apendiktomi karena adanya trauma atau insisi pembedahan. *Quality* (Q) merupakan kualitas nyeri yang diungkapkan secara subyektif oleh pasien, kualitas nyeri pada pasien pembedahan biasanya terasa panas dan tertusuk-tusuk karena adanya insisi, sedangkan pada kasus nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk jarum. *Region* (R) merupakan area dimana nyeri dimana nyeri dirasakan, pada pembedahan abdomen, nyeri dirasakan pada letak anatomi yang mengalami tindakan pembedahan, hal ini sesuai dengan kasus dimana nyeri dirasakan di bagian perut kanan bawah pada kuadran 4. *Severe* (S) merupakan parameter dari tingkatan nyeri dimana pada insisi abdomen, nyeri akan terasa sedang setelah pembedahan dan akan berkurang dalam beberapa waktu yang didukung dengan pemberian analgesic

Konsep nyeri pada post appendik dilakukan dengan pengakajian nyeri ini menggunakan metode PQRST (Muttaqin, 2011).

**Tabel 2.1 Pengkajian nyeri dengan pendekatan PQRST**

|  |  |
| --- | --- |
| **Variabel** | **Deskripsi dan Pertanyaan** |
|  |  |
| Faktor | Pengkajian untuk mengindentifikasi faktor yang menjadi |
| Pencetus | predisposisi nyeri. |
| (P: *Provoking* | − Bagaimana peristiwa sehingga terjadi nyeri? |
| *Incident*) | − Faktor apa saja yang bisa menurunkan nyeri? |
|  |  |
| Kualitas | Pengkajian untuk menilai bagaimana rasa nyeri dirasakan secara |
| *(Q: Quality of* | subyektif. Karena sebagian besar deskripsi sifat dari nyeri sulit |
| *Pain)* | ditafsirkan. |
|  | − Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan pasien? |
|  | − Bagaimana sifat nyeri yang digambarkan pasien? |
|  |  |
| Lokasi | Pengkajian untuk mengindentifikasi letak nyeri secara tepat, |
| (R: *Region*) | adanya radiasi dan penyebabnya. |
|  | − Dimana (dan tunjukan dengan satu jari) rasa nyeri paling hebat |
|  | mulai dirasakan? |
|  | − Apakah rasa nyeri menyebar pada area sekitar nyeri? |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Keparahan | Pengkajian | untuk menentukan seberapa | jauh rasa nyeri yang |
| (S: *Scale of* | dirasakan pasien. Pengkajian ini dapat dilakukan berdasarkan skala |
| *Pain*) | nyeri | dan | pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit |
|  | memengaruhi kemampuan fungsinya. Berat ringannya suatu |
|  | keluhan nyeri bersifat subyektif. |  |  |  |
|  | − Seberapa berat keluhan yang dirasakan. |  |  |
|  | − Dengan menggunakan rentang 0-9. |  |  |
|  |  | Keterangan: |  |  |  |  |
|  |  | 0 | = Tidak ada nyeri |  |  |  |
|  |  | 1-2-3 = | Nyeri ringan |  |  |  |
|  |  | 4-5 | = Nyeri sedang |  |  |  |
|  |  | 6-7 | = | Nyeri hebat |  |  |  |
|  |  | 8-9 | = | Nyeri sangat |  |  |  |
|  |  | 10 | = | Nyeri paling hebat |  |  |  |
|  |  |  |
| Waktu | Pengkajian | untuk mendeteksi berapa lama nyeri berlangsung, |
| (T: *Time*) | kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari. |
|  | − | Kapan nyeri muncul? |  |  |  |
|  | − Tanyakan apakah gejala timbul mendadak, perlahan-lahan atau |
|  |  | seketika itu juga? |  |  |  |  |
|  | − | Tanyakan apakah | gejala-gejala | timbul | secara | terus-menerus |
|  |  | atau hilang timbul. |  |  |  |  |
|  | − | Tanyakan kapan | terakhir kali | pasien | merasa | nyaman atau |
|  |  | merasa sangat sehat. |  |  |  |

* 1. **Konsep Pengkajian Asuhan Keperawatan dengan nyeri post operasi appendiktomi.**
1. Biodata

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

1. Lingkungan

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

1. Riwayat kesehatan
2. Keluhan utama

Nyeri pada daerah kuadran kanan bawah, nyeri sekitar umbilikus.

1. Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat operasi sebelumnya pada kolon.

1. 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.

1. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada klien dengan gangguan nyaman nyeri, Lukman & Ningsih (2009) meliputi :

1. Nyeri; pemeriksaan fisik klien yang mengalami nyeri meliputi :
2. P *(provoking incident*) : apakah ada peristiwa yang menjadi faktor penyebab nyeri, apakah nyeri bertambah berat bila beraktivitas (aggravation), pada aktivitas mana nyeri bertambah (saat batuk, bersin, berdiri, dan berjalan).
3. *Quality of pain* : seperti apa nyeri dirasakan, apakah seperti terbakar, berdenyut, tajam, atau menusuk.
4. *Region, radiation, relief* : dimana lokasi nyeri dirasakan.
5. *Severity (scale) of pain* : seberapa hebat rasa nyeri yang dirasakan klien, dapat berdasarkan skala nyeri atau gradasi dank lien menerangkan seberapa hebat rasa sakit memengaruhi kemampuan fungsinya.
6. *Time* : berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah buruk pada malam hari atau siang hari.
7. Perubahan pola fungsi

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

1. Aktivitas / istirahat

Gejala : Malaise

1. Sirkulasi

Tanda : Takikardi

1. Eliminasi

Gejala : Konstipasi pada awitan awal. Diare (kadang-kadang)

Tanda : Distensi abdomen, nyeri tekan/ nyeri lepas, kekakuan.Penurunan atau tidak ada bising usus

1. Makanan / cairan

Gejala : Anoreksia, mual/muntah

1. 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 padaapendiks).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

1. Pernapasan

Tanda : Takipnea, pernapasan dangkal

1. Keamanan

Tanda : Demam (biasanya rendah).

1. Pemeriksaan Diagnostik
2. Laboratorium

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

1. 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.

**2.4.1 Diagnosa**

Berdasarkan diagnosa Apendiktomi yang menggunakan pendekatan NANDA (Herdman, 2018):

1. Nyeri berhubungan dengan peradangan pada apendiks/post apendiks.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.
3. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan Distensi abdomen.
4. Kerusakan intregitas jaringan berhubungan dengan terputusnya ujung syaraf.
5. Ansietas berhubungan dengan ketidaktahuan pasien terhadap tindakan/penyakit.
6. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya jalan masuk kuman melalui luka insisi.
	* 1. **Rencana Asuhan Keperawatan intervensi berdasarkan NANDA (Herdman**, **2018)**
7. Nyeri akut berhubungan dengan peradangan pada apendiks/post apendiks.

**Tabel 2.2 Diagnosa nyeri akut**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 1 | Nyeri berhubungan dengan peradangan pada apendiks/post apendiks.**Batasan karakteristik:**1. Perubahan selera makan
2. Perubhana tekanan darah
3. Perubahan frekuensi jantung
4. Perubahan frekuensi pernapasan
5. Diaforesis
6. Perilaku distraksi
7. Mengekspresikan perilaku (merengek, menagis)
8. sikap tubuh melindungi
9. Gangguan tidur
10. Melaporkan nyeri secara verbal
11. Perubahan posisi
 | **NOC:**1. Pain level
2. Pain Control
3. Comfort level\

