

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi *Appendicitis*

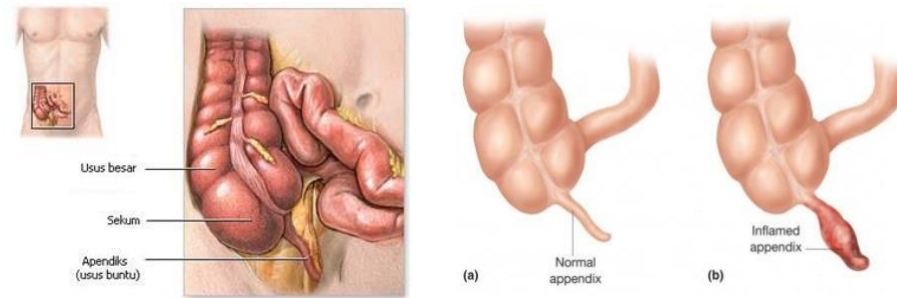
Appendicitis adalah infeksi pada usus buntu atau dalam bahasa latinnya *appendiks vermitormis*, yaitu suatu organ yang memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya, 2017)

Menurut Wim de jounge et al dalam (Hariyanto & Sulistyowati, 2015), *appendicitis* merupakan suatu proses peradangan yang disebabkan karena adanya infeksi pada usus buntu atau yang sering disebut apendiks. Infeksi ini dapat menyebabkan komplikasi apabila tidak segera mendapatkan tindakan bedah segera untuk penanganannya.

Appendicitis merupakan infeksi pada *appendiks* yang disebabkan karena adanya fekalit (massa keras dari feses), *hyperplasia* (pembesaran) jaringan limfa, tumor apendiks atau adanya bakteri yang menginfeksi area apendiks, benda asing, sumbatan lumen *appendiks*, struktur akibat *fibrosis* karena adanya peradangan sebelumnya (Nurarif & Kusuma, 2015).

Apendiktomi adalah tindakan pembedahan untuk mengangkat apendiks yang dilakukan untuk menurunkan risiko perforasi (Fransisca, 2019). *Apendiktomi* adalah pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau menghilangkan atau mengangkat usus buntu yang sudah terinfeksi (Wainsani & Khoiriyah, 2020)

2.1.2 Anatomi Fisiologi *Appendicitis*



Gambar 2. 1 Apendiks normal (a) dan apendiks yang terinfeksi (b)

1) Anatomi *Appendicitis*

Appendiks Vermiformis atau yang sering disebut *appendiks* adalah organ berbentuk tabung dan sempit yang mempunyai otot dan banyak mengandung jaringan limfoid. Panjang *appendiks vermiformis* bervariasi dari 3-5 inci (8-13 cm). Dasarnya melekat pada permukaan aspek *posteromedial caecum*, 2,5 cm dibawah *juncture iliocaecal* dengan lainnya bebas. Lumennya melebur di bagian distal dan menyempit dibagian proksimal (Dillan, 2022) *Appendiks* merupakan struktur dengan ujung tertutup yang pada bagian alam dilapisi oleh mukosa tipe kolon, dikelilingi oleh submukosa dan selubung otot. Mukosa *appendiks* pada anak-anak dan dewasa muda mengandung banyak *folikel limfoid*. Pada usia lebih tua, lumen *appendiks* mengalami obliterasi akibat fibrosis. *Appendiks* pertama kali tampak saat perkembangan embriologi minggu ke delapan yaitu bagian ujung dari protuberans sekum. Pada saat antenatal dan postnatal, pertumbuhan dari sekum yang berlebih akan menjadi *appendiks* yang akan berpindah dari medial menuju katup ileocaecal.

2) Fisiologis *Appendicitis*

Appendiks menghasilkan lendir sebanyak 1-2 ml per hari. Normalnya lendir itu di curahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara *appendiks* tampaknya berperan pada *pathogenesis appendicitis*.

Immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (*gut associated lymphoid tissue*) yang terdapat di sepanjang saluran cerna, termasuk *appendiks*. Immunoglobulin itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan *apendiks* tidak memengaruhi system imun tubuh karena jumlah jaringan limfe disini sedikit sekali jika dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan di seluruh tubuh. (Sjamsuhidajat, 2004)

2.1.3 Klasifikasi *Appendicitis*

Menurut Hariyanto & Sulistyowati (2015), Klasifikasi *Appendicitis* terbagi menjadi 3 yaitu:

- 1) *Appendicitis* akut merupakan peradangan pada apendik atau umbai cacing dengan tanda radang pada daerah sekitar yang bersifat terlokalisasi, baik disertai rangsangan peritoneum lokal maupun tanpa penyerta.
- 2) *Appendicitis rekens* adalah peradangan pada *appendiks* karena adanya fibrosis dari riwayat apendiktomi yang sembuh spontan memunculkan

rasa nyeri di perut kanan bawah yang mendorong perlu dilakukannya *appendiktomi*.

- 3) *Appendicitis kronis* memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik *appendiks* secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh di dinding *appendiks*, sumbatan parsial atau lumen *appendiks*, adanya jaringan parut, dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan hilang setelah *appendiktomi* (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

2.1.4 Etiologi *Appendicitis*

Penyebab terjadinya *appendicitis* menurut Hariyanto & Sulistyowati (2015) disebabkan oleh beberapa factor sebagai berikut, diantaranya :

- 1) Hiperplasia jaringan
- 2) Fekalit
- 3) Tumor apendiks
- 4) Cacing aksaris yang menyumbat
- 5) Benda asing yang menyumbat

2.1.5 Manifestasi Klinis *Appendicitis*

Menurut Handaya (2017) beberapa manifestasi klinis yang sering muncul pada apendisitis antara lain sebagai berikut :

- 1) Nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilicus atau periumbilikus. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri beralih ke kuadran kanan bawah ke titik Mc Burney (terletak diantara

pertengahan umbilikus dan spina anterior ileum) nyeri terasa lebih tajam.

- 2) Bisa disertai nyeri seluruh perut apabila sudah terjadi peritonitis karena kebocoran apendiks dan meluasnya peritonitis dalam rongga abdomen
- 3) Mual
- 4) Muntah
- 5) Nafsu makan menurun
- 6) Konstipasi
- 7) Demam

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan sel darah putih (Leukosit) hingga $10.000 - 18.000/\text{mm}^3$.

Jika terjadi peningkatan yang lebih, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi.

- 2) Pemeriksaan Radiologi

- a) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu)

- b) Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan untuk menilai inflamasi dari apendiks

- c) CT – Scan

Pemeriksaan CT – Scan pada abdomen untuk mendeteksi apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.

d) C – Reactive Protein (CRP)

