

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit *Appendicitis*

2.3.2 Definisi *Appendicitis*

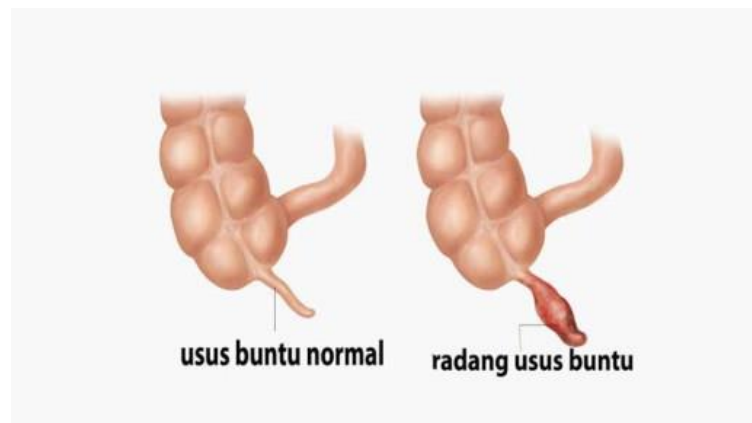
Appendicitis adalah infeksi pada usus buntu atau dalam bahasa latinnya apendiks vermitormis, yaitu suatu organ yang memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya & Yuda, 2017)

Appendicitis merupakan suatu proses peradangan yang disebabkan adanya infeksi pada usus buntu atau sering disebut apendiks. Infeksi ini dapat menyebabkan komplikasi yang serius apabila tidak dengan segera mendapatkan tindakan bedah untuk segera menanganinya. *Appendicitis* merupakan infeksi pada apendiks yang disebabkan karena adanya fekalit (massa keras dari feses), hiperplasia (pembesaran) jaringan limfa, tumor apendiks atau adanya bakteri yang menginfeksi area apendiks, benda asing, sumbatan lumen apendiks, striktur akibat fibrosis karena adanya peradangan sebelumnya (Nurarif & Kusuma, 2015)

Appendicitis merupakan keadaan infeksi dan obstruksi pada apendiks verimformis. Apendiks verimformis yang disebut dengan umbai cacing atau lebih dikenal dengan nama usus buntu, merupakan kantung kecil yang buntu dan melekat pada sektum (Nurfaridah, 2015).

Appendicitis merupakan inflamasi pada apendiks atau usus buntu yang disebabkan karena adanya sumbatan apendiks dan memerlukan tindakan pembedahan segera.

2.3.3 Anatomi Fisiologi *Appendicitis*



1) Anatomi

Gambar 2.1 (a) apendiks normal dan (b) apendiks akut

Apendiks (usus buntu) merupakan bagian dari usus besar yang yang berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10 cm (kisaran 3-15 cm) dengan diameter 0,5-1 cm dan berpangkal di sekum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar dibagian distal. Apendiks terletak di fossa ilaca dextra, dan dalam hubungannya dengan dinding anterior abdomen, pangkalnya terletak sepertiga ke atas garis yang menghubungkan spina iliaka anterior superior dan umbilicus. Apendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur ke dalam sekum. Karena pengosongan tidak efektif, dan lumennya kecil, apendiks cenderung menjadi tersumbat dan terutama rentan terhadap infeksi yang biasa disebut *appendicitis* (Ambarwati, 2017).

2) Fisiologi

Apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir tersebut secara normal dicurahkan ke lumen dan selanjutnya mengalir menuju sekum. Adanya hambatan pada aliran lendir di muara apendiks dapat menjadi salah satu penyebab terjadinya *appendicitis*. Di sepanjang saluran cerna terdapat imunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (Gut Associates Lymphoid Tissue) yakni IgA. Imunoglobulin itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun apabila seseorang menjalani prosedur apendektomi, maka tidak akan mempengaruhi imun tubuh, sebab jumlah jaringan limfa di area ini sangat kecil dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan seluruh tubuh (Ambarwati, 2017).

2.3.4 Klasifikasi *Appendicitis*

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), klasifikasi apendisitis dapat dibagi menjadi 3 berdasarkan gejala dan penyebab, yaitu :

- 1) *Appendicitis* akut adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan abdomen yang disebabkan oleh bakteri. Dan faktor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks, selain itu hiperplasia jaringan limfe, fekalit (tinja/batu), tumor apendiks, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasit (*E. Histolytica*).
- 2) *Appendicitis* rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukannya *Apendiktomi*. Kelainan

ini terjadi bila serangan *appendicitis* akut pertama kali sembuh spontan. Namun *appendicitis* tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.

