

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

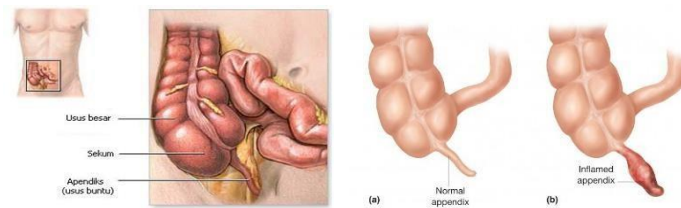
2.1 Konsep Penyakit *Appendicitis*

2.1.1 Definisi *Appendicitis*

Appendicitis adalah radang yang terjadi pada usus buntu atau dalam bahasa latin disebut *appendiks vermiformis*, yaitu suatu organ memanjang dengan panjang 5-10 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar yang bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah *Appendicitis* didefinisikan sebagai darurat bedah paling umum pada anak-anak dan dewasa muda dengan nyeri perut (Handaya, 2017).

Appendicitis merupakan peradangan yang terjadi pada lapisan mukosa dari *apendiks vermiformis* yang kemudian dapat menyebar ke bagian lainnya dari *apendiks*. Peradangan ini terjadi karena adanya sumbatan atau infeksi pada lumen *apendiks*. *Appendicitis* yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan beberapa komplikasi seperti perforasi atau sepsis, bahkan dapat menyebabkan kematian (Sagala, 2023).

2.1.2 Anatomi Fisiologi *Appendicitis*



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

1) Anatomi

Appendiks vermiformis atau yang sering disebut sebagai apendiks adalah organ berbentuk tabung dan sempit yang mempunyai otot dan banyak mengandung jaringan limfoid. Dasarnya melekat pada permukaan aspek posteromedial caecum, 2,5 cm di bawah junctura ileocaecal dengan lainnya bebas. Lumennya melebar di bagian distal dan menyempit di bagian proksimal (Andalia, 2023).

Appendiks merupakan struktur dengan ujung tertutup yang pada bagian alam dilapisi oleh mukosa tipe kolon, dikelilingi oleh submukosa dan selubung otot. Mukosa apendiks pada anak-anak dan dewasa muda mengandung banyak folikel limfoid. Pada usia lebih tua, lumen apendiks mengalami obliterasi akibat fibrosis. Apendiks 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 apendiks yang akan berpindah dari medial menuju katup ileocaecal.

2) Fisiologi

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

Immunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (*gut associated lymphoid tissue*) yang terdapat di sepanjang saluran cerna, termasuk *appendiks*. Immunoglobulin itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun demikian, pengangkatan apendiks tidak memengaruhi system imun tubuh karena jumlah jaringan limfe sangat sedikit jika dibandingkan dengan jumlah imun tubuh di saluran cerna dan di seluruh tubuh (Sjamsuhidayat, 2005)

2.1.3 Klasifikasi Appendicitis

Klasifikasi Appendicitis terbagi menjadi 3 yaitu (Taufiq, 2022)

1. Appendicitis akut

Nyeri tumpul yang samar, yaitu nyeri viseral di daerah epigastrium sekitar umbilikus. Keluhan ini biasanya disertai mual dan terkadang muntah, kehilangan nafsu makan secara umum. Dan dalam beberapa jam, rasa sakit akan bergeser ke sudut McBurney. Nyeri dirasakan lebih intens dan lebih jelas terletak di sini, sehingga nyeri somatik terlokalisir.

2. Appendicitis rekens

Terjadi bila ada riwayat nyeri berulang di perut kanan bawah yang memerlukan operasi usus buntu. Gangguan ini terjadi ketika serangan pertama apendisitis akut sembuh secara spontan. Namun, radang usus buntu tidak pernah kembali ke bentuk semula karena fibrosis dan jaringan parut.

3. Appendicitis kronis

Riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, semua gejala peradangan kronis apendiks makroskopis dan mikroskopis (fibrosis lengkap dinding apendiks, obstruksi parsial atau lumen apendiks, adanya bekas luka di jaringan mukosa dan ulkus lama dan infiltrasi sel inflamasi kronis), Keluhan hilang setelah operasi usus buntu.

