

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Penyakit Apendiksitis**

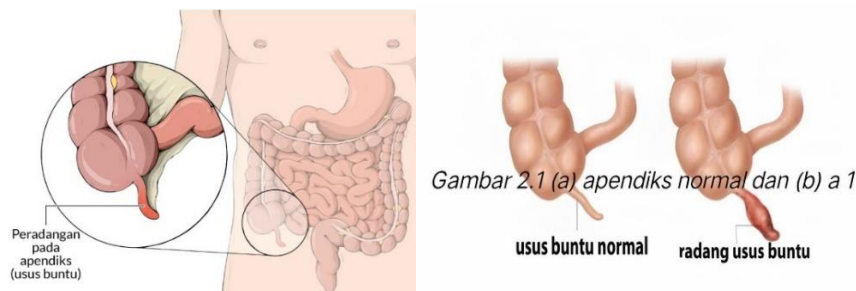
##### **2.1.1 Definisi Apendiksitis**

Apendisitis merupakan suatu peradangan yang disebabkan oleh infeksi pada usus buntu, yang juga dikenal sebagai umbai cacing atau apendiks. Jika tidak segera ditangani dengan tindakan bedah, infeksi ini dapat menimbulkan komplikasi yang serius. Apendisitis adalah penyebab utama inflamasi akut di kuadran kanan bawah abdomen. Meskipun kondisi ini dapat terjadi pada semua kelompok usia, kasus apendisitis paling sering ditemukan pada rentang usia 10 hingga 30 tahun (Awan Hariyanto dan Rini Sulistyowati, 2015). Secara teknis, usus buntu adalah bagian dari sekum (cecum). Infeksi pada usus buntu dapat menimbulkan peradangan yang akut, sehingga memerlukan penanganan bedah segera untuk mencegah munculnya komplikasi yang berbahaya (Saputro, 2018)

Apendiksitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis yang memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah terjadinya perforasi. Penyebab terjadinya appendicitis dapat disebabkan oleh adanya fekalit (batu feses) yang menghalangi lumen apendiks, putaran apendiks yang menyebabkan pembengkakan di dinding usus, serta infeksi oleh mikroorganisme (Silaban, 2020).

Apendiksitis merupakan suatu kondisi peradangan yang disebabkan oleh infeksi pada usus buntu, yang juga dikenal sebagai tumbai cacing atau appendiks. Jika tidak segera ditangani dengan tindakan bedah, infeksi ini dapat mengakibatkan komplikasi serius (Hariyanto, 2018). Usus buntu, dalam istilah Latin disebut *appendiks vermiformis*, adalah organ berbentuk memanjang yang memiliki panjang sekitar 6-9 cm. Organ ini terleta<sup>7</sup> angkal usus besar, yang dikenal sebagai sekum, yang berada di bagian perut kanan bawah (Handaya, 2017).

### 2.1.2 Anatomi Fisiologi Apendiksitis



#### 1) Anatomi

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

Appendiks menghasilkan lendir 1-2 ml per hari. Lendir tersebut secara typical dicurahkan ke lumen dan selanjutnya mengalir menuju sekum. Adanya hambatan pada aliran lendir di muara appendiks dapat menjadi salah satu penyebab terjadinya apendicitis. Di sepanjang saluran cerna terdapat imunoglobulin sekretoar yang dihasilkan oleh GALT (Intestine Partners 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 region ini sangat kecil dibandingkan dengan jumlahnya di saluran cerna dan seluruh tubuh (Ambarwati, 2017)

### 2.1.3 Klasifikasi apendisitis

Menurut Wilda Tamara Sagala; & Naziyah (2023) mengklasifikasikan apendisitis dalam tiga kelompok, yang diantaranya.

#### a. Apendisitis akut

Apendisitis akut memiliki gejala yang khas, dilandasi dengan radang mendadak umbilicacacing sehingga memberi sebuah tanda setempat, diikuti ataupun tidak diikuti oleh rangsang peritoneum lokal. Adapun gejala dari apendisitis akut yakni nyeri tumpul dan samar-samar dimana berupa nyeri viseral pada area epigastrium yang ada di sekitaran umbilikus. Hal ini umumnya diiringi oleh mual ataupun muntah, dengan nafsu makan yang biasanya turun. Kemudian dengan hitungan jam, nyerinya akan beralih menuju titik McBurney. Nyeri tersebut akan menjadi lebih tajam, kemudian letaknya menjadi semakin jelas, yang merupakan nyeri somatik setempat.

#### **b. Apendisitis kronik**

Diagnosis untuk apendisitis kronis bisa ditetapkan bila ditemuiterdapatnya riwayat nyeri perut bagian kanan bawah melebihi 2 minggu, radang kronik apendiks secara mikroskopik serta makroskopik. Adapun kriteria dari mikroskopik apendisitis kronik yakni fibrosis menyeluruh dinding apendiks, terdapatnya jaringan parut serta ulkus lama di mukosa, sumbatan total ataupun parsial lumen apendiks, serta terdapatnya sel inflamasi kronik. Kejadian apendisitis kronik ini diantara 1-5% (Rhesa Putra, 2022).

#### **c. Apendisitis rekuren**

Apendisitis rekuren yakni dimana terdapat riwayat nyeri pada perut kanan bawah secara berulang yang mendorong pelaksanaan apendektomi. Hal ini timbul jika serangannya apendisitis akut pertama

telah sembuh dengan spontan(Wilda Tamara Sagala; &Naziyah,2023).

#### **2.1.4 Etiologi Apendiksitis**

Sampai Apendisitis hingga sekarang masih termasuk sebagai tantangan untuk klinisi, terutama dalam menentukan diagnosis nya. Etiologi dari apendisitis kerap dihubungkan terhadap obstruksi lumen, pengerasan feses, tumor, hiperplasia jaringan limfoid, enterobius vermicularis (massa parasit), hingga kolonisasi bakteri(Alnaz et al., 2020).