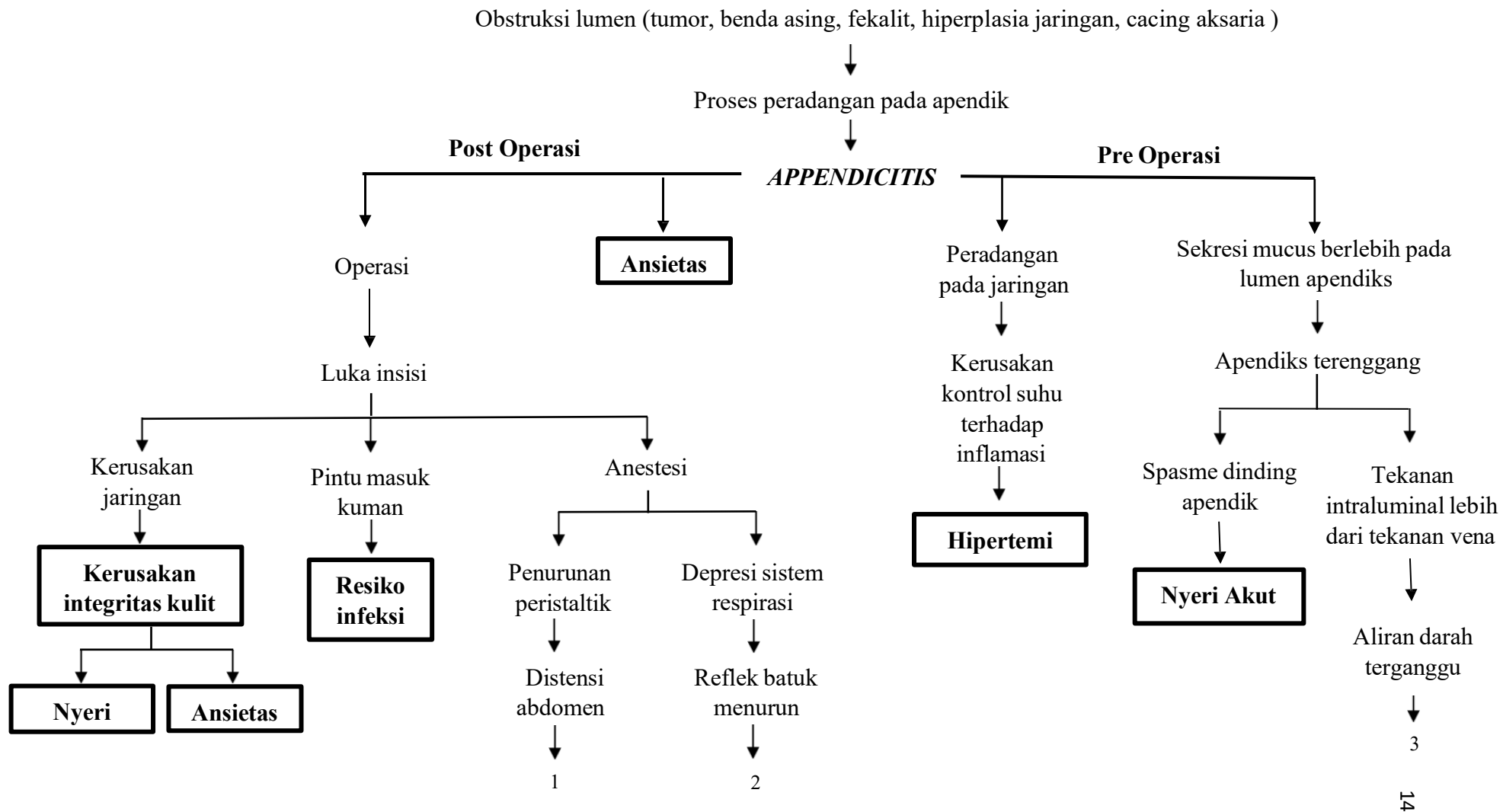
C – Reactive Protein (CRP) adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada apendisitis didapatkan peningkatan kadar CRP. (Muttaqin, et al., 2011).

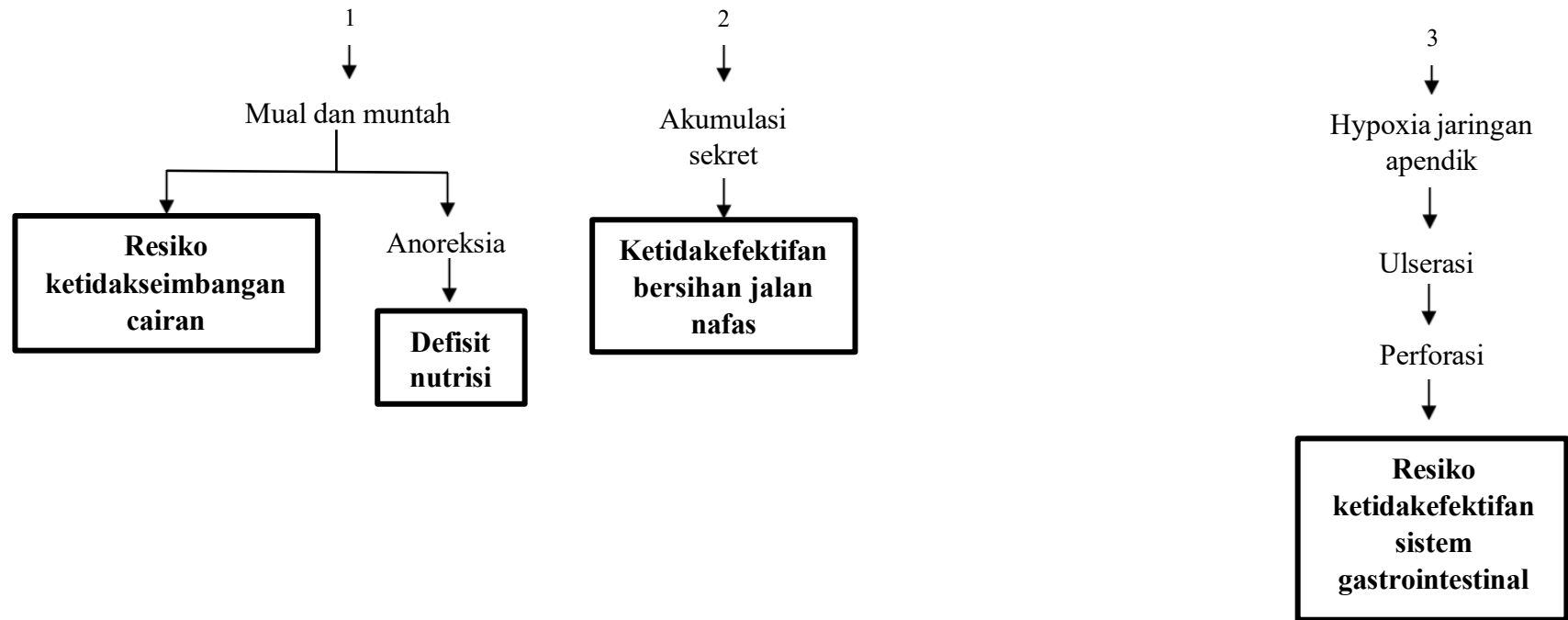
Tabel 2. 1 Pemeriksaan Appendiks

Nama pemeriksaan	Tanda dan gejala
<i>Rosving's sign</i>	Positif jika dilakukan palpasi dengan tekanan pada kuadran kiri bawah dan timbul nyeri pada sisi kanan.
<i>Psoas sign</i> atau <i>Obraztsova's sign</i>	Klien dibaringkan pada sisi kiri, kemudian dilakukan ekstensi dari panggul kanan. Positif jika timbul nyeri pada kanan bawah.
<i>Obturator sign</i>	Pada klien dilakukan fleksi panggul dan dilakukan rotasi internal pada panggul. Positif jika timbul nyeri pada hipogastrium atau vagina.
<i>Dunphy's sign</i>	Pertambahan nyeri pada tertis kanan bawah dengan batuk.
<i>Ten Horn sign</i>	Nyeri yang timbul saat dilakukan traksi lembut pada <i>korda spermatic</i> kanan.
<i>Kocher (Rosenstein)'s sign</i>	Nyeri pada awalnya pada daerah epigastrium atau sekitar pusat, kemudian berpindah ke kuadran kanan bawah.
<i>Sitkovskiy (Rosenstein)'s sign</i>	Nyeri yang semakin bertambah pada perut kuadran kanan bawah saat klien dibaringkan pada sisi kiri
<i>Aure-Rozanova's sign</i>	Bertambahnya nyeri dengan jari pada <i>petit triangle</i> kanan (akan positif Shchetkin-Bloomberg's sign)
<i>Blumberg sign</i>	Disebut juga dengan nyeri lepas. Palpasi pada kuadran kanan bawah kemudian dilepaskan tiba-tiba.