2.1.4 Etiologi Appendicitis

Obstruksi dan infeksi pada *apendiks* merupakan dua hal sebagai penyebab terjadinya *appendicitis*. Sebanyak 60% kejadian obstruksi disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfoid submukosa, 35% kasus disebabkan oleh stasis fekal, 4% karena benda asing dan 1% diantaranya sumbatan oleh parasit dan cacing (Pratama 2022).

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

:Hiperplasia jaringan

1. Fekalit
2. Tumor apendiks

3. Cacing aksaris yang menyumbat
4. Benda asing yang menyumbat

2.1.5 Manifestasi Klinis *Appendicitis*

Menurut (Bruner & Suddrat, 1997) Pada buku keperawatan medikal bedah jilid 1, beberapa manifestasi klinis yang sering muncul pada appendicitis antara lain sebagai berikut :

1. Nyeri kuadran kanan bawah dan nyeri tekan pada Mc.Burney
2. Mual muntah
3. Anoreksia
4. Demam
5. Spasme otot
6. Konstipasi dan diare

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang *Appendicitis*

Pemeriksaan penunjang menurut (Roza, 2023), sebagai berikut:

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

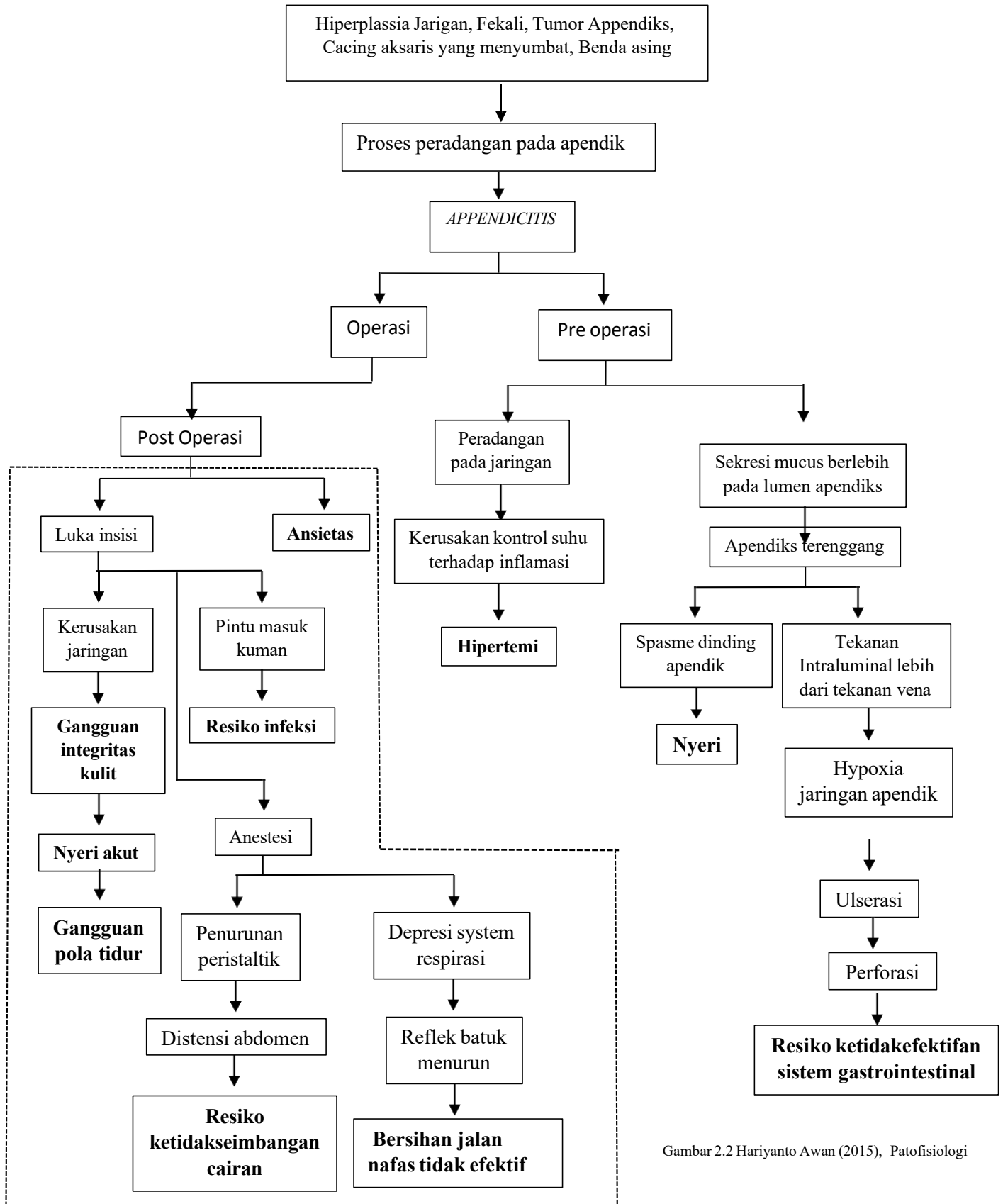
2) Pemeriksaan radiologi

1. Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu)
2. Ultrasonografi (USG) Pemeriksaan USG dilakukan untuk menilai inflamasi dari apendiks

3. CT – Scan Pemeriksaan CT – Scan pada abdomen untuk mendeteksi apendicitis dan adanya kemungkinan perforasi.
4. C – Reactive Protein (CRP) C – Reactive Protein (CRP) adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada apendicitis didapatkan peningkatan kadar CRP

2.1.7 Patofisiologi *Appendicitis*

Skema pathway *appendicitis*



Gambar 2.2 Hariyanto Awan (2015), Patofisiologi

Uraian Pathway

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

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

2.1.8 Komplikasi Appendicitis

Menurut (Nopita, dkk 2024), komplikasi yang terjadi pada *appendicitis*, yaitu :

1) Perforasi

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi nanah sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi dapat diketahui dengan gambaran Klinis seperti suhu tubuh lebih dari 38,50C dan nyeri tekan pada seluruh pert yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit.