Apendisitis secara umum ditemui dalam rentang usia remaja hingga dewasa awal, diantara 20 hingga 30 tahun (Arifuddin et al., 2017). Apendisitis juga bisa ditemui pada usia paruh baya, diantara 40 hingga 60 tahun (Akemah et al., 2023). Mereka yang berada dalam rentang usia 20 hingga 30 tahun cenderung sibuk melaksanakan beragam kegiatan, yang membuat mereka kurang memperhatikan nutrisi makanan, situasi ini yang kemudian mempermudah apendisitis terjadi. Dampaknya mereka akan kesusahan buang air besar (BAB) sehingga meningkatkan tekanan dalam rongga usus sehingga kemudian mengakibatkan penyumbatan di apendiks (Arifuddin et al., 2017). Situasi ini terjadi khususnya karena individu dewasa memiliki apendiks dengan bentuk yang menyempit pada area proksimal serta melebar pada area distal, dimana akan mengakibatkan timbulnya obstruksi pada area proksimal, mengakibatkan peningkatan tekanan intraluminal, serta memacu translokasi kuman sekaligus membuat jumlah dari kuman pada lumen apendiks meningkat

dan mempermudah invasinya bakteri dari lumen memasuki mukosa sehingga timbul ulserasi mukosa dan mengakibatkan apendisitis (Cristie et al., 2021).

Sani et al. (2020) menjelaskan, Risiko dari apendisitis ditemui paling banyak terjadi pada laki-laki (72,2%) dibanding perempuan (27,8%). Situasi ini terjadi dikarenakan perempuan cenderung lebih banyak memakan makanan yang mengandung serat dibanding laki-laki. Kebiasaan untuk mengonsumsi makanan yang seratnya rendah akan mengakibatkan penyumbatan secara fungsional terhadap apendiks sekaligus meningkatkan pertumbuhannya flora normal pada kolon. Laki-laki memiliki kecenderungan untuk mendapati inflamasi pada apendiks dikarenakan terdapatnya perubahan anatomis. Adapun pada dinding apendiks terdapat banyak kandungan jaringan limfoid serta untuk laki-laki ditemui memiliki lebih banyak proporsi jaringan limfoid dibanding perempuan. Ini bisa menjelaskan kenapa laki-laki berpeluang lebih tinggi untuk mengalami apendisitis (Cristie et al., 2021).

Laki-laki juga mempunyai risiko lebih besar mendapati apendisitis dalam usia produktif, dimana ini terjadi dikarenakan banyak faktor seperti beban pekerjaan maupun perbedaan kegiatan yang dilaksanakan laki-laki dengan perempuan. Laki-laki relatif lebih sering melakukan pekerjaan sekaligus menghabiskan waktunya di luar, dimana ini tentu memerlukan tenaga yang lebih banyak, kemudian beban stres dari pekerjaan yang laki-laki tanggung turut memainkan peranan juga (Febriyanti, 2018).

Gaya hidup maupun kesehatan juga terpengaruh oleh perkembangannya zaman, misalnya dalam hal minimnya makanan yang mengandung serat pada makanan sehari-hari, yang dianggap termasuk sebagai penyebab apendisitis. Secara umum pola makan yang buruk memiliki pengaruh pada untuk pasien apendik, seperti makanan yang kurang sehat, makan secara tidak teratur, kadar seratnya rendah, hingga kebiasaan mengonsumsi fast food (Putri, 2020).

Secara teori, rutinitas mengonsumsi makanan yang rendah serat akan mengakibatkan pembentukan fekalit, dimana kemudian fekalit yang menumpuk menjadi penyebab obstruksi dalam lumen apendiks. Kemudian obstruksi ini menyebabkan penyumbatan fungsional terhadap lumen apendiks, yang kemudian membuat pertumbuhannya bakteri meningkat dan mempermudah apendiks mengalami peradangan (Novanto et al., 2023). Adapun makanan pemicu apendisitis akut yakni yang karbohidratnya tinggi namun kadar seratnya rendah, dan didapatkan dari studi adanya keterkaitan yang signifikan diantara jenis makanan terhadap apendisitis akut (Hidayat, 2022). Sesuai dengan penelitiannya Febriyanti (2018), makanan yang kaya serat bisa menjadi pencegah konstipasi dalam sistem pencernaan. Konstipasi termasuk sebagai faktor yang menyebabkan apendisitis. Adapun untuk faktor risiko lainnya yakni pola makan. Apendisitis sendiri merupakan penyakit yang terjadi dalam sistem pencernaan, yang tentunya berkaitan dengan pola makan, khususnya dengan nutrisi yang terkandung dalam makanan. Sesuai dengan studi yang telah dilaksanakan, mereka yang pola

makanyaberantakan mempunyai risiko lebih besar mengalami apendisitis dibanding mereka yang pola makanya teratur. Sesuai dengan studi epidemiologi dinyatakan bahwasanya kebiasaan konsumsi rendah serat berpengaruh pada timbulnya konstipasi, yang kemudian menyebabkan kemunculan apendisitis. Adapun konstipasi dalam hal ini membuat tekanan intraluminal meningkat, kemudian mengakibatkan penyumbatan fungsional apendiks serta membuat perkembangannya kuman flora kolon biasa meningkat. Tingginya tingkat konstipasi akan mengakibatkan risiko yang lebih besar pada penyumbatannya saluran apendiks, yang kemudian mengakibatkan terjadinya apendisitis (Arifuddin et al., 2017).