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

2.3.5 Etiologi Appendicitis

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

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

2.3.6 Manifestasi Klinis *Appendicitis*

Menurut Handaya dan Yuda (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

2.3.7 Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan sel darah putih (*Leukosit*) hingga 10.000 – 18.000/mm³.

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

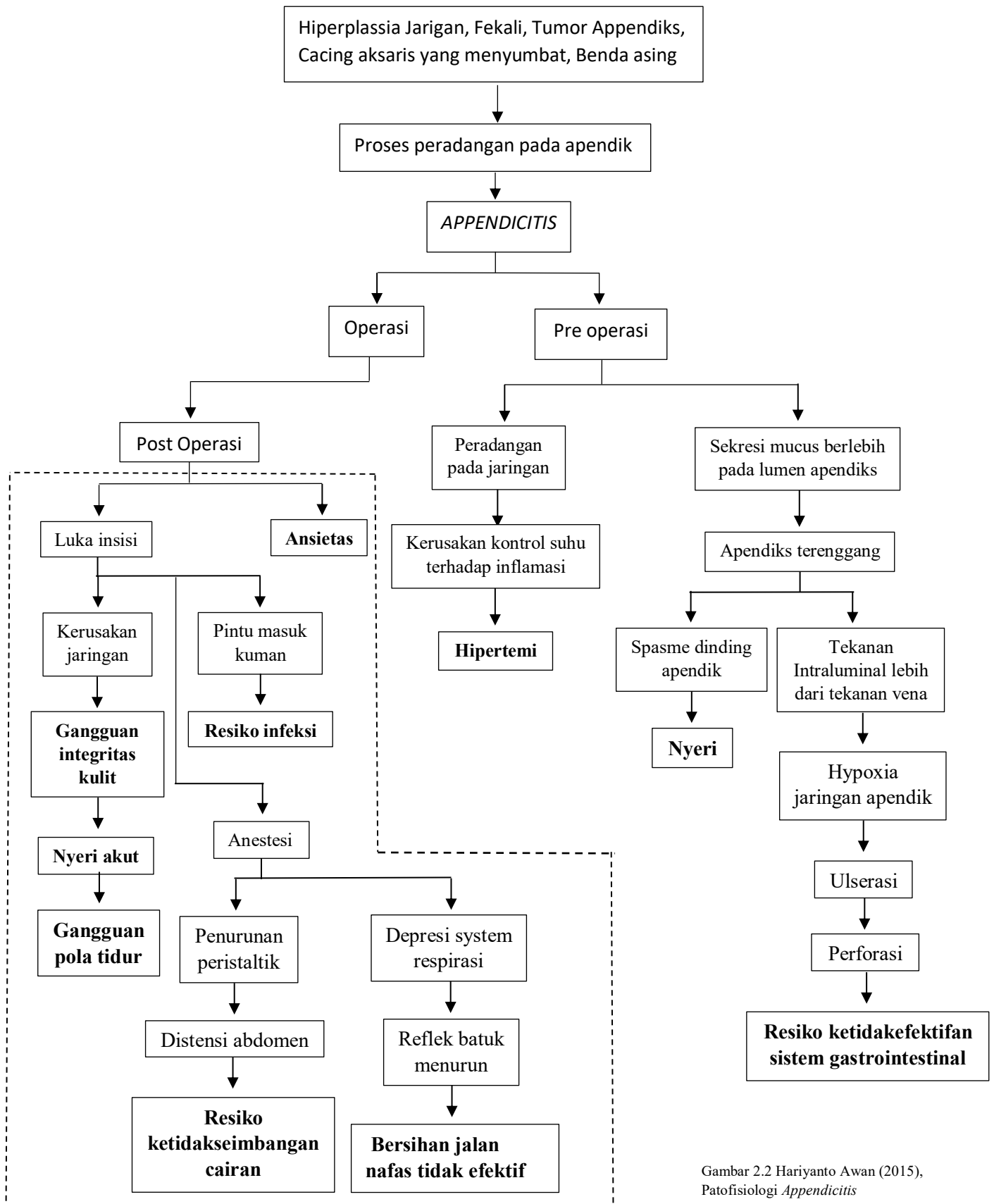
Pemeriksaan CT – Scan pada abdomen untuk mendeteksi apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.

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, Arif, dan Sari Kurmala, (2011).

