

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi *Appendicitis*

Apendisitis adalah peradangan akut pada apendiks vermiformis yang merupakan salah satu kegawatdaruratan bedah abdomen paling sering dijumpai. Penyakit ini dapat terjadi pada semua kelompok usia dan berpotensi menimbulkan komplikasi serius apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat (Di Saverio et al., 2020).

Appendicitis adalah infeksi pada usus buntu atau dalam bahasa latinnya *appendiks vermiformis*, 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)

2.1.2 Etiologi *Appendicitis*

Penyebab apendisitis umumnya berkaitan dengan obstruksi lumen apendiks oleh fekalit, hiperplasia jaringan limfoid, benda asing, atau infeksi bakteri. Obstruksi tersebut menyebabkan peningkatan tekanan intraluminal dan proses inflamasi (Humes & Simpson, 2020).

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

- a. Hiperplasia jaringan

- b. Fekalit
- c. Tumor apendiks
- d. Cacing aksaris yang menyumbat
- e. Benda asing yang menyumbat

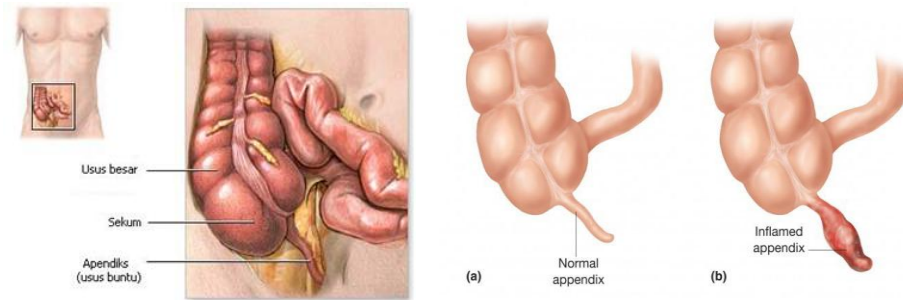
2.1.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis apendisitis meliputi nyeri abdomen yang awalnya dirasakan di daerah periumbilikal dan berpindah ke kuadran kanan bawah, disertai mual, muntah, anoreksia, demam ringan, dan nyeri tekan pada titik McBurney (Drake et al., 2021).

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

- a. 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.
- b. Bisa disertai nyeri seluruh perut apabila sudah terjadi peritonitis karena kebocoran apendiks dan meluasnya peritonitis dalam rongga abdomen
- c. Mual
- d. Muntah
- e. Nafsu makan menurun
- f. Konstipasi
- g. Demam

2.1.4 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) Fisiologi *Appendicitis*

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).

2.1.5 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).

2.1.6 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. (Higa, Y., et al. 2023).