### **2.1.5 Manifestasi Klinis Apendisitis**

Sesuai dengan Variasi posisi apendiks, tingkat serta usia dari peradangan mengakibatkan presentasi klinis dari apendisitis menjadi tidak pasti. Riwayat seperti nyeri periumbilikal dan anoreksia diiringi muntah, nyeri kuadran kanan bawah, serta mual terjadi hanya pada 50% kasus. Mual ditemui dalam 61-92% kasus sementara anoreksia dalam 74-78% kasus. Tidak didapati adanya temuan yang secara statistik berbeda dengan temuan pasien di unit gawat darurat yang memiliki etiologi lainnya dari nyeri perut. Saat terjadi muntah, hampir pasti disertai obstruksi usus, dimana membuat diagnosis apendisitis perlu kembali dipertimbangkan. Sembelit ataupun diare ditemui dalam 18% kasus serta tidak boleh dipergunakan untuk membuang peluang adanya apendisitis (Craig, 2022). Gejala umum dari apendisitis yakni nyeri pada

perut, yang secara umum diawali dengan nyeri epigastrium ataupun periumbilikal yang kemudian bermigrasi menuju kuadran kanan bawah dari perut. Saat serabut saraf aferen visceral pada T8-T10 memperoleh stimulasi, akan mengakibatkan nyeri terpusat bersifat yang samar. Kemudian saat usus buntu semakin meradang, kemudian timbul iritasi pada 17 peritoneum parietal, rasa sakit akan lebih terlokalisasi pada kuadran kanan bawah. Pasien dalam hal ini perlu berbaring, menarik lutut ke atas, serta melenturkan pinggulnya untuk meminimalkan sakit. Nyeri progresif memburuk dalam hal ini diiringi oleh mual, muntah, serta anoreksia (Craig, 2022; Saran Lotfollahzadeh; et al., 2024).

Saat peradangan memperoleh perkembangan akan menyebabkan tanda ataupun indikasi peradangan seperti right lower quadrant guarding serta rebound tenderness di atas titik McBurney, yakni 1,5-2 inch dari tulang belakang iliak superior anterior dalam garis lurus menuju umbilicus, Rovsing's sign, Dunphy's sign, hingga tanda lainnya termasuk psoas sign serta obturator sign dapat terjadi juga tetapi jarang. Pasien yang memiliki apendisitis ringan secara umum hanya akan terlihat sakit ringan dengan suhu ataupun denyut nadi yang secara umum sedikit di atas batas normal. Pemeriksa dalam hal ini perlu memperhatikan proses dari penyakit lain disamping apendisitis ataupun keberadaan komplikasi termasuk phlegmon, perforasi, ataupun pembentukan abses bila suhu yang terukur melebihi  $38,3^{\circ}\text{C}$ . Pasien apendisitis akan diam berbaring guna mengantisipasi iritasi peritoneum dikarenakan gerakan, kemudian beberapa orang akan menyampaikan ketidaknyamanannya dikarenakan

perjalanan menuju klinik/rumah sakit, bersin, batuk, maupun tindakan lainnya yang mereplikasi Valsalva maneuver. Keseluruhan bagian perut dalam hal ini perlu pemeriksaan sistematis dari mulai area dimana pasien tidak mengungkapkan ketidaknyamanannya (Saran Lotfollahzadeh; et al., 2024).

#### **2.1.6 Pemeriksaan penunjang**

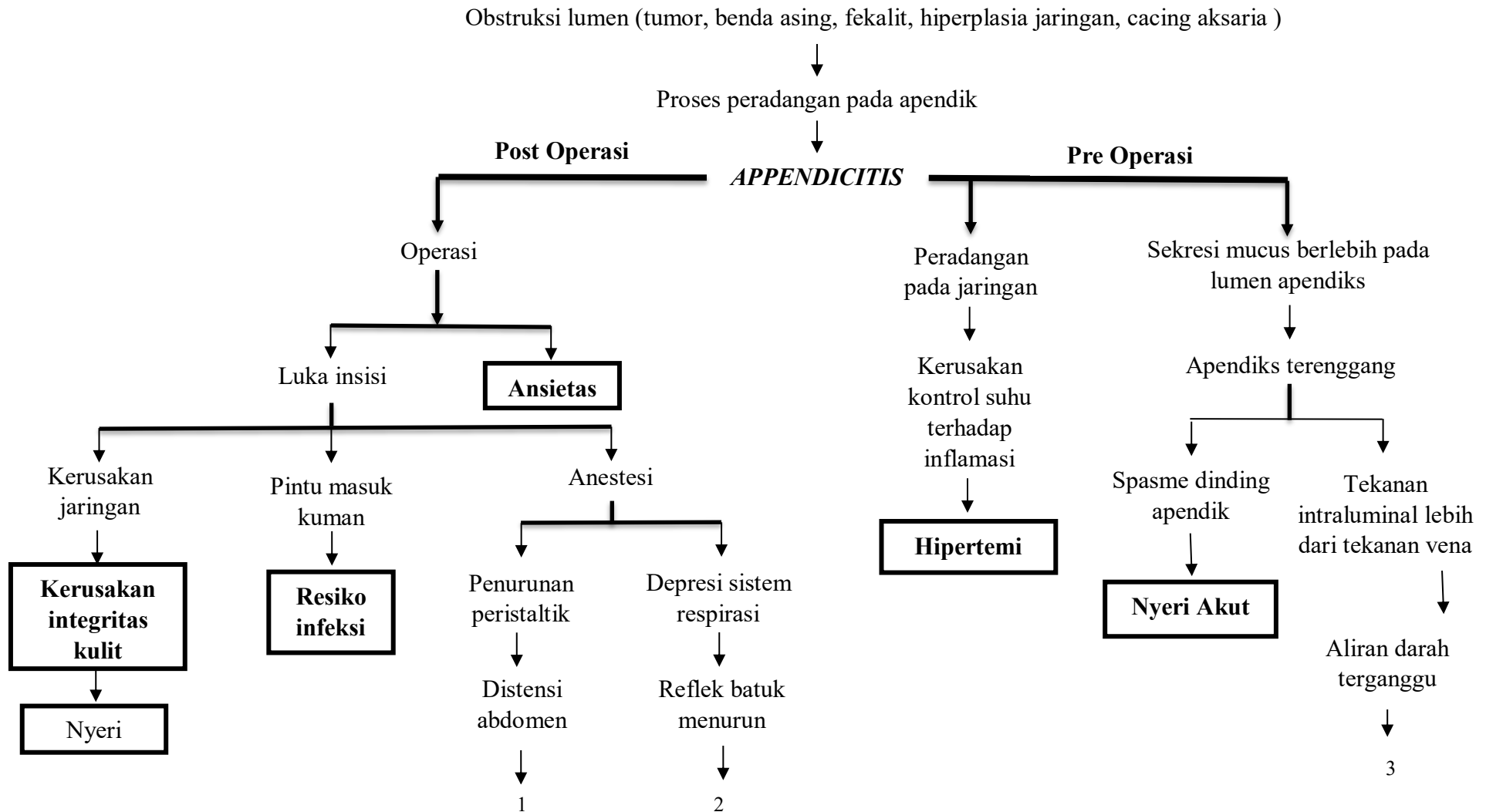
Pemeriksaan pemeriksaan yang umumnya dilaksanakan dalam mendukung diagnosis apendisitis diantaranya yakni (Alnaz et al., 2020).

