

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP MEDIS

1. Pengertian

Menurut Wedjo (2019) Apendisitis yaitu peradangan pada usus buntu yang merupakan penyebab paling umum dari sakit perut akut. Penyakit ini sering terjadi pada pria antara usia 10 sampai 30 tahun, meskipun dapat menyerang semua usia, baik pada pria maupun wanita (Melfiana, 2021). Apendisitis yaitu suatu kondisi di mana usus buntu terinfeksi. Kasus ringan dapat disembuhkan tanpa pengobatan, tetapi seringkali memerlukan pengangkatan usus buntu yang terinfeksi dan laparotomi (Hidayat, 2020).

2. Etiologi

Etiologi dari appendisitis menurut S. Bakhri, 2015 meliputi :

a. Hiperplasi jaringan limfoid.

Istilah medis hipertrofi jaringan limfoid dan hiperplasia limfatik umumnya menyebabkan radang usus buntu pada anak-anak. Kondisi ini biasanya diidentifikasi dengan pemeriksaan lebih lanjut di laboratorium patologi. Pembesaran jaringan limfoid akibat perubahan struktur dinding apendiks dapat menyebabkan inflamasi. Perubahan ini umumnya terkait dengan penyakit radang usus (IBD), infeksi saluran cerna maupun Chorn's disease.

b. Fekalit.

Fekalit/ timbunan tinja yang keras dan menjadi penyebab utama seseorang dapat mengalami radang usus buntu. Keadaan statis / diam secara terus-menerus menyebabkan banyak kuman berkambang biak. Ini menginduksi peradangan di sekitar struktur dan sekum, menyebabkan gejala pada pasien. Secara umum, apendisitis akibat penutupan tinja sering terjadi pada anak-anak dan orang tua. Hal ini dipengaruhi oleh gaya hidup yang sangat sedikit mengonsumsi makanan yang mengandung serat atau membatasi aktivitas fisik.

c. Tumor apendiks

Tumor langka ini terbentuk dibagian bawah saluran pencernaan yang dapat menyebabkan peradangan pada usus buntu. Tumor lebih cenderung menyebabkan peradangan yang mengganggu struktur sekum yang sedang tumbuh.

d. Infeksi parasit.

Infeksi parasit seperti cacing gelang (*Ascaris lumbricoides*), amuba (*Entamoeba histolica*), cacing benang (*Strongiloides stercoralis*), cacing kremi (*enterobiasis*), dan *Blastocystis hominis* merupakan penyebab peradangan pada usus buntu. Biasanya infeksi parasit ditularkan dari hewan maupun cara hidup yang tidak sehat, seperti kurang menjaga kebersihan diri. Adanya infeksi parasit menyebabkan perlukaan atau erosi di lapisan usus buntu, sehingga peradangan dapat terjadi dengan mudah.

e. Makanan rendah serat

Seseorang yang mengkonsumsi sedikit makanan berserat akan mengalami feses yang kering, keras dan kecil yang memerlukan kontraksi otot yang lebih besar untuk mengeluarkannya sehingga menyebabkan konstipasi. Konstipasi menyebabkan terjadinya obstruksi fekalit dalam usus sehingga meningkatkan produksi mukus di saluran pencernaan. Peningkatan tekanan dinding appendiks meningkatkan tekanan kapiler dan menyebabkan iskemia mukosa dan translokasi bakteri menembus dinding appendiks menyebabkan terjadinya inflamasi di appendiks yaitu appendisitis.

f. Konstipasi

Pengerasan tinja (konstipasi) dalam waktu lama, sangat mungkin ada bagiannya yang terselip masuk ke saluran appendiks yang pada akhirnya akan menjadi tempat bakteri bersarang dan berkembang biak, sebagai infeksi. Hal ini akan meningkatkan tekanan intra sekal, sehingga timbul sumbatan fungsional appendiks dan meningkatkan pertumbuhan kuman flora pada kolon. Penyumbatan yang terjadi pada lapisan usus buntu yang menyebabkan infeksi diduga menjadi penyebab usus buntu. Bakteri yang berkembang biak dengan cepat akhirnya menyebabkan appendiks menjadi meradang, bengkak, dan penuh nanah. Bila tidak segera diobati usus buntu bisa pecah (Melfiana, 2021).