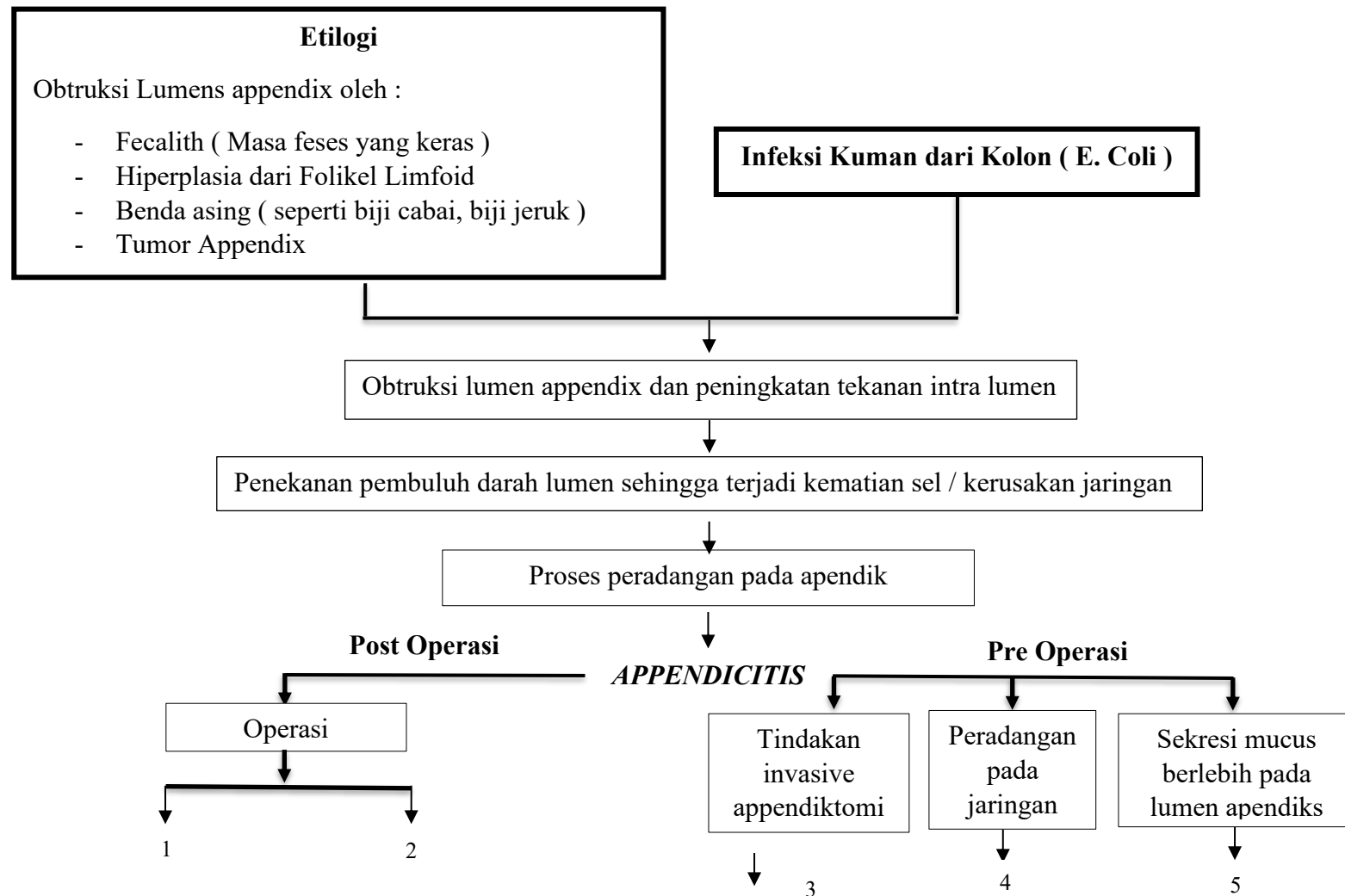
Tabel 2.1 Pemeriksaan Apendiks

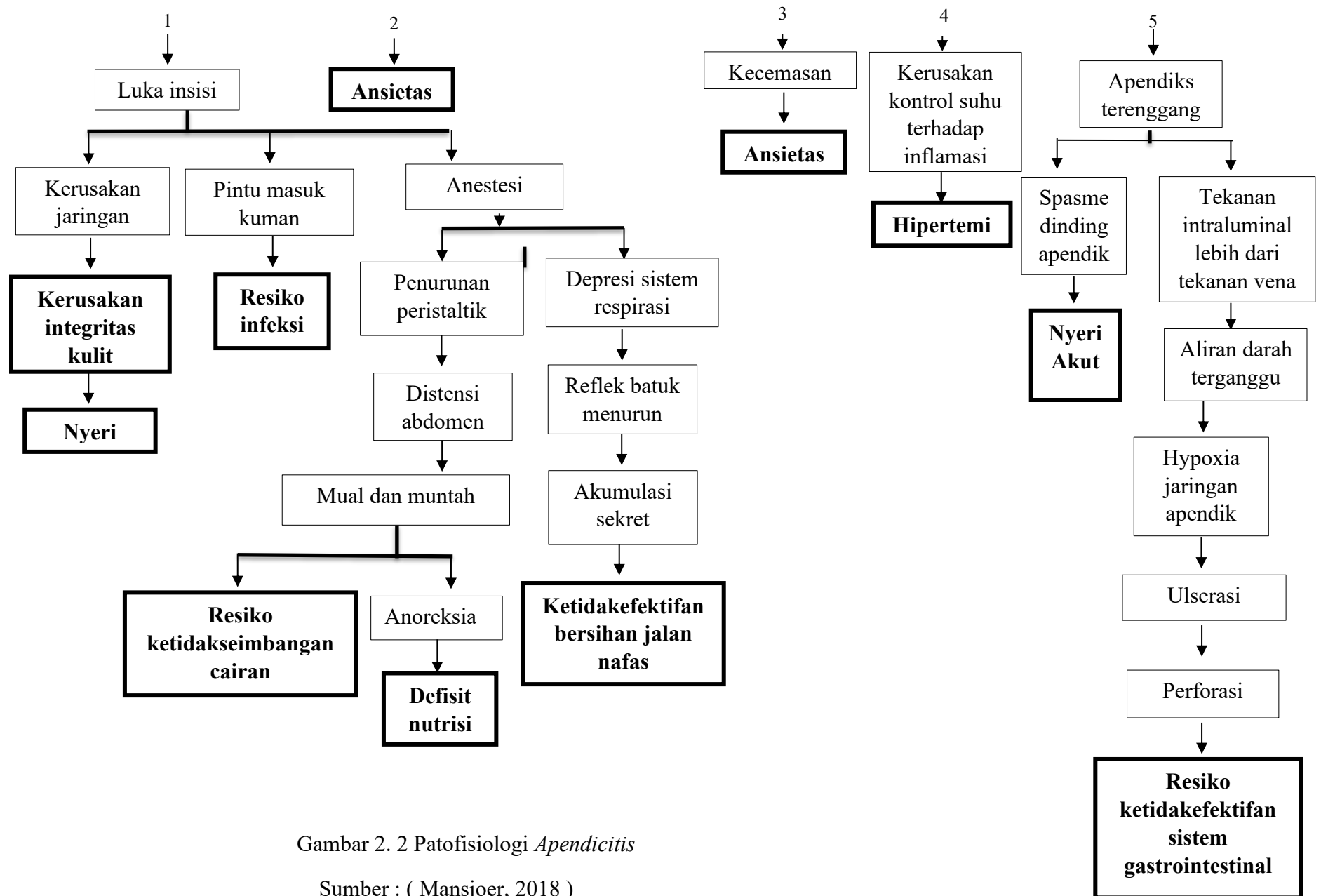
Nama pemeriksaan	Hasil Positif
<i>Rovsing's sign</i>	Nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen saat dilakukan penekanan pada kuadran kiri bawah.
<i>Blumberg sign</i>	Nyeri tekan yang semakin bertambah saat tekanan pada abdomen dilepaskan secara tiba-tiba (rebound tenderness).
<i>Psoas sign</i>	Nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen saat pasien mengangkat tungkai kanan atau saat dilakukan ekstensi pasif pada panggul kanan.
<i>Obturator sign</i>	Nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen saat dilakukan rotasi internal dan eksternal pada panggul kanan dengan posisi lutut fleksi.