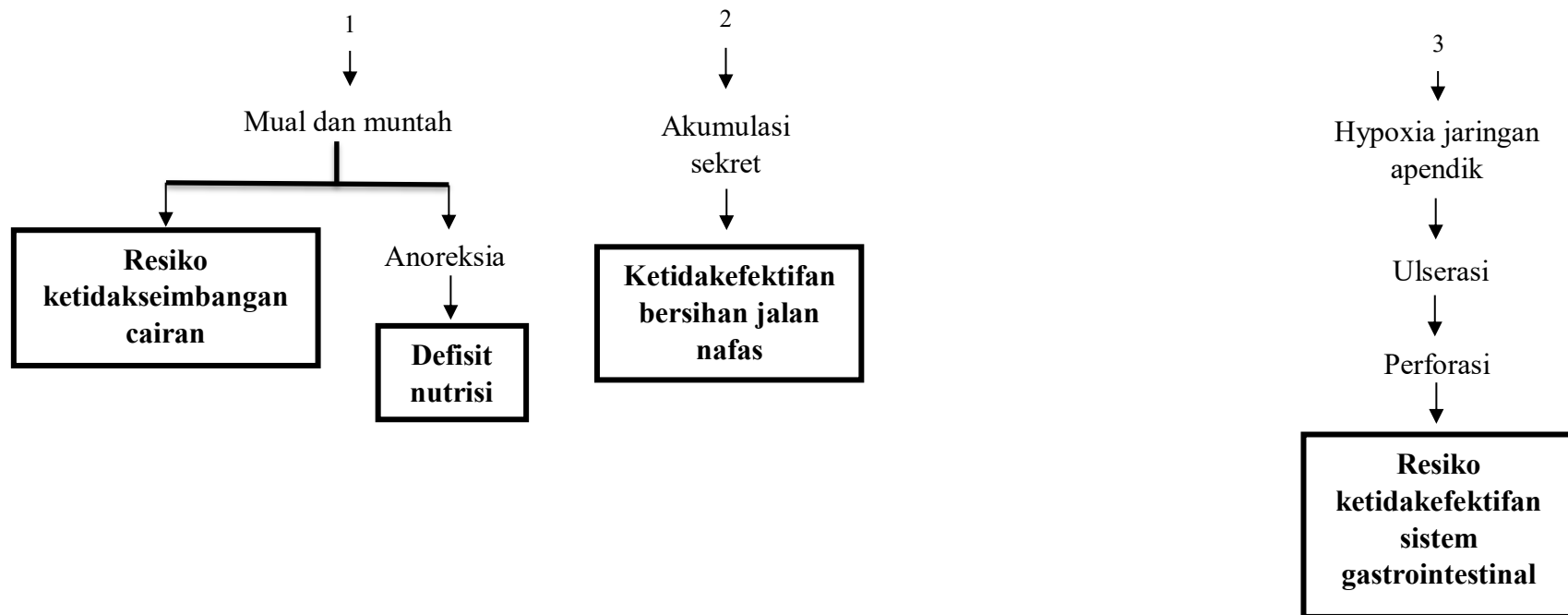
##### **a. Pemeriksaan laboratorium**

Penghitungan jenis leukosit menjadi pemeriksaan yang sangat sering dipergunakan dalam mendiagnosis apendisitis. Peningkatan sel darah putih (leukosit) sampai berkisar 10.000-18.000/mm<sup>3</sup>, dimana bila peningkatannya melebihi angka tersebut menandakan apendiks kemungkinan telah mendapat perforasi (Kurniadi et al., 2023).

## 2.2 Patofisiologi Apendiktis

### 2.2.1 Skema Pathway Apendiktis





Sumber : (Hariyanto & Sulistyowati, 2015)