2) Peritonitis

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

2.1.9 Penatalaksanaan *Appendicitis*

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

1. Sebelum operasi (Pree operasi)

1) 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.

2) 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 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).

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

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. Apendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/pengangkatan apendiks vermiformis yang telah terinfeksi. Apendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Alza, 2023).

Post *Apendiktomi* merupakan peristiwa setelah dilakukannya tindakan pembedahan pada *apendiks* 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 Apendiktomi

Apendiktomi dilakukan pada penderita *appendicitis*. Tindakan yang dianjurkan untuk menghilangkan rasa nyeri pada penderita *appendicitis* yaitu dengan dilakukannya pembedahan apendiktomi sesegera mungkin, dikarenakan adanya peradangan pada apendiks. *Appendicitis* yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan beberapa komplikasi seperti perforasi dan peritonitis, bahkan dapat menyebabkan kematian (Sagala, 2023)

2.2.3 Manifestasi Klinis Apendiktomi

Menurut Manurung (2018) mengemukakan bahwa pasien yang dilakukan tindakan post op apendiktomi akan muncul berbagai manifestasi klinik seperti:

1. Nyeri pada luka post op
2. Mual
3. Muntah
4. Nafsu makan menurun
5. Perubahan tanda-tanda vital
6. Gangguan integritas kulit
7. Demam tidak terlalu tinggi
8. Kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri

2.2.4 Klasifikasi Apendiktomi

Apendektomi dapat dilakukan melalui dua cara yaitu :

Apendiktomi laparotomi yaitu dengan membuat sayatan besar di perut, sayatan 2-4 inci di perut kanan bawah (McBurney's incision). Untuk kasus *appendicitis* dengan komplikasi.

Apendiktomi laparoskopi yaitu dengan membuat sayatan kecil, 1-3 sayatan kecil, memasukkan laparoskop (tabung tipis dengan kamera) dan alat bedah. Disarankan untuk kasus *appendicitis* tanpa komplikasi. Pemulihan laparoskopi umumnya juga lebih cepat.