2.2 Patofisiologi Appendicitis

2.2.1 Skema Pathway Appendicitis





Gambar 2. 2 Patofisiologi *Apendicitis*

Sumber : (Hariyanto & Sulistyowati, 2015)

2.2.2 Uraian Pathway *Appendicitis*

Appendicitis disebabkan oleh obstruksi lumen, benda asing, fekalit, dan lain-lain sehingga hal ini menyebabkan peradangan pada *apendiks*, apabila hal ini tidak segera diatasi maka akan menyebabkan *Appendicitis*. Saat sebelum dilakukan operasi (pre-operasi) peradangan yang mengenai jaringan *apendiks* akan menyebabkan kontrol suhu terhadap inflamasi akan mengalami kerusakan sehingga akan muncul reaksi peradangan seperti panas atau hipertemia. Peradangan yang terus berlanjut akan meningkatkan secret mucus pada lumen *apendiks* karena mucus yang diproduksi mengalami bendungan, sehingga akan terjadi peregangan pada *apendiks* yang dapat memicu terjadinya spasme pada dinding *apendiks* yang dapat mengganggu aliran darah di *gastrointestinal*, apabila aliran darah ini terganggu oksigen yang digunakan untuk metabolisme akan mengalami kekurangan sehingga terjadi metabolisme anaerob dan terjadilah nyeri akut. Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan meningkat, namun elastisitas dinding *apendiks* mengalami keterbatasan sehingga terjadi peningkatan intraluminal, dimana berkurangnya aliran darah sehingga akan terjadi hypoxia. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang dapat mengakibatkan oedem dan ulserasi mukosa, obstruksi lumen, oedem yang terus berlanjut dan bakteri yang terus bertambah akan menembus dinding *apendiks* sehingga *apendiks* mengalami perforasi dan akan muncul gangguan ketidakefektifan perfusi *gastrointestinal*. *Appendicitis* yang disebabkan oleh masuknya benda asing dan fekalit yang masuk ke dalam kantong *apendiks*, sehingga

suplai darah berkurang bahkan bisa terjadi perforasi yang merupakan keadaan gawat darurat yang perlu dilakukan pertolongan segera, yaitu dengan tindakan operasi. Saat setelah dilakukan operasi (post-operasi) memicu kecemasan atau ansietas dikarenakan kurangnya informasi tindakan, selain cemas tindakan pembedahan ini akan menimbulkan luka yang terjadi kerusakan pada jaringan karena terputusnya ujung syaraf sehingga menimbulkan kerusakan integritas jaringan dan nyeri. Dari luka insisi tersebut perlu diperhatikan lagi karena bisa menjadi pintu masuk bagi kuman dan beresiko terkena infeksi. Selain luka insisi ada hal lain yang perlu diperhatikan juga yaitu anestesi. Efek dari anestesi ini akan menurunkan peristaltic usus dan distensi abdomen. Distensi ini dapat menyebabkan mual muntah. Mual muntah ini memiliki efek pada nafsu makan, apabila penurunan nafsu makan tidak segera ditangani makan akan menyebabkan ketidakseimbangan nutrisi pada tubuh dan mengalami resiko ketidakseimbangan cairan. Efek dari anestesi ini juga menimbulkan depresi pada sistem respirasi dimana reflek batuk akan menurun sehingga akan terjadi akumulasi sekret dan akan menyebabkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

2.3 Komplikasi *Appendicitis*

Menurut Rahmawati (2018) komplikasi yang terjadi pada *Appendicitis*, yaitu :

1) Perforasi

Perforasi berupa massa yang terdiri dari kumpulan apendiks, sekum, dan letak usus halus. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu

39,5°C tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis meningkat akibat perforasi dan pembentukan abses.

2) Peritonitis

Peritonitis yaitu infeksi pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi 39°C – 40°C menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang jarang.

2.4 Penatalaksanaan Penyakit *Appendicitis*

Penatalaksanaan medis pada *apendicitis* menurut Hidayat (2020) meliputi :

1) Sebelum operasi (Pre Operasi)

a) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala *apendicitis* sering kali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilaksanakan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan.

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

b) Pemberian Antibiotik

Antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi dan abses intra abdominal luka operasi pada klien apendiktomi. Antibiotik diberikan sebelum, saat, hingga 24 jam pasca operasi dan melalui cara pemberian intravena (IV) (Sulikah, 2014).

2) Operasi

Tindakan operasi yang dapat dilakukan adalah apendiktomi. Apendiktomi adalah suatu tindakan pembedahan dengan cara membuang apendiks. Indikasi dilakukannya operasi apendiktomi yaitu bila diagnosa *apendicitis* telah ditegakkan berdasarkan gejala klinis. Pada keadaan yang meragukan diperlukan pemeriksaan penunjang USG atau CT scan.

Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anastesi umum atau spinal dengan insisi pada abdomen bawah. Anastesi diberikan untuk memblokir sensasi rasa sakit. Efek dari anastesi yang sering terjadi pada klien post operasi adalah termanipulasinya organ abdomen sehingga terjadi distensi abdomen dan menurunnya peristaltik usus. Hal ini mengakibatkan belum munculnya peristaltik usus (Faizal & Mulya, 2020).

Operasi apendiktomi dapat dilakukan dengan 2 teknik, yaitu operasi apendiktomi terbuka dan laparaskopi apendiktomi. Apendiktomi terbuka dilakukan dengan cara membuat sebuah sayatan dengan panjang sekitar 2 – 4 inci pada kuadran kanan bawah abdomen dan apendiks dipotong melalui lapisan lemak dan otot apendiks. Kemudian apendiks diangkat atau dipisahkan dari usus (Kiik, 2013).

Sedangkan pada laparaskopi apendiktomi dilakukan dengan membuat 3 sayatan kecil di perut sebagai akses, lubang pertama dibuat dibawah pusar, fungsinya untuk memasukkan kamera super mini yang terhubung ke monitor ke dalam tubuh, melalui lubang ini pula sumber

cahaya dimasukkan. Sementara dua lubang lain di posisikan sebagai jalan masuk peralatan bedah seperti penjepit atau gunting. Ahli bedah mengamati organ abdominal secara visual dan mengidentifikasi apendiks. Apendiks dipisahkan dari semua jaringan yang melekat, kemudian apendiks diangkat dan dikeluarkan melalui salah satu sayatan.

Jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika. Tindakan pembedahan dapat menimbulkan luka insisi sehingga pada klien post operatif apendiktomi dapat terjadi resiko infeksi luka operasi.

3) Pasca Operasi (Post Op)

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan. Klien dibaringkan dalam posisi terlentang. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan *Appendicitis*

2.5.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat, sehingga seluruh kebutuhan klien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data yang dapat diperoleh dari wawancara kepada klien atau keluarga klien.

Adapun pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik pada klien pre operasi *appendicitis* yakni meliputi :

1) Wawancara

Wawancara adalah kegiatan tanya jawab/komunikasi secara langsung untuk menggali informasi yang berhubungan dengan status klien.

a) Identitas klien

Identitas klien menjelaskan tentang identitas yang dimiliki oleh klien meliputi:

- (1) Nama : Diisi sesuai nama klien, ditulis dengan inisial dan diikuti dengan label status klien.
- (2) Umur: Ditulis umur dalam satuan hari, bulan, tahun.
- (3) Jenis kelamin : Ditulis sesuai jenis kelamin klien, laki-laki atau perempuan.
- (4) Agama : Ditulis sesuai agama yang dianut oleh klien.
- (5) Suku bangsa : Diisi suku bangsa yang sesuai dengan klien.
- (6) Bahasa : Ditulis sesuai bahasa sehari-hari yang paling sering digunakan klien.
- (7) Pekerjaan : Berisi tentang bidang pekerjaan, profesi, status, atau sesuai dengan pekerjaan klien.
- (8) Pendidikan : Diisi sesuai pendidikan terakhir klien.
- (9) Status : Berisi tentang sudah belumnya klien kawin/menikah, janda/duda
- (10) Alamat : Diisi sesuai alamat tempat tinggal klien.

(11) Penanggung jawab : Ditulis nama orang/perusahaan yang bertanggung jawab atas klien.

(12) Tanggal/jam MRS: Diisi dengan tanggal, bulan, tahun dan jam masuk rumah sakit.

(13) Tanggal/jam pengkajian : Diisi dengan tanggal, bulan, tahun dan jam pada saat melakukan pengkajian.

(14) No. Register : Diisi sesuai dengan nomor register klien.

(15) Diagnosis Medis : Diisi sesuai dengan diagnosis yang ditegakkan oleh tim medis. (Kana, 2022)

b) Keluhan Utama

Nyeri di sekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Timbul keluhan nyeri perut kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri di pusat atau di epigastrium dirasakan dalam beberapa waktu lalu. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus menerus, dapat hilang atau timbul nyeri dalam waktu yang lama. Keluhan yang menyertai biasanya klien mengeluh rasa mual dan muntah, panas. (Purnamasari, 2023)

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit. Biasanya pada klien appendicitis mengatakan nyeri pada daerah abdomen kanan bawah yang menembus

kebelakang sampai pada punggung dan mengalami demam tinggi. (Purnamasari, 2023)

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini.