3. Manifestasi Klinis

Apendisitis dapat mempengaruhi semua kelompok umur, tetapi sangat jarang pada bayi dan anak kecil, apendisitis akut dapat berkembang

dari waktu ke waktu, membuat diagnosis apendisitis jauh lebih sulit dan terkadang tertunda. Nyeri yaitu gejala pertama yang muncul. Seiring waktu, rasa sakit terlokalisasi di perut kanan bawah. Rasa sakit meningkat seiring perkembangan penyakit. Pada anak-anak retro-apendiks atau intra-panggul, nyeri di sekitar saluran empedu tidak muncul terlebih dahulu dan nyeri dapat terjadi pada hipokondrium kanan. Unilateral, nyeri punggung, dan nyeri testis terkait juga merupakan gejala umum pada anak-anak dengan apendisitis panggul posterior. Jika radang usus buntu terjadi di dekat ureter atau kandung kemih, gejalanya mungkin termasuk rasa sakit ketika buang air kecil atau ketidaknyamanan dengan urin dan kandung kemih penuh. Anoreksia, mual dan muntah ringan, dan diare dapat terjadi akibat infeksi sekunder dan inflamasi ileum terminal atau apendiks. Gejala gastrointestinal yang parah sebelum timbulnya nyeri sering merupakan tanda diagnostik apendisitis.

Menurut Wisanggih 2016 keluhan *Gastrointestinal Trake* ringan seperti perubahan feses dapat terjadi pada anak dengan apendisitis. Pada apendisitis tanpa komplikasi biasanya ringan, jika suhu tubuh sudah diatas $38,6^{\circ}\text{C}$ menandakan terjadi perovikasi. Anak dengan apendisitis, biasanya cenderung untuk berbaring di tempat tidur dengan lutut diflexikan dan menghindari diri untuk bergerak. Anak yang mengeliat dan berteriak jarang menderita apendisitis, kecuali pada anak dengan apendisitis, retrocekal, nyeri seperti kolik renal akibat perangsangan ureter (Finansah & Prastya, 2021).

4. Patofisiologi

Apendisitis dari peradangan hingga tusukan terjadi dalam 24-36 jam setelah timbulnya gejala dan abses terbentuk 2-3 hari kemudian. Apendisitis dapat memiliki beberapa penyebab termasuk obstruksi tinja, batu empedu, tumor, atau cacing kremi (*Oxyurus vermicularis*), tetapi biasanya karena obstruksi tinja dan peradangan berikutnya. Pengamatan epidemiologis menunjukkan penyebab utama adanya obstruksi tinja. Sekitar 30-40% anak dengan perforasi apendiks sedangkan 20% anak dengan apendisitis akut. Kejadian apendisitis berhubungan dengan jumlah jaringan limfoid hiperplastik. Disebabkan oleh reaksi limfatik lokal atau umum seperti infeksi *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella* atau *Entamoeba*, *Strongyloides*, *Enterobius vermicularis*, cairan tubuh dalam darah atau invasi sistemik parasit seperti *shigella*, cacar air, cytomegalovirus, dll. Pasien dengan cystic fibrosis memiliki peningkatan insiden apendisitis karena perubahan kelenjar mukosa. Tumor karsinoid memblokir sekum terutama jika tumor berada di sepertiga proksimal. Lebih dari 200 tahun benda asing seperti biji buah, biji sayuran, dan biji ceri telah dikaitkan dengan radang usus buntu. Trauma, stres psikologis, genetika juga mempengaruhi perkembangan radang usus buntu.