2.2.5 Komplikasi Apendiktomi

Infeksi pada luka, ditandai dengan keluarnya cairan seperti nanah, luka berwarna merah, hangat, bengkak, dan terasa sakit. Komplikasi mayor adalah perforasi apendiks, yang dapat mengarah pada peritonitis atau pembentukan abses. Perforasi biasanya terjadi 24 jam setelah nyeri, gejalanya termasuk demam, penampilan toksik, dan nyeri berlanjut. Komplikasi yang jarang terjadi seperti ileus, ganggren usus, peritonitis, dan obstruksi usus.

2.2.6 Penatalaksanaan Apendiktomi

Apendiktomi laparotomi (Terbuka)

Membuat sayatan sepanjang 2-3 inci pada kulit dan lapisan dinding perut di atas daerah apendiks, biasanya di perut kanan bawah. Setelah memasuki rongga perut, apendiks dicari dan diperiksa secara teliti

beserta area sekitarnya untuk memastikan tidak ada komplikasi tambahan seperti peradangan menyebar. Apendiks kemudian dibebaskan atau diangkat dari ikatan mesenterika ke perut dan usus besar, dipotong dari sekum, serta stump sekum dijahit rapat untuk mencegah kebocoran. Jika ditemukan abses, nanah dikeringkan dengan memasang saluran drainase yang keluar melalui kulit. Terakhir, insisi abdomen ditutup secara bertahap.

Apendiktomi laparoskop

Teknik modern menggunakan laparoskop, 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.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post OP Apendiktomi

2.3.1 Pengkajian Post OP Apendiktomi

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.

1. Identitas klien Identitas klien menjelaskan tentang identitas yang oleh klien meliputi:

Nama	Diisi sesuai nama pasien, ditulis dengan inisial dan diikuti dengan label status pasien.
Umur	Appendicitis seringkali terjadi diantara usia 10-30 tahun (Purnamasari, 2023)
Jenis Kelamin	Ditulis sesuai jenis kelamin pasien, laki-laki atau perempuan akan tetapi kejadian apendicitis lebih sering terjadi pada laki-laki (Purnamasari, 2023)
Agama	Diisi sesuai agama yang dianut oleh pasien
Suku Bangsa	Diisi suku bangsa yang sesuai dengan pasien
Bahasa	Diisi sesuai bahasa sehari-hari yang digunakan pasien
	Diisi tentang bidang pekerjaan, profesi,

	status, atau sesuai dengan pekerjaan
Pekerjaan	pasien
	Diisi sesuai pendidikan terakhir pasien
	Diisi tentang sudah belumnya pasien
Pendidikan	kawin/menikah, janda/duda
Status	Diisi sesuai alamat tempat tinggal pasien
Alamat	Ditulis nama orang/perusahaan yang
Penanggung jawab	bertanggung jawab atas pasien
	Diisi dengan tanggal, bulan, tahun dan
Tanggal / Jam MRS	jam masuk rumah sakit.
	Diisi dengan tanggal, bulan, tahun dan
Tanggal / jam pengkajian	jam pada saat melakukan pengkajian
	Diisi sesuai dengan nomor register
No.Register	pasien
	Diisi sesuai dengan diagnosis yang
Diagnosa Medis	ditegakkan oleh tim medis.

2. Keluhan utama

Pada klien post OP apendiktomi menimbulkan respons berupa nyeri dengan skala berat pada 2 jam pertama post operasi bagian luka insisi bedah. Kemudian disertai mual muntah, nafsu makan menurun, demam, dan sulit tidur (Manurung, 2018).

3. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat Penyakit Sekarang ditemukan saat pengkajian mulai

dari awal datang ke rumah sakit sampai dilakukannya pengkajian. Keluhan sekarang dikaji dengan menggunakan PQIRST (Provokatif, Quality, Region, Severitys cale and Time). Pasien yang telah menjalani operasi appendiktomi pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan atau ditekan dan umumnya berkurang setelah diberi obat dan diistirahatkan. Nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri lebih dari lima. Nyeri akan terlokalisasi di daerah operasi dapat pula menyebar diseluruh abdomen. Nyeri mungkin dapat mengganggu aktivitas seperti rentang toleransi pasien masing- masing (Saputro, 2018)

4. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu merupakan riwayat penyakit yang diderita pasien dan berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat mempengaruhi penyakit yang diderita pasien saat ini. Kemungkinan pasien pernah mengalami gangguan pada pencernaan. Adanya riwayat operasi pada usus atau riwayat operasi *appendicitis* (Baradero, 2005)

5. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga merupakan kemungkinan adanya penyakit keturunan dari keluarga. *Appendicitis* bukanlah penyakit keturunan, jika terdapat anggota keluarga yang mengalami *appendicitis* disebabkan karena pola makan

(Safira,2022)

6. Riwayat Kehidupan Sosial

Pasien post op apendiktomi tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosial dengan orang lain, akan tetapi tetap dibandingkan hubungan sosial pasien antara sebelum dan sesudah menjalani operasi (Ibrahim,2019)

7. Riwayat Psikososial

Pada Pasien post op apendiktomi status mental emosionalnya tidak stabil karena merasa cemas dengan kondisinya dan tindakan dilakukannya operasi. Secara umum pasien dengan post op apendiktomi tidak mengalami penyimpangan pada pola koping dan toleransi stres. fungsi bicara baik mampu berkomunikasi secara verbal (Sari,2014)

8. Pola nutrisi dan metabolisme

Pola nutrisi dan metabolisme yang diberikan pada post op apendiktomi, pasien dipuasakan terlebih dahulu beberapa jam pasca operasi, dan diberikan makanan cair jernih berupa 1 gelas air putih untuk melihat daya terima pasien dan menunggu bising usus positif setelah tindakan operasi. Pasien mendapat diet BH Gula di hari pertama dan transisi menjadi nasi tim di hari kedua. Di hari ketiga, pasien mendapatkan diet makanan cair jernih dan lunak nasi tim dengan prinsip rendah lemak, rendah serat yang diberikan secara bertahap (Juviangelika,2024)

9. Pola Eliminasi

Pada pasien pasca bedah sering mencegah penderita dari sensasi kandung kemih yang penuh, raba perut bagian bawah diatas simfisis pubis untuk mengkaji distensi kandung kemih. Pada pasien post op apendiktomi 1-2 hari pertama menggunakan alat bantu BAK dan BAB berupa kateter dan pispot, yang perlu dikaji yakni konsistensi, frekuensi, warna dan bau. Pasien biasanya akan mengalami konstipasi karena terjadinya fecalith dan urine biasanya 30-50ml/jam. (Rahmawati,2018).

10. Pola Aktivitas dan Kebersihan

Pasien post op apendiktomi difokuskan pada mobilisasi dini untuk mempercepat penyembuhan dan pemulihan fungsi tubuh. 1-2 hari pasien dianjurkan untuk miring kanan-miring kiri di tempat tidur dan duduk, di hari ketiga pasien dianjurkan untuk turun dari tempat tidur seperti mencoba berjalan (Risnawati,2017).

Pasien post op apendiktomi tidak bisa melakukan ADL secara mandiri seperti mandi diperbolehkan 1-2 hari setelah operasi dengan bantuan keluarga atau perawat untuk memastikan area sayatan tetap bersih kering dan terhindar dari infeksi (Ernawati, 2023)

11. Pola Istirahat Tidur

Pada pasien post op apendiktomi akan mengalami gangguan pola tidur atau malaise karena adanya nyeri pada bagian luka insisi bedah (Doengoes,2010)

2. Pemeriksaan Fisik

a. Pengkajian Primer

1. Airway

Pada pasien post op apendiktomi biasanya, efek dari anastesi dapat menimbulkan depresi pada sistem respirasi yang menyebabkan reflek batuk sehingga akan terjadi akumulasi sekret pada jalan nafas (Hariyono dan Sulistyowati ,2015)

2. Breathing

Pada pasien post op apendiktomi biasanya tidak ada masalah pada pernafasannya, yang dilakukan pengkajian yaitu: kedalaman, frekuensi, dan bunyi nafas (Rahmawati,2018)