Adanya riwayat operasi di kolon, sebelumnya pernah mengalami penyakit yang sekarang dialami yaitu *apendicitis*, kemungkinan klien pernah mengalami atau menderita gangguan pencernaan, kebiasaan klien mengkonsumsi makanan yang rendah serat atau bahkan sering mengalami gangguan buang air besar. (Kana, 2022)

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar anggota keluarga. Penyakit *appendicitis* bukan penyakit keturunan dan juga bukan penyakit menular. Biasanya tidak ada riwayat keluarga yang menderita *apendiksitis* (Walid, 2021)

f) Pola nutrisi dan metabolisme

Pola nutrisi dan metabolisme diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit (saat ini) yang meliputi jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makan selingan, makanan yang disukai, alergi makanan dan makanan pantangan. Pada *apendicitis* biasanya ada keluhan nafsu makan menurun, mual, muntah, makanan sehari-hari sering makan- makanan rendah serat, makan jambu biji dengan bijinya (Nareza, 2023)

g) Pola eliminasi

Pola eliminasi diisi dengan eliminasi alvi (buang air besar) dan eliminasi urin (buang air kecil). Menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai dengan sakit saat ini), yang meliputi frekuensi, konsistensi, warna, bau, adanya darah dan lain-lain. Bila ditemukan adanya keluhan pada eliminasi hendaknya dibuatkan deskripsi singkat dan jelas tentang keluhan yang dimaksud. Terdapat beberapa keluhan pada eliminasi yang dirasakan pada klien *apendicitis* yaitu adanya bising usus atau peristaltik usus, tonus kandung kemih, konstipasi, dan diare kadang-kadang (Suratun, 2020).

h) Pola aktivitas dan kebersihan diri

Pola aktivitas dan kebersihan diri diisi dengan aktivitas rutin yang dilakukan klien sebelum sakit sampai saat sakit,

mulai dari bangun tidur sampai tidur kembali termasuk penggunaan waktu senggang. Mobilitas selama sakit dilihat dan aktivitas perawatan diri seperti makan, minum, toileting, berpakaian, berhias, dan penggunaan instrument.

Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri. (Nurwahid, 2023)

i) Pola istirahat tidur

Pola istirahat tidur diisi dengan kualitas dan kuantitas istirahat tidur klien sejak sebelum sakit sampai saat sakit meliputi jumlah jam tidur siang dan malam, pengguna alat pengantar tidur, perasaan klien saat bangun tidur, dan kesulitan atau masalah tidur : sulit tidur, sulit tidur lama, tidak bugar ketika bangun tidur, terbangun dini, tidak bisa melanjutkan tidur.

Biasanya klien mengalami kesulitan tidur dikarenakan adanya nyeri. (Mawadah, 2021)

j) Riwayat psikososial

Riwayat psikososial merupakan informasi mengenai perilaku, perasaan yang berhubungan dengan penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga.

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil (Rosa, 2023).

2) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan fisik, yakni menggunakan 4 cara

(1) Inspeksi

Proses observasi yang dilakukan dengan cara melihat. Inspeksi digunakan untuk mengetahui tanda-tanda fisik yang berhubungan dengan status fisik. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi : ukuran, bentuk, posisi, simetris, luka, perubahan yang terjadi pada kulit, dan kelainan anatomi.

(2) Palpasi

Suatu bentuk pemeriksaan dengan cara perabaan. Tangan dan jari-jari adalah instrument yang sensitive untuk merasakan adanya suatu perubahan yang terjadi pada tubuh. Palpasi digunakan untuk mengumpulkan data tentang : temperature, turgor, bentuk dan ukuran, massa, kelembapan, vibrasi, dan tekstur.

(3) Perkusi

Metode pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk. Tujuannya adalah untuk menentukan batas-batas organ atau bagian tubuh dengan cara merasakan vibrasi yang ditimbulkan akibat adanya gerakan yang diberikan ke bawah jaringan. Perkusi dapat membedakan apa yang ada dibawah jaringan (udara, cairan, atau zat padat).

(4) Auskultasi

Metode pemeriksaan dengan cara mendengar yang dibantu dengan stetoskop. Tujuannya untuk mendengarkan bunyi jantung, suara nafas, bunyi peristaltik usus, denyut jantung janin, dan mengukur tekanan darah.

b) Pemeriksaan fisik meliputi :

(1) Keadaan umum

Keadaan/penampilan umum: lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah. Klien *Apendicitis* biasanya mengeluh nyeri, merasa lemah, ekspresi wajah menyeringai, nyeri bagian perut kanan bawah, malaise, nyeri akan bertambah jika dibuat batuk dan beraktivitas atau berjalan (Rosa, 2023).

(2) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi, tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi. Pada klien dengan post operasi dapat terjadi perubahan denyut nadi (takikardia : denyut nadi cepat), dan pernafasan (takipneu : pernafasan dangkal) tidak seperti biasanya. Kenaikan suhu juga menjadi salah satu tanda infeksi.

(3) Kepala dan leher

(a) Kepala dan leher

Pemeriksaan kepala mulai dari rambut klien tampak bersih, tidak adanya kutu atau ketombe, penyebaran rambut merata, tidak terdapat luka atau lesi, tidak ada gangguan fungsi pergerakan kepala ditandai klien dapat

menoleh ke kiri, ke kanan, ke atas dan ke bawah, pada trakea tidak mengalami pergeseran, tidak adanya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid, tidak adanya kaku kuduk, klien mengatakan kadang merasakan sakit kepala.

(b) Mata (pengelihatan)

Kebersihan mata baik, struktur mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, ketajaman perlihatan baik, tidak ada perdarahan dan peradangan, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

(c) Hidung (Penciuman)

Kebersihan hidung baik, tidak ada pembengkakan, tidak ada peradangan, fungsi penciuman baik ditandai dengan klien mampu membedakan bau alcohol dengan betadin, tidak ada mukus atau sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung.

(d) Telinga (Pendengaran)

Kebersihan telinga baik, struktur telinga simetris, tidak ada perdarahan dan peradangan, fungsi pendengaran baik ditandai dengan klien mampu mendengar pembicaraan perawat dengan baik, tidak ada serumen atau cairan yang keluar dari telinga.

(e) Mulut (Pengecapan)

Kebersihan mulut baik, fungsi pengecapan baik ditandai dengan klien mampu membedakan rasa masakan, tidak ada perdarahan dan peradangan, fungsi bicara baik klien mampu berkomunikasi secara verbal dengan orang lain secara baik, mukosa bibir lembab (Suselo, 2019).

(f) Integumen

Kebersihan kulit klien baik, kulit teraba hangat, turgor kulit kembali <2 detik, warna kulit merata, kelembaban baik dan tidak ikterik (Arianto, 2020).

(g) Pemeriksaan dada atau thorak

Inspeksi : bentuk dada simetris kanan kiri, ekspansi dada, gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman) baik, tidak adanya penggunaan otot bantu nafas.

Palpasi : tidak adanya pembengkakan, nyeri, ekspansi dinding dada, teraba iktus kordis di ics 5 mid klavikula.

Perkusi : sonor atau pekak, perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi dan vibrasi yang dihasilkan.

Auskultasi : tidak adanya suara nafas tambahan wheezing, ronchi (Darmawan, 2012).

(h) Pemeriksaan payudara

Pada pemeriksaan payudara didapatkan data tidak adanya benjolan, bentuk simetris antara payudara kanan dan kiri (Rosa, 2023).

(i) Abdomen

Inspeksi: Akan tampak adanya tanda pembengkakan (swelling), rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).

Palpasi: Dibagian perut kanan bawah akan terasa nyeri (Blumbeng Sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendsitis akut.

(j) Genetalia

Kebersihan genetalia, terjaga, tidak ada keluhan seperti gatal pada genetalia, tidak terdapat pembesaran skrotum (laki-laki), klien tidak menggunakan kateter.

(k) Ekstermitas

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena nyeri dan kekakuan. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas (Ibrahim, 2019).