**Gambar 2. 1 Patofisiologi *Appendicitis***

### 2.2.2 Uraian Pathaway Apendiksitis (Hariyanto & Sulistyowati, 2015)

*Appendicitis* disebabkan oleh obstruksi lumen, benda asing, fekalit, dan lain-lain sehingga hal ini menyebabkan peradangan pada *apendiks*, apabila hal ini tidak segera diatasi maka akan menyebabkan *Appendicitis*. Saat sebelum dilakukan operasi (pre-operasi) peradangan yang mengenai jaringan *apendiks* akan menyebabkan kontrol suhu terhadap inflamasi akan mengalami kerusakan sehingga akan muncul reaksi peradangan seperti panas atau hipertemia. Peradangan yang terus berlanjut akan meningkatkan secret mucus pada lumen *apendiks* karena mucus yang diproduksi mengalami bendungan, sehingga akan terjadi peregangan pada *apendiks* yang dapat memicu terjadinya spasme pada dinding *apendiks* yang dapat mengganggu aliran darah di gastrointestinal, apabila aliran darah ini terganggu oksigen yang digunakan untuk metabolisme akan mengalami kekurangan sehingga terjadi metabolisme anaerob dan terjadilah nyeri akut. Bila sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan meningkat, namun elastisitas dinding *apendiks* mengalami keterbatasan sehingga terjadi peningkatan intraluminal, dimana berkurangnya aliran darah sehingga akan terjadi hypoxia. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang dapat mengakibatkan oedem dan ulserasi mukosa, obstruksi lumen, oedem yang terus berlanjut dan bakteri yang terus bertambah akan menembus dinding *apendiks* sehingga *apendiks* mengalami perforasi dan akan muncul gangguan ketidakefektifan perfusi gastrointestinal. *Appendicitis* yang disebabkan oleh masuknya benda asing dan fekalit yang masuk ke dalam kantong *apendiks*, sehingga suplai darah berkurang bahkan bisa terjadi perforasi yang merupakan keadaan gawat darurat yang perlu dilakukan pertolongan segera, yaitu dengan tindakan operasi. Saat setelah dilakukan operasi (post-operasi) memicu kecemasan atau ansietas dikarenakan kurangnya informasi tindakan, selain cemas tindakan pembedahan ini akan menimbulkan luka yang terjadi kerusakan pada jaringan karena terputusnya ujung syaraf sehingga menimbulkan kerusakan integritas jaringan dan nyeri. Dari luka insisi tersebut perlu diperhatikan lagi karena bisa menjadi pintu masuk bagi kuman dan beresiko terkena infeksi. Selain luka insisi ada hal lain yang perlu diperhatikan juga yaitu anestesi. Efek dari anestesi ini akan

menurunkan peristaltic usus dan distensi abdomen. Distensi ini dapat menyebabkan mual muntah. Mual muntah ini memiliki efek pada nafsu makan, apabila penurunan nafsu makan tidak segera ditangani makan akan menyebabkan ketidakseimbangan nutrisi pada tubuh dan mengalami resiko ketidakseimbangan cairan. Efek dari anestesi ini juga menimbulkan depresi pada sistem respirasi dimana reflek batuk akan menurun sehingga akan terjadi akumulasi sekret dan akan menyebabkan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

### 2.3 Komplikasi Apendiksitis

Menurut (Rahmawati L. , 2018) komplikasi yang terjadi pada *apendicitis*, yaitu:

#### a. 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.

#### b. Peritonitis

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

### 2.4 Penatalaksanaan Penyakit Apendiksitis

Penatalaksanaan apendisitis akut tanpa komplikasi dapat diobatidengan pendekatan antibiotik. Keberhasilan pendekatan non-operatif memerlukan pemilihan pasien yang cermat dan eksklusi pasien dengangangren akut apendisitis, abses, dan peritonitis diffuse. Strategi antibiotic pertama dapat dianggap aman dan efektif pada pasien tertentu dengan apendisitis akut tanpa komplikasi. Pasien yang ingin menghindari pembedahan harus menyadari risiko kekambuhan hingga 39% setelah 5 tahun. ( Di Saverio et al, 2020 )

Penatalaksanaan umum apendisitis menurut (Mardalena, 2018 ). Antara lain:

#### a. Sebelum Operasi

- 1) Pemasangan sonde lambung untuk dekompresi
- 2) Pemasangan kateter untuk mengontrol produksi urine Rehidrasi

- 3) Antibiotik dengan spectrum luas, dosis tinggi dan diberikan secara
- 4) intravena.
- 5) Obat-obatan penurunan panas diberikan setelah rehidrasi tercapai
- 6) Bila demam, harus diturunkan sebelum diberi anestesi.

#### **b. Operasi**

- 1) Apendiktomi
- 2) Apendiks di buang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika
- 3) Abses apendiks diobati dengan antibiotika IV, massanya mungkin mengecil atau abses mungkin memerlukan drainase dengan jangka waktu beberapa hari
- 4) Apendiktomi dilakukan bila abses dilakukan operasi efektif sesudah 6 minggu samapai 3 bulan.

#### **c. 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.

### **2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Apendiksitis**

#### **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.

##### **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

#### 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, aktifitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lamanya setelah pembedahan

#### 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.

1. Pemeriksaan fisik

a) Pemeriksaan fisik, yakni menggunakan 4 cara

(1) Insepeksi

Proses observasi yang dilakukan dengan cara melihat.

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

(2) Palpasi

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

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

(c) Hidung (Penciuman)

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

(d) Telinga (Pendengaran)

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

(e) Mulut (Pengecapan)

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

(f) Integumen

Kebersihan kulit klien baik, kulit teraba hangat, turgor kulit kembali <2 detik, warna kulit merata, kelembaban baik dan tidak ikterik. Tidak ada tanda-tanda infeksi pada luka bekas operasi.

(g) Pemeriksaan dada atau thorak

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

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

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

Auskultasi : tidak adanya suara nafas tambahan wheezing, ronchi.