2.3.8 Patofisiologi *Appendicitis*

Skema Pathway *Appendicitis*



Gambar 2.2 Hariyanto Awan (2015), Patofisiologi *Appendicitis*

Uraian Pathway *Appendicitis*

Appendicitis disebabkan oleh Hiperplasia Jaringan, Fekali, Tumor Appendiks, Cacing aksaris yang menyumbat, Benda asing sehingga hal ini menyebabkan peradangan pada appendiks, apabila hal ini tidak segera diatasi maka akan menyebabkan *appendicitis*. Peradangan yang mengenai jaringan appendiks 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 appendiks karena mucus yang diproduksi mengalami bendungan, sehingga akan terjadi peregangan pada appendiks yang dapat memicu terjadinya spasme pada dinding appendiks 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 appendiks 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 appendiks sehingga appendiks 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. Dimana tindakan ini akan 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. Pada klien post operasi *appendicitis* akan mengalami malaise, istirahat dan tidur klien kurang dikarenakan adanya nyeri pada insisi bedah. 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 yang mengakibatkan gangguan rasa nyaman. Distensi ini dapat menyebabkan mual muntah. Mual muntah ini memiliki efek pada nafsu makan, apabila penurunan nafsu makan tidak segera ditangani makan akan menyebabkan ketidak seimbangan nutrisi pada tubuh dan mengalami resiko ketidak seimbangan cairan. Efek dari anestesi ini juga menimbulkan depresi pada sistem respirasi dimana reflek batuk akan menurun sehingga akan terjadi akumulasi sekret dan akan menyebabkan ketidak efektifan bersihan jalan nafas.

2.3.9 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 $39,5^{\circ}\text{C}$ 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.

2.3.10 Pentalaksanaan Penyakit *Appendicitis*

Pentalaksanaan medis pada *appendicitis* menurut Hidayat (2020), meliputi :

1) Sebelum operasi (Pre Operasi)

a) Observasi

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

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 *appendicitis* 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.

2.2 Konsep Apendiktomi

2.2.1 Definisi Apendiktomi

Apendiktomi adalah pembedahan atau operasi pengangkatan apendiks (Haryono, 2012). Apendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit appendicitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Apendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Marijata dalam Pristahayuningtyas, 2015).

Post Apendiktomi merupakan peristiwa setelah dilakukannya tindakan pembedahan pada apendik yang mengalami inflamasi. Kondisi post operasi dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya. Pasien yang telah menjalani pembedahan dipindahkan ke ruang perawatan untuk pemulihan post pembedahan (memperoleh istirahat dan kenyamanan).

2.2.2 Etiologi Apendikitomi

Etiologi dilakukannya tindakan pembedahan pada penderita appendicitis dikarenakan apendik mengalami peradangan. Apendiks yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi apabila tidak dilakukan tindakan pembedahan. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Penyebab terjadinya *appendicitis* menurut Awan Hariyanto dan Rini

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

2.2.3 Manifestasi Klinis *Apendicitomi*

Menurut Wijaya dan Putri (2013), klien yang dilakukan tindakan Apendektomi akan muncul berbagai manifestasi klinis seperti berikut:

- a) Nyeri tekan pada luka operasi
- b) Perubahan tanda-tanda vital
- c) Kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri
- d) Gangguan integritas kulit
- e) Mual dan muntah, anoreksia
- f) Nafsu makan menurun

2.2.4 Pemeriksaan Penunjang

- 1) Hitung WBC/leukosit total hampir selalu meningkat diatas 10.000sel/mm³, pada sebagian besar pasien (95%). Jumlah leukosit yang sangat tinggi (> 20.000/mm³) memberi kesan kearah apendisitis komplikata dengan gangren atau perforasi.

- 2) Foto polos abdomen posisi tegak dilakukan untuk mengesampingkan adanya perforasi dan obstruksi intestinalis. Pemeriksaan ini mungkin menunjukkan dilatasi lengkung usus halus pada fosa iliaka dekstra.
- 3) Ultrasonografi abdomen untuk mengesampingkan penyebab lain yang mencakup penyebab ginekologik. Ultrasonografi dapat memperlihatkan organ tubular aperistaltik dan tidak mengempis dengan dinding tabung yang tebal. Pemeriksaan ultrasonografi dapat digunakan untuk menunjukkan adanya nyeri tekan oleh probe ultrasonografi (sensitivitas 85%, spesifitas 90%).
- 4) CT scan merupakan pemeriksaan pilihan (sensitivitas 90%, spesifitas 90%) Protein C-reaktif meningkat pada setiap kelainan peradangan seperti appendicitis Shenoy dan Nileswar, (2014).