Adapun pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik pada klien post operasi apendiktomi yakni :

1) Wawancara

Wawancara adalah kegiatan tanya jawab/komunikasi secara langsung untuk menggali informasi yang berhubungan dengan status klien.

a) Identitas klien

Identitas klien menjelaskan tentang identitas yang dimiliki oleh klien seperti saat wawancara pertama saat sebelum klien operasi,

menanyakan atau mengidentifikasi kembali mengenai nama, umur, alamat dan melihat no register klien untuk memastikan benar klien yang terkaji.

b) Keluhan Utama

Pada klien *post apendiktomi* biasanya klien mengalami nyeri abdomen dibagian luka insisi bedah, nyeri bertambah parah apabila dibuat aktivitas, mual, muntah dan *anoreksia*.

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Klien yang menderita apendisitis umumnya akan mengeluhkan nyeri pada perut kuadran kanan bawah. Gejala yang pertama kali dirasakan klien adalah berupa nyeri yang terjadi di daerah epigastrium atau di periumbilikal yang akan menyebar ke kuadran kanan bawah abdomen. Selain itu, mual dan muntah sering terjadi beberapa jam setelah muncul nyeri, yang berakibat pada penurunan nafsu makan sehingga dapat menyebabkan anoreksia. Demam dengan derajat ringan juga sering terjadi.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini.

Adanya riwayat operasi di kolon, sebelumnya pernah mengalami penyakit yang sekarang dialami yaitu *appendicitis*, kemungkinan klien pernah mengalami atau menderita gangguan

pencernaan, kebiasaanklien mengkonsumsi makanan yang rendah serat atau bahkan sering mengalami gangguan buang air besar.

e) Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satu keluarga, penyakit menular akibat kontak langsung maupun tidak langsung antar anggota keluarga. Penyakit *appendicitis* bukan penyakit keturunan dan jugabukan penyakit menular. Biasanya tidak ada riwayat keluarga yang menderita apendiksitis (Walid, 2021).

f) Pola nutrisi dan metabolisme

Pola nutrisi dan metabolisme diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit (saat ini) yang meliputi jenis makanan dan minuman yang dikonsumsi, frekuensi makan, porsi makan yang dihabiskan, makan selingan, makanan yang disukai, alergi makanan dan makanan pantangan.

Pada *appendicitis* biasanya adanya keluhan nafsu makan menurun, mual, muntah, makanan sehari hari sering makan makanan rendah serat, makan jambu biji dengan bijinya. Pada klien post op *appendicitis* terjadi mual, muntah dan anoreksia dank lien bisa kehilangan cairan tubuh karena perdarahan intraoperasi atau karena hiperventilasi. (Melviana, 2020)

g) Pola eliminasi

Pola eliminasi diisi dengan eliminasi alvi (buang air besar) dan eliminasi urin (buang air kecil). Penderita pasca bedah umumnya oligurik, tetapi juga kurang toleran terhadap air sehingga setiap pemberian cairan yang tidak diimbangi dengan diuresis akan dapat menyebabkan kelebihan cairan. (Sjamsuhidajat, 2004)

h) Pola aktivitas dan kebersihan diri

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

Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri, aktifitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lamanya setelah pembedahan (Setyaningrum, 2021).

i) Pola istirahat tidur

Biasanya klien mengalami kesulitan tidur dikarenakan adanya nyeri. kram dibagian perut kanan bawah. Pada klien post operasi appendicitis akan mengalami malaise, istirahat dan tidur klien kurang dikarenakan adanya nyeri pada insisi bedah (Doengoes, 2010).

j) Riwayat psikososial

Riwayat psikososial merupakan informasi mengenai perilaku, perasaan yang berhubungan dengan penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga.

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

2) Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan fisik, yakni menggunakan 4 cara

(1) Insepeksi

Proses observasi yang dilakukan dengan cara melihat. Inspeksi digunakan untuk mengetahui tanda-tanda fisik yang berhubungan dengan status fisik. Fokus inspeksi pada bagian tubuh meliputi : ukuran, bentuk, posisi, simetris, luka, perubahan yang terjadi pada kulit, dan kelainan anatomi.

(2) Palpasi

Suatu bentuk pemeriksaan dengan cara perabaan. Tangan dan jari-jari adalah instrument yang sensitive untuk merasakan adanya suatu perubahan yang terjadi pada tubuh. Palpasi digunakan untuk mengumpulkan data tentang : temperature, turgor, bentuk dan ukuran, massa, kelembapan, vibribasi, dan tekstur.

(3) Perkusi

Metode pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk. Tujuannya adalah untuk menentukan batas-batas organ atau bagian tubuh dengan cara merasakan vibrasi yang ditimbulkan akibat adanya gerakan yang diberikan ke bawah jaringan. Perkusi dapat membedakan apa yang ada dibawah jaringan (udara, cairan, atau zat padat).

(4) Auskultasi

Metode pemeriksaan dengan cara mendengar yang dibantu dengan stetoskop. Tujuannya untuk mendengarkan bunyi jantung, suara nafas, bunyi peristaltik usus, denyut jantung janin, dan mengukur tekanan darah.

b) Pemeriksaan fisik meliputi :

(1) Keadaan umum

Keadaan/penampilan umum: lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah. Klien post *Apendiktomi* biasanya mengeluh nyeri, merasa lemah, ekspresi wajah menyeringai, nyeri bagian perut kanan bawah, malaise, nyeri akan bertambah jika dibuat batuk dan beraktivitas atau berjalan . Klien yang mengalami anastesi lama biasanya tidak sadar dengan semua otot-ototnya dalam keadaan rileks. (Suzanne C, 2001)

Kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis. umumnya klien dengan gangguan rasa nyaman mengalami cemas dan gelisah,

ekspresi wajah meringis, nadi meningkat, suhu meningkat, pernafasan meningkat, tekanan darah meningkat. (Rosa, 2023)

(2) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi, tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi. Pada klien dengan post operasi dapat terjadi perubahan denyut nadi (takikardia : denyut nadi cepat) .Tekanan darah yang cenderung stabil menurun 5 MmHg .dan pernafasan Klien diamati terhadap patensi jalan nafas, kualitas pernafasan , Kedalaman, Frekuensi dan Bunyi nafas . suhu antara 37,7 C – 36,1 C , Kenaikan suhu juga menjadi salah satu tanda infeksi ,oksimetri menunjukkan saturasi adekuat (Suzanne C, 2001)

(3) Kepala dan leher

(a) Kepala dan leher

Pemeriksaan kepala mulai dari rambut klien tampak bersih, tidak adanya kutu atau ketombe, penyebaran rambut merata, tidak terdapat luka atau lesi, tidak ada gangguan fungsi pergerakan kepala ditandai klien dapat menoleh ke kiri, ke kanan, ke atas dan ke bawah, pada trakea tidak mengalami pergeseran, tidak adanya pembesaran kelenjar limfe dan tiroid, tidak adanya kaku kuduk, klien mengatakan kadang merasakan sakit kepala

(b) Mata (pengelihatan)

Kebersihan mata baik, struktur mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, ketajaman perlihatan baik, tidak ada perdarahan dan peradangan, klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan (Setyaningrum,2021).

(c) Hidung (Penciuman)

Kebersihan hidung baik, tidak ada pembengkakan, tidak ada peradangan, fungsi penciuman baik ditandai dengan klien mampu membedakan bau alcohol dengan betadin, tidak ada mukus atau sekret, tidak ada pernafasan cuping hidung.

(d) Telinga (Pendengaran)

Kebersihan telinga baik, struktur telinga simetris, tidak ada perdarahan dan peradangan, fungsi pendengaran baik ditandai dengan klien mampu mendengar pembicaraan perawat dengan baik, tidak ada serumen atau cairan yang keluar dari telinga.

(e) Mulut (Pengecapan)

Kebersihan mulut baik, fungsi pengecapan baik ditandai dengan klien mampu membedakan rasa masakan, tidak ada perdarahan dan peradangan, fungsi bicara baik klien mampu berkomunikasi secara verbal dengan orang lain secara baik, mukosa bibir lembab. Dalam keadaan rileks

rahang bawah dan lidah akan mengarah ke belakang dan menyumbat jalan nafas (Suzanne C, 2001)

(4) Integumen

Kebersihan kulit klien baik, kulit teraba hangat, turgor kulit kembali <2 detik, warna kulit merata, kelembaban baik dan tidak ikterik. Tanda-tanda infeksi pada luka bekas operasi (Arianto, 2020).