Sumber: Handaya (2017); Humes & Simpson (2020)

2.2 Patofisiologi Appendicitis

2.2.1 Skema Pathway Appendicitis





Gambar 2. 2 Patofisiologi *Apendicitis*

Sumber : (Mansjoer, 2018)

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 ddari 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 adalah peradangan pada peritoneum, yaitu selaput serosa yang melapisi rongga abdomen dan organ-organ di dalamnya. Pada kasus appendicitis, peritonitis umumnya terjadi akibat perforasi apendiks sehingga bakteri dan isi lumen apendiks menyebar ke dalam rongga peritoneum..

2.4 Penatalaksanaan Penyakit *Appendicitis*

Penatalaksanaan 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 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).

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 anestesi umum atau spinal dengan insisi pada abdomen bawah. Anestesi diberikan untuk memblokir sensasi rasa sakit. Efek dari anestesi 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 (Soetarman, 2025).

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 pasien 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.

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.

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit.

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.

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 *apendicitis* bukan penyakit keturunan dan juga bukan penyakit menular.

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 adanya keluhan nafsu makan menurun, mual, muntah, makanan sehari-hari sering makan makanan rendah serat, makan jambu biji dengan bijinya.

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.

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.

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.

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

gunakan 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.

(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 (penglihatan)

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.

(f) Integumen

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

(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 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.

Adapun pengkajian keperawatan dan pemeriksaan fisik pada pasien 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 pasien operasi, menanyakan atau mengidentifikasi kembali mengenai nama, umur, alamat dan melihat no register pasien untuk memastikan benar pasien 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

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.

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, kebiasaan klien 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 juga bukan penyakit menular.

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 adanya keluhan nafsu makan menurun, mual, muntah, makanan sehari-hari sering makan makanan rendah serat, makan jambu biji dengan bijinya. Pada klien post op apendicitis terjadi mual, muntah dan anoreksia dan klien bisa kehilangan cairan tubuh karena perdarahan intraoperasi atau karena hiperventilasi.

g) Pola eliminasi

Pasien pasca operasi sering mengalami perubahan pola eliminasi urin dan alvi. Pemantauan ketat terhadap output urin sangat penting untuk mendeteksi dini komplikasi seperti oliguria atau retensi urin. (Black & Hawks, 2018)

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.

Aktivitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri, aktivitas 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 di bagian perut kanan bawah. Pada klien post operasi apendicitis 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 gunakan 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 :

a) Keadaan umum

Keadaan umum tampak lemah dan tidak nyaman akibat proses inflamasi serta nyeri abdomen yang dialami. Pasien sering mengeluhkan nyeri pada perut kanan bawah, yang dapat disertai malaise, gelisah, dan ekspresi wajah menyeringai sebagai respons terhadap nyeri. Nyeri biasanya bertambah saat pasien batuk, bergerak, atau berjalan, sehingga aktivitas pasien menjadi terbatas. Kondisi ini merupakan manifestasi klinis khas apendisitis akibat

iritasi peritoneum dan respon inflamasi lokal. Pada pasien yang mendapatkan anestesi atau berada pada fase pasca tindakan bedah, dapat dijumpai penurunan tingkat kesadaran sementara dengan otot-otot tubuh dalam keadaan relaks, tergantung jenis dan lama anestesi yang digunakan (Humes & Simpson, 2020; Di Saverio et al., 2020; Lestari et al., 2023).

b) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital pada pasien apendisitis meliputi pengukuran tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan frekuensi pernapasan. Secara umum, pasien dapat menunjukkan peningkatan denyut nadi (takikardia) sebagai respons terhadap nyeri dan proses inflamasi. Suhu tubuh dapat meningkat ringan hingga sedang (demam), yang merupakan salah satu indikator adanya infeksi atau inflamasi akut. Frekuensi pernapasan dapat meningkat akibat nyeri abdominal yang memengaruhi pola napas, sedangkan tekanan darah umumnya berada dalam batas normal, namun dapat mengalami perubahan sesuai dengan kondisi nyeri dan status hidrasi pasien. Pemantauan tanda-tanda vital secara berkala sangat penting untuk menilai perkembangan kondisi pasien serta mendeteksi dini komplikasi apendisitis (Di Saverio et al., 2020; Drake et al., 2021; Irwan et al., 2024).

c) 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 alkohol 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.

(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. Pemeriksaan

(g) 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.

(k) Ekstermitas

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

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 pasien 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*, anastesi, pembedahan lambung)

Kondisi Klinis Terkait

1. Varises gastroesofagus
2. Aneurisma aorta abdomen
3. Diabetes mellitus
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

Adapun diagnosa keperawatan pada pasien 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 :

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

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 analgetic secara tepat	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 startegi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien Edukasi

		13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian analgetik	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 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 pemantauan	Observasi 1. Untuk mengetahui tekanan darah pasien 2. Untuk mengetahui frekuensi nadi 3. Untuk 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 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 - Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	Observasi - Dapat mengetahui adanya tanda infeksi Terapeutik - Mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain. - Mencegah meluas dan membatasi penyebaran organism infeksi/kontaminasi silang. - Menurunkan resiko terpajan. - Menurunkan resiko terpajan. Edukasi - Untuk mengidentifikasi infeksi secara dini dengan mandiri - Untuk mencegah penyebaran kuman - Untuk mencegah penyebaran kuman - Untuk mengidentifikasi infeksi pada luka operasi secara mandiri - Untuk mempercepat proses penyembuhan - 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 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	Observasi 1. Mendeteksi secara dini tanda-tanda infeksi pada bekas jahitan luka 2. Mengetahui ada atau 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 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 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 nafas 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 menyebabkan obstruksi jalan napas

		8. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 9. Dokumentasikan hasil pemantauan	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 7. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu	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 6. Untuk mempercepat proses penyembuhan Edukasi 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 : 1. Verbalisasi kebingungan menurun 2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang	Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah 2. Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik 3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4. Pahami situasi yang membuat ansietas	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

	dihadapi menurun	5. Dengarkan dengan penuh harapan	ansietas terutama ketika pemeriksaan tersebut
3.	Perilaku gelisah menurun	6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	melibatkan pembedahan
4.	Perilaku tegang menurun	7. Motivasi	4. Untuk menghindarkan hal yang memperparah ansietas
5.	Konsentrasi membaik	8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang	5. Klien merasa nyaman
6.	Pola tidur membaik	9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami	6. Membina hubungan saling percaya
		10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis	7. Membatasi kelemahan, menghemat energy dan meningkatkan kemampuan koping
		11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu	8. Mengurangi kecemasan klien
		12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi	9. Pasien dapat lebih mempersiapkan diri dan merasa tenang
		13. Latih Teknik relaksasi	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 O2 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 (Sudijanto, 2025).

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.