#### (h) Pemeriksaan payudara

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

#### (i) Abdomen

Inspeksi: Akan tampak adanya 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

### **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 a ruptured appendix menurut (Awan Hariyanto & Rini 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

### 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 (Awan Hariyanto & Rini 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. Imununosupresi
  - 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, fascia, 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 listrik (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) Deficit 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 mengabsorpsi 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. *Amyotrophic 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

Subyektif

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 result klien. Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, mengatasi masalah – masalah yang telah diidentifikasi dalam conclusion keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien. Intervensi keperawatan menurut (ppni, 2019) sebagai berikut

**Tabel 2.1 Rencana Keperawatan Pre Operasi *Apendicitis***

| NO          | DIAGNOSA            | SLKI                                                                                                                                                                                         | SIKI                                                                                                                                                                                                                    | RASIONAL                                                                                                                                    |
|-------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KEPERAWATAN |                     |                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                             |
| 1.          | Nyeri akut (D.0077) | Setelah tindakan keperawatan diharapkan nyeri klien berkurang dengan kriteria hasil :<br>a) Keluhan nyeri menurun<br>b) Meringis menurun<br>c) Sikap protektif menurun<br>d) Gelisah menurun | Observasi<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi skala nyeri<br>3. Identifikasi respons nyeri non verbal<br>4. Identifikasi faktor yang memperberat | Observasi<br>1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya. |

|                      |       |                                                                           |                                                                                                                                          |
|----------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| e) Kesulitan menurun | tidur | dan memperingan nyeri                                                     | 2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami pasien                                                                                      |
| f) Frekuensi membaik | nadi  | 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup                        | 3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan pasien saat pemulihan                                                                        |
| g) Pola membaik      | napas | Terapeutik                                                                | 4. Untuk mengurangi tingkat nyeri dan membiasakan nyeri                                                                                  |
| h) Tekanan membaik   | darah | 6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri             | 5. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup                                                                                   |
|                      |       | 7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri                         | Terapeutik                                                                                                                               |
|                      |       | 8. Fasilitasi istirahat dan tidur                                         | 6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien                                                                                      |
|                      |       | 9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri | 7. Untuk mengurangi faktor resiko yang dapat memperberat nyeri                                                                           |
|                      |       | Edukasi                                                                   | 8. Untuk memuaskan dan memenuhi kebutuhan pasien                                                                                         |
|                      |       | 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri                          | 9. Memberikan strategi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien                                                        |
|                      |       | 11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri                               | Edukasi                                                                                                                                  |
|                      |       | 12. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat                           | 10. Informasi yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien dan menambah pengetahuan pasien tentang nyeri.                                |
|                      |       | 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri            | 11. Pasien dapat mengetahui penyebab, karakteristik, dan lokasi nyeri secara mandiri                                                     |
|                      |       | Kolaborasi                                                                | 12. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien                                                                                     |
|                      |       | 14. Kolaborasi pemberian analgetik                                        | 13. Nafas dalam dapat menghirup O <sub>2</sub> 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 (D.0149)              | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan hipertermia klien teratasi dengan criteria hasil:<br>a) Menggigil menurun<br>b) Kulit merah menurun<br>c) Kejang menurun<br>d) Pucat menurun<br>e) Suhu tubuh membaik<br>f) Suhu kulit membaik | Observasi<br>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi<br>Edukasi<br>2. Ajarkan kompres hangat jika demam<br>3. Anjurkan penggunaan pakaian yang dapat menyerap keringat<br>4. Anjurkan pemberian antipiretik, sesuai indikasi<br>5. Anjurkan menciptakan lingkungan yang nyaman<br>6. Anjurkan memperbanyak minum<br>7. Anjurkan menggunakan pakaian yang longgar | Observasi<br>1. Memberikan dasar untuk mengetahui kondisi klien.<br>Edukasi<br>2. Menurunkan panas melalui proses konduksi serta evaporasi dan meningkatkan kenyamanan pada klien<br>3. Pakaian yang tidak berlebihan atau tipis dapat mengurangi peningkatan suhu tubuh dan dapat memberikan rasa nyaman pada klien.<br>4. Antipiretik membantu mengontrol peningkatan suhu tubuh.<br>5. Memberikan rasa nyaman pada pasien<br>6. Memperbaiki cairan akibat perspirasi serta febris dan meningkatkan tingkat kenyamanan klien.<br>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 (D.0080) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi gastrointestinal meningkat dengan criteria hasil:<br>a) Nafsu makan meningkat<br>b) Mual menurun<br>c) Muntah menurun<br>d) Nyeri abdomen menurun<br>e) Bising usus membaik               | Observasi<br>1. Monitor tekanan darah<br>2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)<br>3. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman)<br>4. Monitor suhu tubuh<br>5. Monitor oksimetri nadi<br>6. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital<br>Terapeutik                                                                                                                        | Observasi<br>1. Untuk mengetahui tekanan darah pasien<br>2. Untuk mengetahui frekuensi nadi<br>3. Untuk mengetahui frekuensi pernapasan<br>4. Untuk mengetahui suhu tubuh<br>5. Untuk mengetahui kadar oksigen pada darah<br>6. Untuk memberikan penanganan yang tepat<br>Terapeutik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                   |                                                                  |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 7. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien | 7. Untuk mengetahui kondisi pasien secara berkala                |
| 8. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi        | 8. Sebagai hasil pertanggungjawaban perawat kepada pasien        |
| 9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan        | Edukasi                                                          |
| 10. Informasikan hasil pemantauan                 | 9. Keluarga dan pasien mengerti akan tujuan dilakukan pemantauan |
|                                                   | 10. Keluarga dan pasien mengerti kondisi pasien                  |