(5) Pemeriksaan dada atau thorak

Inspeksi : bentuk dada simetris kanan kiri, ekspansi dada, gerakan dada (frekuensi, irama, kedalaman) baik, tidak adanya penggunaan otot bantu nafas.

Palpasi : tidak adanya pembengkakan, nyeri, ekspansi dinding dada, teraba iktus kordis di ics 5 mid klavikula.

Perkusi : sonor atau pekak, perhatikan intensitas, nada, kualitas, bunyi dan vibrasi yang dihasilkan.

Auskultasi : tidak adanya suara nafas tambahan wheezing, ronchi.

(6) Pemeriksaan payudara

Pada pemeriksaan payudara didapatkan data tidak adanya benjolan, bentuk simetris antara payudara kanan dan kiri.

(7) Abdomen

Inspeksi : ada tidaknya jaringan parut, lesi, kemerahan, keadaan luka operasi tidak adanya tanda infeksi.

Auskultasi : bising usus (5-30 x/menit) klien post operasi apendicitis mengalami penurunan bising usus dan klien terdapat kekakuan pada abdomen akibat adanya luka post operasi.

Palpasi : kekakuan pada perut, adanya nyeri pada luka post operasi apendicitis, tidak ada pembesaran pada hepar .

Perkusi : suara timpani..

(8) Genitalia

Terdapat selang Kateter. (Suzanne C, 2001)

(9) Ekstermitas

Biasanya ekstremitas mengalami kelemahan, karena terdapat luka post operasi dan pasien merasakan nyeri. akral hangat, Capillary Refil Time (CRT) <2 detik, dan tidak ada oedema pada ekstremitas (Ibrahim, 2019)

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual maupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan.

Adapun diagnosa keperawatan pada klien pre operasi *appendicitis* menurut Hariyanto dan Sulistyowati (2015) disesuaikan dengan buku diagnosa keperawatan (ppni, 2017) , meliputi:

1) Nyeri akut (D.0077)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh Nyeri

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaphoresis

Kondisi Klinis Terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom coroner akut
5. Glaucoma

2) Resiko termogulasi tidak efektif (D.0149)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Beresiko mengalami kegagalan mempertahankan suhu tubuh dalam rentang normal.

Faktor Resiko :

1. Cedera otak aku
2. Dehidrasi
3. Pakaian yang tidak sesuai untuk suhu lingkungan

4. Peningkatan area permukaan tubuh terhadap rasio berat badan
5. Kebutuhan oksigen meningkat
6. Perubahan laju metabolisme
7. Proses penyakit (mis. infeksi)
8. Suhu lingkungan ekstrem
9. Suplai lemak subkutan tidak memadai
10. Proses penuaan
11. Berat badan ekstrem
12. Efek agen farmakologis (mis. sedasi)

Kondisi Klinis Terkait

1. Cedera otak akut
2. Dehidrasi
3. Trauma

3) Resiko Gastrointestinal Tidak Efektif (D.0080)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Sirkulasi

Definisi : Beresiko mengalami penurunan sirkulasi gastrointestinal.

Penyebab :

1. Perdarahan gastrointestinal akut
2. Trauma abdomen
3. Sindroma kompartemen abdomen
4. Aneurisma aorta abdomen
5. Varises gastroesofagus
6. Penurunan kinerja ventrikel kiri

7. Koagulopati (mis. Anemia sel sabit, koagulopati intravaskuler diseminata)
8. Penurunan konsentrasi hemoglobin
9. Keabnormalan masa protrombin dan atau masa tromboplastin parsial
10. Disfungsi hati (mis. Sirosis, hepatitis)
11. Disfungsi ginjal (mis. Ginjal polikistik, stenosis arteri ginjal, gagal ginjal)
12. Disfungsi gastrointestinal (mis. Ulkus duodenum atau ulkus lambung, kolitis iskemik, pankreatitis iskemik)
13. Hiperglikemia
14. Ketidakstabilan hemodinamik
15. Efek agen farmakologis
16. Usia >60 tahun
17. Efek samping tindakan (*cardiopulmonary bypass*, anestesi, pembedahan lambung)

Kondisi Klinis Terkait

1. Varises gastroesofagus
2. Aneurisma aorta abdomen
3. Diabetes meilitus
4. Sirosis hepatitis
5. Perdarahan gastrointestinal akut
6. Gagal jantung kongestif
7. Koagulasi intravaskuler diseminata
8. Ulkus duodenum atau ulkus lambung

9. Kolitis iskemik
10. Pankreatitis iskemik
11. Ginjal polikistik
12. Stenosis arteri ginjal
13. Gagal ginjal
14. Sindroma kompartemen abdomen
15. Trauma abdomen
16. Anemia

4) Ansietas (D.0080)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Integritas Ego

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

1. Krisis situasional
2. Kebutuhan tidak terpenuhi
3. Krisis maturasional
4. Ancaman terhadap konsep diri
5. Ancaman terhadap kematian
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan
7. Disfungsi system keluarga
8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan

9. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
10. Penyalahgunaan zat
11. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
12. Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Merasa bingung
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
3. Sulit berkonsentrasi

Objektif

1. Tampak gelisah
2. Tampak tegang
3. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Mengeluh pusing
2. Anoreksia
3. Palpitasi
4. Merasa tidak berdaya

Objektif

1. Frekuensi napas meningkat
2. Frekuensi nadi meningkat
3. Tekanan darah meningkat
4. Diaphoresis

5. Tremor
6. Muka tampak pucat
7. Suara bergetar
8. Kontak mata buruk
9. Sering berkemih
10. Berorientasi pada masa lalu

Kondisi Klinis Terkait

1. Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
2. Penyakit akut
3. Hospitalisasi
4. Rencana operasi
5. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
6. Penyakit neurologis
7. Tahap tumbuh kembang

Adapun diagnosa keperawatan pada klien post operasi *Apendicitis* menurut Hariyanto dan Sulistyowati (2015) disesuaikan dengan buku diagnosa keperawatan (ppni, 2017), meliputi:

1) Nyeri akut (D. 0077)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan

Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan fungsional, dengan onset

mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab :

1. Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Mengeluh Nyeri

Objektif

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah

4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diaphoresis

Kondisi Klinis Terkait

1. Kondisi pembedahan
2. Cedera traumatis
3. Infeksi
4. Sindrom coroner akut
5. Glaucoma

2) Resiko infeksi (D. 0143)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor resiko

1. Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
2. Efek prosedur invasive
3. Malnutrisi
4. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - a. Gangguan peristaltic
 - b. Kerusakan integritas kulit

- c. Perubahan sekresi pH
 - d. Penurunan kerja siliaris
 - e. Ketuban pecah lama
 - f. Ketuban pecah sebelum waktunya
 - g. Merokok
 - h. Statis cairan tubuh
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
- a. Penurunan hemoglobin
 - b. Imunosupresi
 - c. Leukopenia
 - d. Supresi respon inflamasi
 - e. Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi Klinis Terkait

1. AIDS
2. Luka bakar
3. Penyakit paru obstruktif kronis
4. Diabetes melitus
5. Tindakan invasif
6. Kondisi penggunaan terapi steroid
7. Penyalahgunaan obat
8. Ketuban pecah sebelum waktunya
9. Kanker
10. Gagal ginjal
11. Imunosupresi

12. *Lymphedema*

13. Leukositopenia

14. Gangguan fungsi hati

3) Resiko gangguan integritas kulit/jaringan (D.0139)

Kategori : Lingkungan

Subkategori :Keamanan dan Proteksi

Definisi : Beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan ligament)

Faktor resiko

1. Perubahan sirkulasi
2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
3. Kekurangan/kelebihan volume cairan
4. Penurunan mobilitas
5. Bahan kimia iritatif
6. Suhu lingkungan yang ekstrem
7. Faktor mekanis (mis. penekanan, gesekan) atau faktor elektrik (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
8. Terapi radiasi
9. Kelembapan
10. Proses penuaan
11. Neuropati perifer
12. Perubahan pigmentasi
13. Perubahan hormonal

14. Penekanan pada tonjolan tulang
15. Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan

Kondisi Klinis Terkait

1. Imobilisasi
2. Gagal jantung kongestif
3. Gagal ginjal
4. Diabetes melitus
5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)
6. Kateterisasi jantung

4) Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi/Cairan

Definisi : Beresiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan intravaskuler, interstisial atau intraseluler.