2.2.5 Komplikasi Apendictomi

- 1) Komplikasi setelah pembedahan apendik :
 - a) Infeksi pada luka, ditandai apabila luka mengeluarkan cairan kuning atau nanah, kulit di sekitar luka menjadi merah, hangat, bengkak, atau terasa semakin sakit,
 - b) Abses (nanah), terdapat kumpulan di dalam rongga perut dengan gejala demam dan nyeri perut.
 - c) Perlengketan usus, dengan gejala rasa tidak nyaman di perut, terjadi sulit buang air besar pada tahap lanjut, dan perut terasa sangat nyeri

- d) Komplikasi yang jarang terjadi seperti ileus, gangren usus, peritonitis, dan obstruksi usus.

2) Masalah yang timbul post Apendiktomi

Masalah yang banyak terjadi pada penderita post Apendiktomi menurut Wilkinson dan Ahern (2013):

- e) Nyeri akut
- f) Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- g) Hambatan mobilitas fisik
- h) Konstipasi
- i) Resiko kekurangan volume cairan
- j) Ansietas
- k) Resiko infeksi
- l) Bersihan jalan napas tidak efektif
- m) Defisit pengetahuan

2.2.6 Pentalaksanaan *Apendiktomi*

Penatalaksanaan apendisitis menurut Andra dan Yessi, (2013) :

a. Sebelum operasi

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala

apendisitis sering kali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat

perlu dilakukan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis ataupun prioritas lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rectal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodic, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosa ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

2) Antibiotik

Apendisitis tanpa komplikasi biasanya tanpa perlu di berikan antibiotik, kecuali apendisitis ganggrenosa atau appendicitis perforasi. Penundaan tindak bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi.

b. Operasi

1) Apendiktomi.

2) Appendix di buang, jika appendix mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotik.

3) Abses appendix diobati dengan antibiotika IV, masaanya mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari.

c. Pasca operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernafasan,

angkat sonde lambung, bila pasien sudah 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. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2x30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh jahitan diangkat dan pasien di perbolehkan pulang.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Apendiktomi

1) Pengkajian Keperawatan

Menurut (Ramadhan, 2022) pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan. Diperlukan pengkajian yang cermat untuk mengenal masalah pasien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data yang dapat diperoleh dari wawancara kepada pasien atau keluarga pasien, 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.

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* (Suratun,2010).

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien yang menderita apendisitis umumnya akan mengeluhkan nyeri pada perut kuadran kanan bawah. Gejala yang pertama kali dirasakan pasien 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 (Warsinggih, 2010).

Menurut Randhy Verizarie (2022) skala nyeri dapat digambarkan dalam bentuk nilai angka, yakni 1-10. Berikut adalah jenis skala nyeri berdasarkan nilai angka :

(a) Skala 0, tidak nyeri Skala 1, nyeri sangat ringan

- (b) Skala 2, nyeri ringan. Ada sensasi seperti dicubit, namun tidak begitu sakit
- (c) Skala 3, nyeri sudah mulai terasa, namun masih bisa ditoleransi
- (d) Skala 4, nyeri cukup mengganggu
- (e) Skala 5, nyeri benar-benar mengganggu dan tidak bisa didiamkan dalam waktu lama
- (f) Skala 6, nyeri sudah sampai tahap mengganggu indera, terutama indera penglihatan
- (g) Skala 7, nyeri sudah membuat Anda tidak bisa melakukan aktivitas
- (h) Skala 8, nyeri mengakibatkan Anda tidak bisa berpikir jernih, bahkan terjadi perubahan perilaku
- (i) Skala 9, nyeri mengakibatkan Anda menjerit-jerit dan menginginkan cara apapun untuk menyembuhkan nyeri
- (j) Skala 10, nyeri berada di tahap yang paling parah dan bisa menyebabkan Anda tak sadarkan diri

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 (Baradero & Marry, 2008).

d) 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 (Jitowiyono, Sugeng & Kristiyanasari, 2010).

e) 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 dan mual muntah.

f) 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)

g) 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).

h) 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).

i) 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. Baradero dan Marry, (2008).

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, 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 . Pasien yang mengalami anastesi lama biasanya tidak sadar dengan semua otot-ototnya dalam keadaan rileks. (Suzanne C, 2001).

(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 Pasien 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 Baradero dan Marry, (2008).

(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)

(f) 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.

(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.