**Kriteria Hasil:**1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tekhnik nonfarmakologis, mencari bantuan),
2. Melaporkan nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri,
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda),
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyer berkurang
 | **NIC**1. Pain management
2. Lakukan pengkajian nyeri secara komperehensif termasuk lokasi, karakteristtik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
3. Gunakan komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien,
4. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
5. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
6. Evaluasi respon nyeri masa lampau
7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan,
9. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
10. Ajarkan tekhnik non farmakologis (relaksasi genggam jari)
11. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
12. Tingkatkan istirahat
13. Evaluasi keefektifan control nyeri
14. Monitor penerimaan pasien tentang mmanajemen nyeri.
15. Analgesik Admistration
16. Tentukan karakteristik, lokasi kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
17. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi
18. Pilih analgesic yang diperlukan atau kombinasi dari analgetik ketika pemberian lebih dari satu
19. Tentukan pilihan anlgesik tergantung tipe dan berat nyerinya
20. Tentukan anlgesik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal,
21. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian anlgesik pertama kali
22. Berikan analgesic tepat waktu terutama ketika nyeri.
23. Evaluasi efektivitas analgesic, tanda dan gejala.
 |

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.

**Tabel 2.3 Diagnosa tidak keseimbangan nutrisi dari kebutuhan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 4. | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.**Batasan karakteristik :**1. Kram abdomen
2. Nyeri abdomen
3. Menghindari makanan
4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal
5. Kerapuhan kapiler
6. Diare
7. Kehilangan rambut berlebihan
8. Bising usus hiperaktif
9. Kurang makanan
10. Kurang informasi
11. Kurang minat pada makanan
12. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat
13. Tonus otot menurun
14. Cepat kenyang setelah makan
15. Sariawan rongga mulut
 | **NOC** 1. Nutritional status
2. Nutritional status : food and fluid intake
3. Nutritional status : nutrient intake weight control.

**Kriteria hasil :**1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
2. Berat badan sesuai dengan tinggi badan
3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapan dari menelan
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
 | **NIC**a. Nutrition management1. Kaji adanya alergi makanan
2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkanprotein dan vitamin C
4. Berikan substansi gula
5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
6. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
7. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian
8. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
9. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan

b*.* Nutrition monitoring 1. BB pasien dalam batas normal
2. Monitor adanya penurunan berat badan
3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan
4. Monitor turgor kulit
5. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi
6. Jadwalkan pengobatan dan dan tindakan tidak dilakukan pada saat jam makan
7. Monitor mual dan muntah
8. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
9. Monitor kemerahan, pucat dan kekeringan jaringan konjungtiva
10. Monitor kalori dan intake nutrisi
 |

c. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan Distensi abdomen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 5 | Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan Distensi abdomen.**Batasan karakteristik :**1. Ansietas
2. Menangis
3. Gangguan pola tidur
4. Takut
5. Ketidakmampuan untuk rileks
6. Iritabilitas
7. Merintih
8. Melaporkan merasa dingin
9. Melaprkan merasa panas
10. Melaporkan perasaan tidak nyaman
11. Melaporkan geja distress
12. Melaporkan rasa gatal

  | **NOC** 1. Sleep deprivation
2. Comort, readlines or enchanced.

**Kriteria hasil :**1. Mampu mengontrol kecemasan
2. Status lingkungan yang nyaman
3. Mengontrol nyeri
4. Kualitas tidur dan istirahat adekuat
5. Agresi pengendalian diri
6. Respon terhadap pengobatan
7. Kontrol gejala
8. Status kenyamanan meningkat
9. Support sosial
10. Keinginan untuk hidup
 | **NIC**1. Anxiety reduction
2. Gunakan pendekatan yang menenangkan
3. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
4. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
5. Pahami perspektif pasien terhadap situasi stres
6. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
7. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan

  |

 **Tabel 2.4 Gangguan rasa nyaman**

d. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan terputusnya ujung saraf.

 **Tabel 2.5 Diagnosa Kerusakan Integritas Jaringan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Diagnosa** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 6 | Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan terputusnya ujung saraf.**Batasan Karakteristik:**1. Kerusakan jaringan (Misal: kornea, membrane mukosa, integument, dan subkutan)
2. Kerusakan jaringan
 | **NOC**1. Tissue integrity: skin and muccous
2. Wound healing: Primary and secondary intention.