Faktor resiko

1. Prosedur pembedahan mayor
2. Trauma/pendarahan
3. Luka bakar
4. Apheresis
5. Asites
6. Obstruksi intestinal

7. Peradangan pancreas
8. Penyakit ginjal dan kelenjar
9. Disfungsi instestinal

Kondisi Klinis Terkait

1. Prosedur pembedahan mayor
2. Penyakit ginjal dan kelenjar
3. Perdarahan
4. Luka bakar

5) Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Respirasi

Definisi : Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten

Penyebab :

Fisiologis

1. Spasme jalan napas
2. Hipersekresi jalan napas
3. Disfungsi neuromuskuler
4. Benda asing dalam jalan napas
5. Adanya jalan napas buatan
6. Sekresi yang tertahan
7. Hyperplasia dinding jalan napas
8. Proses infeksi
9. Respon alergi

10. Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

Situasional

1. Meokok aktif
2. Merokok pasif
3. Terpajan polutan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Batuk tidak efektif
2. Tidak mampu batuk
3. Sputum berlebih
4. Mengi, *wheezing* dan ronkhi kering
5. Meconium di jalan napas (pada neonates)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Dispnea
2. Sulit bicara
3. Ortopnea

Objektif

1. Gelisah
2. Sianosis
3. Bunyi napas menurun
4. Frekuensi napas berubah

5. Pola napas berubah

Kondisi Klinis Terkait

1. *Gullian barre syndrome*
2. Sclerosis multiple
3. *Myasthenia gravis*
4. Prosedur diagnostic (mis. bronkoskopi, *transesophageal echocardiography* (TEE))
5. Depresi system saraf pusat
6. Cedera kepala
7. Stroke
8. Kuadriplegia
9. Sindrom aspirasi mekonium'infeksi saluran napas

6) Defisit nutrisi (D.0019)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi dan Cairan

Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab

1. Ketidakmampuan menelan makanan
2. Ketidakmampuan mencerna makanan
3. Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme
5. Faktor ekonomi (mis. finansial tidak mencukupi)
6. Faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Cepat kenyang setelah makan
2. Kram/nyeri abdomen
3. Nafsu makan menurun

Objektif

1. Bising usus hiperaktif
2. Otot pengunyah lemah
3. Otot menelan lemah
4. Membrane mukosa pucat
5. Sariawan
6. Serum albumin turun
7. Rambut rontok berlebihan
8. Diare

Kondisi Klinis Terkait

1. Stroke
2. Parkinson
3. *Mobius syndrome*
4. *Cerebral palsy*

5. *Cleft lip*
6. *Cleft palate*
7. *Amyotropic lateral sclerosis*
8. Kerusakan neuromuscular
9. Luka bakar
10. Kanker
11. Infeksi
12. AIDS
13. Penyakit Crohn's
14. Enterocolitis
15. Fibrosis kistik

7) Ansietas (D.0080)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Integritas Ego

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab :

13. Krisis situasional
14. Kebutuhan tidak terpenuhi
15. Krisis maturasional
16. Ancaman terhadap konsep diri
17. Ancaman terhadap kematian

18. Kekhawatiran mengalami kegagalan
19. Disfungsi system keluarga
20. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
21. Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
22. Penyalahgunaan zat
23. Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
24. Kurang terpapar informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

4. Merasa bingung
5. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
6. Sulit berkonsentrasi

Objektif

4. Tampak gelisah
5. Tampak tegang
6. Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

5. Mengeluh pusing
6. Anoreksia
7. Palpitasi
8. Merasa tidak berdaya

Objektif

11. Frekuensi napas meningkat

- 12. Frekuensi nadi meningkat
- 13. Tekanan darah meningkat
- 14. Diaphoresis
- 15. Tremor
- 16. Muka tampak pucat
- 17. Suara bergetar
- 18. Kontak mata buruk
- 19. Sering berkemih
- 20. Berorientasi pada masa lalu

Kondisi Klinis Terkait

- 8. Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
- 9. Penyakit akut
- 10. Hospitalisasi
- 11. Rencana operasi
- 12. Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
- 13. Penyakit neurologis
- 14. Tahap tumbuh kembang

2.5.3 Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah suatu rencana perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome klien. Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah – masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan

cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. Intervensi keperawatan menurut (ppni, 2019) sebagai berikut

Tabel 2. 2 Rencana Keperawatan Pre Operasi Appendicitis

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI	RASIONAL
KEPERAWATAN				
1.	Nyeri akut	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil : a) Keluhan nyeri menurun b) Meringis menurun c) Sikap protektif menurun d) Gelisah menurun e) Kesulitan tidur menurun f) Frekuensi nadi membaik g) Pola napas membaik h) Tekanan darah membaik	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya. 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami pasien 3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan pasien saat pemulihan 4. Untuk mengurangi tingkat nyeri dan membiasakan nyeri 5. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 7. Untuk mengurangi faktor resiko yang dapat memperberat nyeri 8. Untuk memuaskan dan memenuhi kebutuhan pasien 9. Memberikan strategi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien Edukasi 10. Informasi yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien dan menambah

		Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian analgetik	pengetahuan pasien tentang nyeri. 11. Pasien dapat mengetahui penyebab, karakteristik, dan lokasi nyeri secara mandiri 12. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 13. Nafas dalam dapat menghirup O ₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi 14. Sebagai profilaksis untuk menghilangkan rasa nyeri.
2. Risiko termogulasi tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan hipertermia klien teratasi dengan criteria hasil: a) Menggigil menurun b) Kulit merah menurun c) Kejang menurun d) Pucat menurun e) Suhu tubuh membaik f) Suhu kulit membaik	Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Edukasi 2. Ajarkan kompres hangat jika demam 3. Anjurkan penggunaan pakaian yang dapat menyerap keringat 4. Anjurkan pemberian antipiretik, sesuai indikasi 5. Anjurkan menciptakan lingkungan yang nyaman 6. Anjurkan memperbanyak minum 7. Anjurkan menggunakan pakaian yang longgar	Observasi 1. Memberikan dasar untuk mengetahui kondisi klien. Edukasi 2. Menurunkan panas melalui proses konduksi serta evaporasi dan meningkatkan kenyamanan pada klien 3. Pakaian yang tidak berlebihan atau tipis dapat mengurangi peningkatan suhu tubuh dan dapat memberikan rasa nyaman pada klien. 4. Antipiretik membantu mengontrol peningkatan suhu tubuh. 5. Memberikan rasa nyaman pada pasien 6. Memperbaiki cairan akibat perspirasi serta febris dan meningkatkan tingkat kenyamanan klien. 7. Pakaian yang tidak berlebihan atau tipis dapat mengurangi

				peningkatan suhu tubuh dan dapat memberikan rasa nyaman pada klien
3. Resiko Perfusi Gastrointestinal Tidak Efektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi gastrointestinal meningkat dengan criteria hasil: a) Nafsu makan meningkat b) Mual menurun c) Muntah menurun d) Nyeri abdomen menurun e) Bising usus membaik	Observasi 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama) 3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 4. Monitor suhu tubuh 5. Monitor oksimetri nadi 6. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital Terapeutik 7. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 8. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 10. Informasikan hasil pemantuan	Observasi 1. Untuk mengetahui tekanan darah pasien 2. Untuk mengetahui frekuensi nadi 3. Umtuk mengetahui frekuensi pernapasan 4. Untuk mengetahui suhu tubuh 5. Untuk mengetahui kadar oksigen pada darah 6. Untuk memberikan penanganan yang tepat Terapeutik 7. Untuk mengetahui kondisi pasien secara berkala 8. Sebagai hasil pertanggungjawaban perawat kepada pasien Edukasi 9. Keluarga dan pasien mengerti akan tujuan dilakukan pemantauan 10. Keluarga dan pasien mengerti kondisi pasien	