3. Circulation

Pasien post op apendiktomi beresiko mengalami komplikasi kardiovaskuler karena efek samping dari anastesi. Biasanya masalah umum awal sirkulasi adalah perdarahan yang dapat terjadi secara eksternal melalui saluran atau sayatan internal, akan tetapi resiko tersebut tidak selalu terjadi. Pasien post op apendiktomi turgor kulit kembali dalam < 2 detik, warna kuku tidak sianosis, dan suhu lebih dari normal diatas $37,7^{\circ}\text{C}$ salah satu tanda terjadinya risiko infeksi (Rahmawati,2018)

b. Pemeriksaan fisik meliputi :

1. Keadaan umum

Pasien post op apendiktomi biasanya mengeluh nyeri pada bagian luka bedah insisi, nyeri akan bertambah ketika dibuat gerak, merasa lemah, ekspresi wajah menyeringai, tingkat kesadaran umumnya *compos mentis* kecuali masih dalam pengaruh anestesi (Ibrahim,2019).

2. Tanda-tanda vital

Pemeriksaan TTV meliputi: tekanan darah, nadi, suhu, respirasi. Pada pasien post op apendiktomi tekanan darah dan nadi bisa meningkat lebih dari normal karena adanya rasa nyeri. Pemantauan suhu lebih dari normal diatas 37,7°C salah satu tanda terjadinya risiko infeksi. Pernafasan respirasi pasien diamatai terhadap kedalaman, frekuensi, dan bunyi nafas (Suzanne C 2001).

3. Kepala dan leher

1. Kepala dan leher

Pemeriksaan kepala mulai dari rambut tampak bersih atau tidak, adanya kutu atau ketombe, penyebaran rambut merata atau tidak, tidak terdapat luka atau lesi, tidak ada gangguan fungsi pergerakan kepala ditandai pasien 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, pasien terkadang merasakan sakit kepala (Baradero & Marry, 2008).

2. Mata (Penglihatan)

Kebersihan mata baik, struktur mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak iterik, ketajaman perlihatan baik, mata cekung (Jannatunnisa, 2024).

3. Hidung (Penciuman)

Kebersihan hidung baik, tidak ada pembengkakan dan peradangan, fungsi penciuman baik, tidak terdapat pernapasan cuping hidung.

4. Telinga (Pendengaran)

Bentuk dan letak telinga kanan dan kiri simetris, tampak bersih, tidak ada lesi, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, tidak ada peradangan pada telinga, tidak ada nyeri pada telinga, fungsi pendengaran baik (Jannatunnisa, 2024).

5. Mulut

Membrane mukosa bibir kering, fungsi pengecapan baik, tidak ada perdarahan, fungsi bicara baik mampu berkomunikasi secara verbal (Jannatunnisa, 2024)

6. Integumen

Kulit teraba hangat, turgor kulit kembali dalam < 2 detik, terdapat luka operasi dan nyeri tekan di bagian abdomen, terdapat luka sayatan dengan Panjang 1-2 cm di bagian perut bawah pusar kuadran kanan bawah (Jannatunnisa, 2024)

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

Auskultasi :Tidak adanya suara nafas tambahan seperti wheezing, ronchi.

8. Abdomen

Inspeksi :Terdapat luka operasi dilapisi kasa dengan panjang 1-2 cm di bagian perut bawah pusar kuadran kanan bawah.

Palpasi :Terdapat nyeri tekan dibagian perut kanan kuadran bawah bekas operasi

Perkusi :Terdengar suara thympani

Auskultasi : Bising usus (5-30 x/menit) pasien post op

apendiktomi mengalami penurunan bising usus sementara.
(Jannatunnisa, 2024)

9. Genetalia

Pada pasien post op apendiktomi terpasang selang katater
(Suzanne C, 2001)

10. Ekstermitas

Pada pasien post op apendiktomi ekstremitas mengalami kelemahan, karena terasa nyeri dan kekauan pasca bedah, Capillary Refil Time (CRT) <2 detik, dan tidak terdapat oedema pada ekstremitas (Ibrahim, 2019)