**Kriteria Hasil:**1. Perfusi jaringan normal
2. Tidak ada tanda-tanda infeksi
3. Ketebalan dan tekstur jaringan normal
4. Menunjukan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedere
5. Menunjukan proses penyembuhan luka
 | **NIC**a. Pressure ulcer prevention wound care1. Anjurkan pasien untuk memakai pakaian longgar
2. Jaga kulit agar tetap kering dan bersih
3. Mobilisasi pasien setap 2 jam sekali
4. leskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan
5. Monitor kulit adanya kemerahan atau tidak
6. Monitor status nutrisi pasien
7. Observasi luka
8. Ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka
9. Cegah kontaminasi feses dan urin
10. Lakukan tekhik perawatan luka dengan prinsip steril
11. Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka
12. Hindari kerutan pada tempat tidurMandikan pasien dengan air hangat.
 |

e. Ansietas berhubungan dengan ketidaktahuan pasien terhadap tindakan/penyakit.

 **Tabel 2.6 Diagnosa Ansietas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 8 | Ansietas berhubungan dengan ketidaktahuan pasien terhadap tindakan/penyakit.**Batasan karalteristik :**1. Perilaku :
2. Penurunan produktivitas
3. Gerakan yang ireleven
4. Gelisah
5. Melihat sepintas
6. Insomnia
7. Kontak mata yang buruk
8. Mengekspresikan kekhawatir
9. Tampak waspada
10. Affektif :
11. Gelisah
12. Kesedihan yang mendalam
13. Ketakutan
14. Perasaan tidak adekuat
15. Berfokus pada diri sendiri
16. Peningkatan kewaspadaan
17. Iritabilitas
18. Khawatir
19. Fisiologi :
20. Wajah tegang, tangan tremor
21. Peningkatan keringat
22. Peningkatan ketegangan
23. Gemetar, tremor
24. Suara bergetar
25. Simpatik
26. Anoreksia
27. Diare, mulut kering
28. Wajah merah
29. Jantung berdebar-debar
30. Peningkatan TD
 | **NOC** 1. Ansiety self-control
2. Coping.

**Kriteria hasil :**1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas
3. Vital sign dalam batas normal
4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan aktivitas menunjukkan
 | **NIC**1. Anxiety Reduction
2. Gunakan pendekatan yang menenangkan
3. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
4. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
5. Temani pasien untuk memberikan ketenangan, keamanan dan mengurangi rasa takut
6. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan.
 |

i. Risiko infeksi berhubungan dengan adanya jalan masuk kuman melalui luka insisi.

 **Tabel 2.7 Diagnosa Risiko Infeksi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| 9 | Risiko infeksi berhubungan dengan adanya jalan masuk kuman melalui luka insisi.**Faktor-faktor resiko :**1. Penyakit kronis
2. Diabetes mellitus
3. Obesitas
4. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemanjanan patogen
5. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat
6. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder
7. Imunosepresi (imunitas yang didapat tidak adekuat)
8. Penurunan haemoglobin
 | **NOC** 1. Imune status
2. Knowledge : infection control
3. Risk control.

**Kriteria hasil :**1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya
3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
4. Jumlah leukosit dalam batas normal
5. Menunjukkan perilakku hidup sehat
 | **NIC**1. Infection control(kontrol infeksi)
2. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
3. Pertahankan teknik isolasi
4. Batasi pengunjung bila perlu
5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan
6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.
9. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
10. Monitor terhadap kerentanan infeksi
11. Batasi pengunjung
12. Dorong klien untuk mengonsumsi antibiotic sesuai resep
13. Ajarkan pasein dan keluarga akan tanda dan gejala infeksi
14. Ajarkan cara menghndari infeksi
15. Laporkan kecurigaan infeksi.
 |

**BAB III**

**METODE PENELITIAN**

* 1. **Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Studi kasus menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien dengan post operasi apendiktomy di IRNA 2 RS Saiful Anwar Malang.