Tabel 2. 3 Rencana Keperawatan *Post Operasi Appendicitis*

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI	RASIONAL
KEPERAWATAN				
1.	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kritea hasil: a) Keluhan nyeri menurun b) Meringis menurun c) Sikap protektif menurun d) Gelisah menurun	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Observasi 1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya. 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami pasien

	e) Kesulitan tidur menurun f) Frekuensi nadi membaik g) Pola napas membaik h) Tekanan darah membaik	5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Fasilitasi istirahat dan tidur 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 12. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian analgetik	3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan pasien saat pemulihan 4. Untuk mengurangi tingkat nyeri dan membiasakan nyeri 5. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik 6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 7. Untuk mengurangi faktor resiko yang dapat memperberat nyeri 8. Untuk memuaskan dan memenuhi kebutuhan pasien 9. Memberikan strategi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien Edukasi 10. Informasi yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien dan menambah pengetahuan pasien tentang nyeri. 11. Pasien dapat mengetahui penyebab, karakteristik, dan lokasi nyeri secara mandiri 12. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien 13. Nafas dalam dapat menghirup O ₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Sebagai profilaksis untuk menghilangkan rasa nyeri.
2. Risiko infeksi	Setelah tindakan asuhan keperawatan diharapkan	Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik	Observasi 1. Dapat mengetahui adanya tanda infeksi Terapeutik

	infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil:	a. Demam menurun b. Kemerahan menurun c. Nyeri menurun d. Bengkak menurun e. Kadar sel darah putih membaik	Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	2. Mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain. 3. Mencegah meluas dan membatasi penyebaran organism infeksiif/kontaminasi silang. 4. Menurunkan resiko terpajan. 5. Menurunkan resiko terpajan. Edukasi 6. Untuk mengidentifikasi infeksi secara dini dengan mandiri 7. Untuk mencegah penyebaran kuman 8. Untuk mencegah penyebaran kuman 9. Untuk mengidentifikasi infeksi pada luka operasi secara mandiri 10. Untuk mempercepat proses penyembuhan 11. Untuk mempertahankan cairan 12. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi
3	Risiko kerusakan integritas kulit/jaringan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi masalah pada kulit dan integritas jaringan dengan kriteria hasil : a) Perfusi jaringan meningkat b) Kerusakan jaringan menurun c) Kerusakan lapisan kulit menurun	Observasi 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3. Lepasakan balutan dan plester secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan Teknik streil saat melakukan perawatan luka	Observasi 1. Mendeteksi secara dini tanda-tanda infeksi pada bekas jahitan luka 2. Mengetahui ada taua tidak tanda-tanda infeksi pada luka bekas jahitan Terapeutik 3. Mengurangi tegangan pada jahitan luka bekas operasi 4. Mempermudah membuka balutan luka yang lengket 5. Pemberian salep yang sesuai dengan jenis luka dapat mempercepat penyembuhan luka dari luar

		8. Ganti balutan sesuai dengan eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi 10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	6. Meningkatkan ketepatan drainase 7. Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka bekas operasi 8. Mencegah terjadinya transmisi infeksi bakteri pada luka jahitan 9. Mencegah adanya luka decubitus dan mengembalikan kekuatan otot klien 10. Keluarga dan klien paham tanda dan gejala infeksi 11. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka 12. Pasien dapat merawat luka secara mandiri Kolaborasi 13. Mengurangi resiko infeksi	
4.	Risiko ketidakseimbangan cairan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan terjadi keseimbangan cairan dan elektrolit dan tidak terjadi hidrasi dengan kriteria hasil: a) Asupan cairan meningkat b) Haluaran urin meningkat c) Kelembaban membran mukosa meningkat d) Dehidrasi menurun e) Tekanan darah membaik f) Turgor kulit membaik	Observasi 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor waktu pengisian kapiler 5. Monitor elastisitas atau turgor kulit 6. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine 7. Monitor kadar albumin dan protein total 8. Monitor intake output cairan 9. Identifikasi faktor ketidakseimbangan cairan 10. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 11. Dokumentasikan hasil pemantauan	Observasi 1. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 2. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 3. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 4. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 5. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 6. Terjadi keseimbangan antara intake dan output 7. Untuk mengetahui adanya hemokonsentrasi pada pasien 8. Terjadi balance cairan 9. Untuk memberikan tindakan yang tepat apabila terjadi ketidaksimbangan cairan

			10. Pengamatan yang baik dapat menghindarkan pada kondisi dehidrasi yang lebih parah
			11. Mengetahui status klien
5. Bersihan jalan napas tidak efektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan jalan napas dapat paten dengan kriteria hasil: a) Batuk efektif meningkat b) Produksi sputum menurun c) Mengi menurun d) <i>Wheezing</i> menurun e) Frekuensi napas membaik f) Pola napas membaik	Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas Terapeutik 8. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 9. Dokumentasikan hasil pemantauan	Observasi 1. Mengetahui adanya suara nafas tambahan 2. Mengetahui adanya suara nafas tambahan 3. Meningkatkan kemampuan untuk mengeluarkan secret secara mandiri 4. Memastikan adanya sputum di saluran napas 5. Sputum yang berlebih dapat menyebabkan obstruksi jalan napas 6. Untuk mengetahui kesimetrisan ekspansi paru 7. Untuk mengetahui adanya bunyi nafas tambahan Terapeutik 8. Untuk mengetahui perkembangan pasien 9. Untuk mengetahui focus perawat dan tanggung jawab perawat
6. Deficit nutrisi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nutrisi dapat tercukupi dan tidak terjadi penurunan berat badan dengan kriteria hasil: a) Porsi makanan dihabiskan b) Berat badan membaik c) Indeks masa tubuh (IMT) membaik d) Frekuensi makan membaik	Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. Monitor asupan makanan 5. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi	Observasi 1. Menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan 2. Untuk mengetahui intoleransi makanan pada klien 3. Mempercepat penyembuhan luka dan meningkatkan daya tahan tubuh 4. Pemberian makanan tambahan diharapkan dapat menambah nutrisi pada pasien 5. Mencegah konstipasi

		7. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi	6. Untuk mempercepat proses penyembuhan Edukasi
		8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu	7. Klien mengetahui nutrisi yang tepat untuk kondisinya saat ini Kolaborasi 8. Mengetahui status intake klien
7. Ansietas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan penyakitnya dengan kriteria hasil :	Observasi 1. Identifikasi tingkat ansietas saat berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas 5. Dengarkan dengan penuh harapan 6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi 9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu 12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 13. Latih Teknik relaksasi	Observasi 1. Ketakutan dapat terjadi karena nyeri hebat, penting pada prosedur diagnostik dan pembedahan 2. Untuk mengetahui ansietas yang diderita klien Terapeutik 3. Dapat meringankan ansietas terutama ketika pemeriksaan tersebut melibatkan pembedahan 4. Untuk menghindari hal yang memperparah ansietas 5. Klien merasa nyaman 6. Membina hubungan saling percaya 7. Membatasi kelemahan, menghemat energy dan meningkatkan kemampuan koping 8. Mengurangi kecemasan klien 9. Pasien dapat lebih mempersiapkan diri dan merasa tenang 10. Pengetahuan pasien bertambah sehingga dapat mengurangi tingkat ansietas yang diderita 11. Agar pasien merasa nyaman

	12. Pasien dapat merasa lebih tenang setelah mengungkapkan perasaanya
	13. Nafas dalam dapat menghirup O ₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi kecemasan.

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2014)

Secara teori implementasi adalah realisis rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, dan nilai data yang baru (Saroh, 2019)

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons klien terhadap setiap intervensi dan

mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya

Komponen tahap implementasi :

1. Tindakan keperawatan mandiri.
2. Tindakan keperawatan edukatif.
3. Tindakan keperawatan kolaboratif.
4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

2.5.5 Evaluasi

Menurut Panjaitan (2015) Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan sehingga perawat dapat mengambil keputusan yang dapat menyelesaikan masalah klien. Terdapat dua jenis evaluasi :

1. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah

dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP :

- a) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- b) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- c) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- d) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

2. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu :

- a) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- b) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

- c) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.