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang dilakukan oleh perawat yang memiliki ijin dan kompeten untuk mengatasinya. Respon aktual dan potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu, dan konsultasi dengan profesi lain yang kesemuanya dikumpulkan selama pengkajian. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensitesis data yang telah dikelompokkan dalam pola kesehatan, dan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, kemampuan klien

untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Fahrurrozi & Kurniawan 2021). Diagnosa keperawatan pada pasien post op apendiktomi menurut Hariyanto dan Sulistyowati (2015) disesuaikan dengan buku diagnosa keperawatan (PPNI, 2017) , meliputi:

1. Nyeri akut (D.0077)

Kategori Psikologis

Sub kategori :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

- a) Mengeluh nyeri

Objektif

- a) Tampak meringis
- b) (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)
- c) Gelisah

- d) Frekuensi nadi meningkat
- e) Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- a) Tekanan darah meningkat
- b) Pola napas berubah
- c) Nafsu makan berubah
- d) Proses berpikir terganggu
- e) Menarik diri
- f) Berfokus pada diri sendiri
- g) Diaphoresisi

Kondisi Klinis Terkait

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

2. Risiko infeksi

Kategori : Lingkungan

Sub kategori : 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 :
 - (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
6. 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 risiko:

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 elektris (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

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

4. Risiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)

Kategori : Fisiologis

Subkategori : Nutrisi/Cairan

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

Faktor risiko

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

- 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

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

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

Gejala dan Tanda Mayor Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Batuk tidak efektif
- b) Tidak mampu batuk
- c) Sputum berlebih

- d) Mengi, wheezing dan ronkhi kering
- e) Meconium di jalan napas (pada neonates)

Gejala dan Tanda Minor Subjektif

- a) Dispnea
- b) Sulit bicara
- c) Ortopnea

Objektif

- a) Gelisah
- b) Sianosis
- c) Bunyi napas menurun
- d) Frekuensi napas berubah
- e) 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

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

a) Merasa bingung

b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi

- c) Sulit berkonsentrasi

Objektif

- a) Tampak gelisah
- b) Tampak tegang
- c) Sulit tidur Gejala dan Tanda Minor Subjektif
- d) Mengeluh pusing
- e) Anoreksia
- f) Palpitasi
- g) Merasa tidak berdaya

Objektif

- a) Frekuensi napas meningkat
- b) Frekuensi nadi meningkat
- c) Tekanan darah meningkat
- d) Diaphoresis
- e) Tremor
- f) Muka tampak pucat
- g) Suara bergetar
- h) Kontak mata buruk
- i) Sering berkemih
- j) 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

2.3.3 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, 2018) sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Rencana Keperawatan *Post Operasi* Apendiktomi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI	RASIONAL
1	Nyeri akut	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik	Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respons nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik - Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi - Pemberian analgetik	Observasi - Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya. - Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami pasien - Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan pasien saat pemulihan - Untuk mengurangi tingkat nyeri dan membiasakan nyeri - Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup Terapeutik - Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien - Untuk mengurangi faktor resiko yang dapat memperberat nyeri - Untuk memuaskan dan memenuhi kebutuhan pasien - Memberikan strategi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien Edukasi - Informasi yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien dan menambah pengetahuan pasien tentang nyeri - Pasien dapat mengetahui penyebab, karakteristik, dan lokasi nyeri secara mandiri - Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien - Nafas dalam dapat menghirup O₂ secara adekuat