* 1. **Batasan Batasan Istilah**

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

* + 1. Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan , yang difokuskan pada reaksi dan respons untuk individu mulai dari pegkajian, analisa data, rencana asuhan keperawatan, implementasi rencana keperawatan, catatan perkembangan dan evaluasi tindakan keperawatan pada pasien post apendiktomi dengan masalah nyeri post operasi.
		2. Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10-30 tahun (Mansjoer, 2010).
		3. Masalah : diartikan sebagai penyimpangan atara yang seharusnya dengan apa yang benar-benar terjadi, antara teori denga praktek, antara dan aturan dengan pelaksanaan, antara rencana dengan pelaksanaan.

42

* 1. **Partisipan**

Partisipan dalam keperawatan adalah pasien dan keluarga. Subyek yang digunakan pasien dan keluarga dengan masalah keperawatan post-operasi apendiktomy di IRNA 2 RSSA Malang

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi adalah sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :
	1. Wanita/ pria yang usia diatas 17 tahun
	2. Tidak menderita sakit kejiwaan
	3. Pasien dengan tindakan operasi open appendiktomy
	4. Bersedia menjadi informan.
2. Kriteria eksklusi penelitian ini adalah wanita / pria dalam keadaan sakit kejiwaan, usia belum 17 tahun keatas, serta pasien dengan operasi appendik dengan laparascopy.
	1. **Lokasi**

3.4.1 Lokasi

 Dilaksanakan di IRNA 2 RSSA Malang, di ruang 17.

3.4.2 Waktu

 Penelitian dilakukan pada Tn.I dengan post operasi apendisitis yang dilaksanakan tanggal 3 April 2019 sampai 5 April 2019, pasien operasi tanggal 2 April 2019 jam 23.00 di OK IGD.

* 1. **Pengumpulan data**

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Dalam penelitian ini menggunakan metode pengumpulan data dalam penelitian deskriptif, yaitu:

* + 1. Wawancara

Wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll. Dalam mencari informasi, peneliti melakukan 2 jenis wawancara, yaitu autoanamnesa (wawancara yang dilakukan dengan subjek klien) dan aloanamnesa (wawancara dengan keluarga klien).

* + 1. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat (Saryono, 2013). Beberapa informasi yang diperoleh dari hasil observasi adalah ruang (tempat), pelaku, kegiatan, objek, perbuatan, kejadian atau peristiwa, waktu dan perasaan. Alasan peneliti melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistik perilaku atau kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku manusia dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu melakukan umpan balik terhadap pengukuran tersebut.

Observasi ini menggunakan observasi partisipasi (participant observation) adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data studi kasus melalui pengamatan.Pemeriksaan pada studi kasus ini dengan pendekatan komunikasi terapeutik pada klien.

* + 1. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan kegiatan mencari data atau variabel darisumber berupa catatan,transkip,buku, suratkabar, majalah, prasati, notulen rapat, agenda, dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

* 1. **Uji Keabsahan Data**

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menghasilkan validitas data studi kasus yang tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas tinggi. Dalam studi kasus ini waktu yang tentukan adalah 3 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari, sehingga waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah 4hari.
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, keluarga dan perawat.
	1. **Analisa data**

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukanuntuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Langkah-langkah analisis data pada studi kasus, yaitu :

* + 1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, obsrevasi, dokumentasi) hasil studi di tempat pengambilan studi kasus. Hasil ditulis dalam bentuk catatan, kemudian disalin dalam bentuk transkip (catatan tersruktur).

* + 1. Mereduksi data

Data hasil wawancara seluruh data yang diperoleh dari lapangan ditelaah, dicatat kembali dalam bentuk uraian atau laporan yang lebih rinci dan sistematis dan dijadikan satu dalam bentuk transkip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

* + 1. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif.Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

* + 1. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi kesehatan.Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

* 1. **Etika Penelitian**

1 Informed Consent (persetujuan menjadi klien)

Memberikan bentuk persetujuan antara dan responden studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan studikasus.

1. Anonimity ( tanpa nama)

Masalah etika studi kasus merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek studi kasus dengan cara memberikan atau menempatkan nama responden dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil studi kasus yang akandisajikan.

1. Confidentiality (kerahasian)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti studi kasus.