Tabel 2.2 Rencana Keperawatan Post Operasi *Appendicitis*

| DIAGNOSA               | SLKI                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SIKI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | RASIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| KEPERAWATAN            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 1. Nyeri akut (D.0077) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:<br>a) Keluhan nyeri menurun<br>b) Meringis menurun<br>c) Sikap protektif menurun<br>d) Gelisah menurun<br>e) Kesulitan tidur menurun<br>f) Frekuensi nadi membaik<br>g) Pola napas membaik<br>h) Tekanan darah membaik | Observasi<br>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri<br>2. Identifikasi skala nyeri<br>3. Identifikasi respons nyeri non verbal<br>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri<br>5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup<br>Terapeutik<br>6. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>7. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri<br>8. Fasilitasi istirahat dan tidur<br>9. Pertimbangkan jenis dan nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri<br>Edukasi | Observasi<br>1. Untuk mengetahui sejauh mana tingkat nyeri dan merupakan indikator secara dini untuk dapat memberikan tindakan selanjutnya.<br>2. Untuk mengetahui skala nyeri yang dialami pasien<br>3. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan pasien saat pemulihan<br>4. Untuk mengurangi tingkat nyeri dan membiasakan nyeri<br>5. Untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup<br>Terapeutik<br>6. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien<br>7. Untuk mengurangi faktor resiko yang dapat memperberat nyeri |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            |                                                                                                                                                                                                                                     | 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri<br>11. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri<br>12. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat<br>13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi<br>14. Kolaborasi pemberian analgetik                                                    | 8. Untuk memuaskan dan memenuhi kebutuhan pasien<br>9. Memberikan strategi secara tepat sesuai dengan jenis nyeri yang dialami pasien<br>Edukasi<br>10. Informasi yang tepat dapat menurunkan kecemasan pasien dan menambah pengetahuan pasien tentang nyeri.<br>11. Pasien dapat mengetahui penyebab, karakteristik, dan lokasi nyeri secara mandiri<br>12. Untuk mengurangi rasa nyeri yang diderita pasien<br>13. Nafas dalam dapat menghirup O <sub>2</sub> secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi rasa nyeri<br>Kolaborasi<br>14. Sebagai profilaksis untuk menghilangkan rasa nyeri. |
| 2. Risiko infeksi (D.0143) | Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan infeksi dapat diatasi dengan kriteria hasil:<br><br>a. Demam menurun<br>b. Kemerahan menurun<br>c. Nyeri menurun<br>d. Bengkak menurun<br>e. Kadar sel darah putih membaik | Observasi<br><br>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik<br>Terapeutik<br>2. Batasi jumlah pengunjung<br>3. Berikan perawatan kulit pada area edema<br>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien<br>5. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi<br>Edukasi | Observasi<br><br>1. Dapat mengetahui adanya tanda infeksi<br>Terapeutik<br>2. Mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain.<br>3. Mencegah meluas dan membatasi penyebaran organism infeksi/kontaminasi silang.<br>4. Menurunkan resiko terpajan.<br>5. Menurunkan resiko terpajan.<br>Edukasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi<br>7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar<br>8. Ajarkan etika batuk<br>9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi<br>10. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi<br>11. Anjurkan meningkatkan asupan cairan<br>Kolaborasi<br>12. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu                                                                                                                                                                                                                                                                | 6. Untuk mengidentifikasi infeksi secara dini dengan mandiri<br>7. Untuk mencegah penyebaran kuman<br>8. Untuk mencegah penyebaran kuman<br>9. Untuk mengidentifikasi infeksi pada luka operasi secara mandiri<br>10. Untuk mempercepat proses penyembuhan<br>11. Untuk mempertahankan cairan<br>12. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi |
| 3 | Risiko kerusakan integritas kulit/jaringan (D.0139)<br><br>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi masalah pada kulit dan integritas jaringan dengan kriteria hasil :<br><br>a) Perfusi jaringan meningkat<br>b) Kerusakan jaringan menurun<br>c) Kerusakan lapisan kulit menurun | Observasi<br>1. Monitor karakteristik luka<br>2. Monitor tanda-tanda infeksi<br>Terapeutik<br>3. Lepasakan balutan dan plester secara perlahan<br>4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan<br>5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu<br>6. Pasang balutan sesuai jenis luka<br>7. Pertahankan Teknik streil saat melakukan perawatan luka<br>8. Ganti balutan sesuai dengan eksudat dan drainase<br>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien<br>Edukasi<br>10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi<br>11. Anjurkan mengkonsumsi | Observasi<br>1. Mendeteksi secara dini tanda-tanda infeksi pada bekas jahitan luka<br>2. Mengetahui ada taua tidak tanda-tanda infeksi pada luka bekas jahitan<br>Terapeutik<br>3. Mengurangi tegangan pada jahitan luka bekas operasi<br>4. Mempermudah membuka balutan luka yang lengket<br>5. Pemberian salep yang sesuai dengan jenis luka dapat mempercepat penyembuhan luka dari luar<br>6. Meningkatkan ketepatan drainase<br>7. Meningkatkan penyembuhan dan menghindari infeksi pada luka bekas operasi<br>8. Mencegah terjadinya transmisi infeksi bakteri pada luka jahitan |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                |                                                                                                                                             |                                                          |                                                                                      |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                |                                                                                                                                             | makanan tinggi kalori dan protein                        | 9. Mencegah adanya luka decubitus dan mengembalikan kekuatan otot klien              |
|                                                |                                                                                                                                             | 12. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri       | 10. Keluarga dan klien paham tanda dan gejala infeksi                                |
|                                                |                                                                                                                                             | Kolaborasi                                               | 11. Untuk mempercepat proses penyembuhan luka                                        |
|                                                |                                                                                                                                             | 13. Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu          | 12. Pasien dapat merawat luka secara mandiri                                         |
|                                                |                                                                                                                                             |                                                          | Kolaborasi                                                                           |
|                                                |                                                                                                                                             |                                                          | 13. Mengurangi resiko infeksi                                                        |
| 4. Risiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)    | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan terjadi keseimbangan cairan dan elektrolit dan tidak terjadi hidrasi dengan kriteria hasil: | Observasi                                                | Observasi                                                                            |
|                                                | a) Asupan cairan meningkat                                                                                                                  | 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi                   | 1. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak                                     |
|                                                | b) Haluaran urin meningkat                                                                                                                  | 2. Monitor frekuensi napas                               | 2. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak                                     |
|                                                | c) Kelembaban membran mukosa meningkat                                                                                                      | 3. Monitor tekanan darah                                 | 3. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak                                     |
|                                                | d) Dehidrasi menurun                                                                                                                        | 4. Monitor waktu pengisian kapiler                       | 4. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak                                     |
|                                                | e) Tekanan darah membaik                                                                                                                    | 5. Monitor elastisitas atau turgor kulit                 | 5. Untuk mengetahui adanya tanda syok atau tidak                                     |
|                                                | f) Turgor kulit membaik                                                                                                                     | 6. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urine          | 6. Terjadi keseimbangan antara intake dan output                                     |
|                                                |                                                                                                                                             | 7. Monitor kadar albumin dan protein total               | 7. Untuk mengetahui adanya hemokonsentrasi pada pasien                               |
|                                                |                                                                                                                                             | 8. Monitor intake output cairan                          | 8. Terjadi balance cairan                                                            |
|                                                |                                                                                                                                             | 9. Identifikasi faktor ketidakseimbangan cairan          | 9. Untuk memberikan tindakan yang tepat apabila terjadi ketidaksimbangan cairan      |
|                                                |                                                                                                                                             | 10. Atur interval waktu pemantauan sesuai kondisi pasien | 10. Pengamatan yang baik dapat menghindarkan pada kondisi dehidrasi yang lebih parah |
|                                                |                                                                                                                                             | 11. Dokumentasikan hasil pemantauan                      | 11. Mengetahui status klien                                                          |
| 5. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan                                                                                             | Observasi                                                | Observasi                                                                            |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                             | <p>jalan nafas dapat paten dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Batuk efektif meningkat</p> <p>b) Produksi sputum menurun</p> <p>c) Mengi menurun</p> <p>d) <i>Wheezing</i> menurun</p> <p>e) Frekuensi napas membaik</p> <p>f) Pola napas membaik</p>                                         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas</li> <li>2. Monitor pola napas</li> <li>3. Monitor kemampuan batuk efektif</li> <li>4. Monitor adanya produksi sputum</li> <li>5. Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>7. Auskultasi bunyi napas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</li> <li>9. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol>                                   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui adanya suara nafas tambahan</li> <li>2. Mengetahui adanya suara nafas tambahan</li> <li>3. Meningkatkan kemampuan untuk mengeluarkan secret secara mandiri</li> <li>4. Memastikan adanya sputum di saluran napas</li> <li>5. Sputum yang berlebih dapat menyebabkan obstruksi jalan napas</li> <li>6. Untuk mengetahui kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>7. Untuk mengetahui adanya bunyi nafas tambahan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Untuk mengetahui perkembangan pasien</li> <li>9. Untuk mengetahui focus perawat dan tanggung jawab perawat</li> </ol> |
| 6. Deficit nutrisi (D.0019) | <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nutrisi dapat tercukupi dan tidak terjadi penurunan berat badan dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Porsi makanan dihabiskan</p> <p>b) Berat badan membaik</p> <p>c) Indeks masa tubuh (IMT) membaik</p> <p>d) Frekuensi makan membaik</p> | <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi kaebutuhan kalori dan jenis nutrient</li> <li>4. Monitor asupan makanan</li> <li>5. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>6. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> <li>8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> | <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan</li> <li>2. Untuk mengetahui intoleransi makanan pada klien</li> <li>3. Mempercepat penyembuhan luka dan meningkatkan daya tahan tubuh</li> <li>4. Pemberian makanan tambahan diharapkan dapat menambah nutrisi pada pasien</li> <li>5. Mencegah konstipasi</li> <li>6. Untuk mempercepat proses penyembuhan</li> <li>7. Klien mengetahui nutrisi yang tepat untuk kondisinya saat ini</li> </ol> <p>Edukasi</p>                                                                                                                             |