				sehingga otot menjadi relaksasi dan dapat mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 14. Sebagai profilaksi untuk mengurangi rasa nyeri
2	Risiko infeksi	Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil: a) Demam menurun b) Kemerahan menurun c) Nyeri menurun d) Bengkak menurun e) Kadar sel darah putih membaik	Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi 10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	Observasi 1. Dapat mengetahui adanya tanda infeksi Terapeutik 2. Mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain. 3. Mencegah meluas dan membatasi penyebaran organism 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 Kolaborasi 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.	Ansietas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan penyakitnya dengan kriteria hasil : - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun	Observasi - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah - Monitor tanda-tanda ansietas Terapeutik - Ciptakan suasana Terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh harapan - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami - Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi - Latih Teknik relaksasi	Observasi - Ketakutan dapat terjadi karena nyeri hebat, penting pada prosedur diagnostik dan pembedahan - Untuk mengetahui ansietas yang diderita klien Terapeutik - Dapat meringankan ansietas terutama ketika pemeriksaan tersebut melibatkan pembedahan - Untuk menghindarkan hal yang memperparah ansietas - Klien merasa nyaman - Membina Hubungan saling percaya - Membatasi kelemahan, menghemat energy dan meningkatkan kemampuan coping - Mengurangi kecemasan klien Edukasi - Pasien dapat lebih mempersiapkan diri dan merasa tenang - Pengetahuan pasien bertambah sehingga dapat mengurangi tingkat ansietas yang diderita - Agar pasien merasa nyaman - Pasien dapat merasa lebih tenang setelah mengungkapkan perasaannya - Nafas dalam dapat menghirup O₂ secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi kecemasan.
5.	Risiko ketidakseimbangan cairan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan terjadi keseimbangan cairan dan elektrolit dan tidak terjadi hidrasi dengan kriteria hasil: - Asupan cairan meningkat - Haluaran urin meningkat - Kelembaban membran mukosa meningkat	Observasi - Monitor frekuensi dan kekuatan nadi - Monitor frekuensi napas - Monitor tekanan darah - Monitor waktu pengisian kapiler - Monitor elastisitas atau turgor kulit - Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine - Monitor kadar albumin dan protein total	Observasi - Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak - Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak - Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak - Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak - Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak - Terjadi keseimbangan antara intake dan output

		d) Dehidrasi menurun e) Tekanan darah membaik f) Turgor kulit membaik	8. Monitor intake output cairan 9. Identifikasi faktor ketidakseimbangan cairan 10. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 11. Dokumentasikan hasil pemantauan	7. Untuk mengetahui adanya hemokonsentrasi pada pasien 8. Terjadi balance cairan 9. Untuk memberikan tindakan yang tepat apabila terjadi ketidaksimbangan cairan 10. Pengamatan yang baik dapat menghindarkan pada kondisi dehidrasi yang lebih parah 11. Mengetahui status klien
5.	Bersihkan 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 <i>Wheezing</i> menurun d) Frekuensi napas membaik e) Pola napas membaik	Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Monitor pola napas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas Terapeutik 8. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 9. Dokumentasikan hasil pemantauan	Observasi 1. Mengetahui adanya suara nafas tambahan 2. Mengetahui adanya suara nafas tambahan 3. Meningkatkan kemampuan untuk mengeluarkan secret secara mandiri 4. Memastikan adanya sputum di saluran napas 5. Sputum yang berlebih dapat menyebabkan obstruksi jalan napas 6. Untuk mengetahui kesimetrisan ekspansi paru 7. Untuk mengetahui adanya bunyi nafas tambahan Terapeutik 8. Untuk mengetahui perkembangan pasien 9. Untuk mengetahui focus perawat dan tanggung jawab perawat

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Pangkey (2021), tahap keempat dalam proses dokumentasi keperawatan adalah implementasi, yaitu pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dirancang dalam tahap perencanaan. Tahap ini mencakup berbagai tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya serta mencapai hasil yang diharapkan. Selain itu, perawat juga dapat mendelegasikan beberapa intervensi keperawatan kepada pasien. Dalam pelaksanaannya, implementasi keperawatan harus berfokus pada pemenuhan kebutuhan pasien, penerapan komunikasi terapeutik, serta mempertimbangkan berbagai. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, 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.

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan, dimana

dokumentasi dilakukan dengan membandingkan kondisi kesehatan pasien secara sistematis dengan tujuan yang telah dirumuskan serta realitas yang dialami pasien. Proses evaluasi ini juga melibatkan tenaga kesehatan lainnya. Diagnosis keperawatan, masalah kolaboratif, prioritas perawatan, intervensi keperawatan, dan kriteria hasil menjadi pedoman utama yang menentukan fokus dalam evaluasi (Pangkey, 2021). Terdapat dua jenis evaluasi :

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 :

S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.

O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.

A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.

P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

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.