(h) Pemeriksaan payudara

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

(i) Abdomen

Inspeksi: Akan tampak adanya luka operasi.

Palpasi: terasa nyeri Dibagian perut .

(j) Genetalia

Terdapat selang Kateter. (Suzanne C, 2001)

(k) Ekstermitas

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

2.3.1 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 pasien post 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 :

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)

- c) Agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Batas karakteristik

Tabel 2.1 Batasan Karakteristik Nyeri Akut

Gejala dan Tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	Mengeluh Nyeri	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Minor		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

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom coroner akut Glaucoma

2) Resiko infeksi (D. 0143)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor resiko

- a) Penyakit kronis (mis. diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasive
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - (1) Gangguan peristaltic
 - (2) Kerusakan integritas kulit
 - (3) Perubahan sekresi pH
 - (4) Penurunan kerja siliaris
 - (5) Ketuban pecah lama
 - (6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - (7) Merokok
 - (8) Statis cairan tubuh
- f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
 - (1) Penurunan hemoglobin
 - (2) Imununosupresi
 - (3) Leukopenia
 - (4) Supresi respon inflamasi
 - (5) Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi Klinis Terkait

- a) AIDS
- b) Luka bakar
- c) Penyakit paru obstruktif kronis

- d) Diabetes melitus
- e) Tindakan invasif
- f) Kondisi penggunaan terapi steroid
- g) Penyalahgunaan obat
- h) Ketuban pecah sebelum waktunya
- i) Kanker
- j) Gagal ginjal
- k) Imunosupresi
- l) *Lymphedema*
- m) Leukositopenia
- n) Gangguan fungsi hati

3) 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

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Bahan kimia iritatif
- f) Suhu lingkungan yang ekstrem

- g) Faktor mekanis (mis. penekanan, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi)
- h) Terapi radiasi
- i) Kelembapan
- j) Proses penuaan
- k) Neuropati perifer
- l) Perubahan pigmentasi
- m) Perubahan hormonal
- n) Penekanan pada tonjolan tulang
- o) Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan atau melindungi integritas jaringan

Kondisi Klinis Terkait

- a) Imobilisasi
- b) Gagal jantung kongestif
- c) Gagal ginjal
- d) Diabetes melitus
- e) Imunodefisiensi (mis. AIDS)
- f) Kateterisasi jantung

4) Resiko ketidak seimbangan cairan (D.0036)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi/Cairan

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

Faktor resiko

- a) Prosedur pembedahan mayor
- b) Trauma/pendarahan
- c) Luka bakar
- d) Apheresis
- e) Asites
- f) Obstruksi intestinal
- g) Peradangan pancreas
- h) Penyakit ginjal dan kelenjar
- i) Disfungsi instestinal

Kondisi Klinis Terkait

- a) Prosedur pembedahan mayor
- b) Penyakit ginjal dan kelenjar
- c) Perdarahan
- d) 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

- a) Spasme jalan napas
- b) Hipersekresi jalan napas

- c) Disfungsi neuromuskuler
- d) Benda asing dalam jalan napas
- e) Adanya jalan napas buatan
- f) Sekresi yang tertahan
- g) Hyperplasia dinding jalan napas
- h) Proses infeksi
- i) Respon alergi
- j) Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

Situasional

- a) Meokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajan polutan

Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Tabel 2.2 Batasan Karakteristik Bersihan Jalan Nafas

Gejala dan Tanda	Subjektif	Objektif
Mayor		1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, wheezing dan ronkhi kering 5. Meconium di jalan napas (pada neonates)
Minor	1. Dispnea 2. Sulit bicara 3. Ortopnea	1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi napas menurun 4. Frekuensi napas berubah 5. Pola napas berubah

Kondisi Klinis Terkait

- a) *Gullian barre syndrome*
- b) Sclerosis multiple
- c) *Myasthenia gravis*
- d) Prosedur diagnostic (mis. bronkoskopi, *transesophageal echocardiography* (TEE))
- e) Depresi system saraf pusat
- f) Cedera kepala
- g) Stroke
- h) Kuadriplegia
- i) Sindrom aspirasi mekonium'infeksi saluran napas

6) 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 :

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian

- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi system keluarga
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- i) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
- l) Kurang terpapar informasi

Tabel 2.3 Batasan Karakteristik Ansietas

Gejala dan Tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Merasa bingung 2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi	1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur
Minor	1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya	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

- a) Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)
- b) Penyakit akut
- c) Hospitalisasi
- d) Rencana operasi
- e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas

- f) Penyakit neurologis
- g) Tahap tumbuh kembang

7) Gangguan pola tidur (D.0055)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Aktivitas dan istirahat

Definis : Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal.