|                      |                                                                                                                                | kalori dan jenis<br>nutrient yang<br>dibutuhkan, jika<br>perlu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Kolaborasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 8. Mengetahui status<br>intake klien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 7. Ansietas (D.0080) | Setelah dilakukan asuhan keperawatan pasien dapat mengerti tentang penyakit dan pengobatan penyakitnya dengan kriteria hasil : | Observasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Observasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                      |                                                                                                                                | 1. Identifikasi tingkat perubahan<br>2. Monitor tanda-tanda ansietas<br>3. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan<br>4. Pahami situasi yang membuat ansietas<br>5. Dengarkan dengan penuh harapan<br>6. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan<br>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan<br>8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang<br>9. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami<br>10. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis<br>11. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu<br>12. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi<br>13. Latih Teknik relaksasi | 1. Ketakutan dapat terjadi karena nyeri hebat, penting pada prosedur diagnostik dan pembedahan<br>2. Untuk mengetahui ansietas yang diderita klien<br>3. Dapat meringankan ansietas terutama ketika pemeriksaan tersebut melibatkan pembedahan<br>4. Untuk menghindarkan hal yang memperparah ansietas<br>5. Klien merasa nyaman<br>6. Membina hubungan saling percaya<br>7. Membatasi kelemahan, menghemat energy dan meningkatkan kemampuan koping<br>8. Mengurangi kecemasan klien<br>9. Pasien dapat lebih mempersiapkan diri dan merasa tenang<br>10. Pengetahuan pasien bertambah sehingga dapat mengurangi tingkat ansietas yang diderita<br>11. Agar pasien merasa nyaman<br>12. Pasien dapat merasa lebih tenang setelah mengungkapkan perasaannya |

---

13. Nafas dalam dapat menghirup O<sub>2</sub> secara adekuat sehingga otot-otot menjadi relaksasi sehingga dapat mengurangi kecemasan.

---

#### 2.5.4 Implementasi Keperawatan

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

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 information, 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 ideal 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.