Penyebab :

- a) Hambatan lingkungan (mis. Kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- b) Kurang kontrol tidur
- c) Kurang privasi
- d) Restraint fisik
- e) Ketiadaan teman tidur
- f) Tidak familiar dengan perawatan tidur

Tabel 2.4 Gangguan Pola Tidur

Gejala dan tanda	Subjektif	Objektif
Mayor	1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup	<i>Tidak tersedia</i>
Minor	a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun	<i>Tidak tersedia</i>

Kondisi klinis terkait :

- a) Nyeri / kolik
- b) Hipertiroidisme
- c) Kecemasan
- d) Penyakit paru obstruktif kronis
- e) Kehamilan
- f) Periode pasca partum
- g) Kondisi pasca operasi

2.3.2 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 2.5 Rencana Keperawatan Post Operasi Apendiktomi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	RASIONAL
1.	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri 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 Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian analgetik	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 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 O₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Sebagai profilaksis untuk menghilangkan rasa nyeri.
2. Risiko infeksi	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil: - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun - Kadar sel darah putih membaik	Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	Observasi - Dapat mengetahui adanya tanda infeksi Terapeutik - Mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain. - Mencegah meluas dan membatasi penyebaran organism

			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 antibiotik, jika perlu	infeksi/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	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

		7. Pertahankan Teknik streil saat melakukan perawatan luka 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 antibiotik, jika perlu	balutan luka yang lengket 5. Pemberian salep yang sesuai dengan jenis luka dapat mempercepat penyembuhan luka dari luar 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	Observasi 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi 2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor waktu pengisian kapiler	Observasi 1. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak 2. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak

	c) Kelembaban membran mukosa meningkat d) Dehidrasi menurun e) Tekanan darah membaik f) Turgor kulit membaik	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	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 ketidakseimbangan 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) Wheezing 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	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

		8. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 9. Dokumentasikan hasil pemantauan	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. Ansietas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan penyakitnya dengan kriteria hasil : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Konsentrasi membaik 6. Pola tidur membaik	Observasi 1. Identifikasi tingkat ansietas 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	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 menghindarkan hal yang memperparah ansietas 5. Klien merasa nyaman 6. Membina hubungan saling percaya 7. Membatasi kelemahan,

	11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	menghemat energy dan meningkatkan kemampuan koping
	12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	8. Mengurangi kecemasan klien
	13. Latih Teknik relaksasi	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 perasaannya
		13. Nafas dalam dapat menghirup O ₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi kecemasan.

7. Gangguan pola tidur

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pola tidur pasien membaik dengan kriteria hasil :

- Keluhan sulit tidur menurun
- Keluhan sering terjaga menurun
- Keluhan tidak puas tidur menurun
- Keluhan pola tidur berubah

Observasi

- Identifikasi pola aktivitas dan tidur
- Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)
- Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan mendekati waktu

Observasi

- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur
- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan atau psikologis)
- Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. kopi, teh, alkohol, makan

e) Keluhan istirahat tidak cukup menurun	tidur, minum banyak air sebelum tidur)	mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)
f) Kemampuan beraktivitas meningkat	4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi	4. mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi
	Terapeutik	Terapeutik
	5. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)	5. Memoodifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)
	6. Batasi waktu tidur siang, jika perlu	6. Membatasi waktu tidur siang, jika perlu
	7. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur	7. Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur
	8. Tetapkan jadwal tidur rutin	8. Menetapkan jadwal tidur rutin
	9. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)	9. Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)
	10. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga	10. Menyesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga
	Edukasi	Edukasi
	11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit	11. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
	12. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur	12. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
	13. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur	13. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
	14. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung suplesor terhadap tidur REM	14. Menganjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung suplesor terhadap tidur REM
	15. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya	15. Mengajarkan faktor-faktor yang berkontribusi

hidup, sering berubah shift bekerja)	terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja)
16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya	16. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya

2.3.3 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)

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.

2.3.4 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. dalam melakukan evaluasi perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam memahami respon terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil. Pada tahap evaluasi ini terdiri dari dua kegiatan yaitu kegiatan yang dilakukan dengan mengevaluasi selama proses keperawatan berlangsung atau menilai dari respons klien disebut evaluasi proses, dan kegiatan melakukan evaluasi dengan target tujuan yang diharapkan disebut sebagai evaluasi hasil (Hidayat, 2006).

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.