Gejala awal yang dialami pasien biasanya gastrointestinal ringan seperti nafsu makan berkurang, masalah pencernaan, dan konstipasi. Anoreksia berperan penting dalam diagnosis apendisitis pada anak. Massa pelengkap dianggap nyeri di daerah periartikular yang menyebabkan iritasi serabut saraf visceral. Rasa sakit awalnya terlokalisasi di kesepuluh dalam

kulit kusam. Ketegangan menumpuk dapat menyebabkan mual hingga muntah setelah rasa sakit. Jika terjadi mual atau muntah sebelum rasa sakit diagnosis lain dapat dipertimbangkan. Usus buntu yang tersumbat merupakan tempat yang mudah bagi bakteri untuk berkembang biak. Dengan peningkatan tekanan di saluran aliran getah bening terganggu dan edema parah. Akhirnya peningkatan tekanan menyebabkan penutupan vena, iskemia jaringan, infark, dan gangren. Bakteri kemudian menembus penghalang brute force dan melepaskan mediator inflamasi ke dalam jaringan iskemik diikuti oleh demam, takikardia, dan leukositosis.

Ketika eksudat inflamasi dari dinding apendiks berkontak dengan dinding peritoneum, serabut saraf somatik teraktivasi, dan nyeri lokal dirasakan di sekum, terutama pada titik McBurney. Nyeri hanya terjadi pada bagian tanpa nyeri viseral sebelumnya. Apendiks panggul posterior panggul sering tertunda pada nyeri tubuh karena eksudat inflamasi tidak mempengaruhi dinding peritoneum sampai pecah dan infeksi menyebar. Nyeri di bagian belakang usus buntu dapat terjadi di punggung bawah. Apendiks panggul di dekat ureter atau pembuluh darah testis dapat menyebabkan sering buang air kecil, nyeri testis atau keduanya. Pada radang usus buntu, peradangan pada ureter dan kandung kemih dapat menyebabkan rasa sakit ketika buang air kecil yang menyebabkan rasa sakit seperti retensi urin. Perforasi apendiks menyebabkan abses lokal atau peritonitis sistemik. Proses ini tergantung pada tingkat perkembangan perforasi dan kemampuan pasien untuk merespon perforasi.

Tanda- tanda perforasi apendisitis meliputi meningkatnya suhu tubuh di atas 38,6°C, leukositosis di atas 14.000 dan gejala peritonitis pada pemeriksaan fisik. Pasien tidak memperlihatkan perforasi dan gejala dapat bertahan lebih dari 48 jam tanpa perforasi. Secara umum, semakin lama gejala berlangsung, semakin besar risiko perforasi. Peritonitis difus sering terjadi pada bayi karena kurangnya jaringan lemak. Anak-anak yang lebih besar dan remaja lebih mungkin mengembangkan abses yang dapat disebabkan oleh munculnya benjolan pada pemeriksaan fisik. Sembelit jarang terjadi, tetapi ketegangan sering terjadi. Pada anak- anak, diare jangka pendek sering diamati karena iritasi ileum terminal atau sekum. Adanya diare bisa menjadi tanda abses panggul (Warsinggih, 2016).

5. Penatalaksanaan

Adapun pengobatan/penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk radang usus buntu yaitu :

a. Terapi Konservatif

Terapi ini diterapkan untuk pasien yang tidak dapat menerima layanan bedah berupa antibiotik. Mengonsumsi antibiotik dapat membantu mencegah infeksi.

b. Operasi

Sudah jelas telah terdeteksi apendisitis maka tindakan yang dilakukan yaitu operasi pengangkatan apendiks. Operasi pengangkatan usus buntu disebut appendikomi (Wedjo, 2019).

6. Pengertian Anak

Dalam keperawatan anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak usia sekolah merupakan anak yang sedang berada pada periode usia pertengahan yaitu anak yang berusia 6-12 tahun (Molaba, 2016). Sedangkan menurut Yusuf (2017), anak usia sekolah merupakan anak usia 6-12 tahun yang sudah dapat mereaksikan rangsang intelektual atau melaksanakan tugas-tugas belajar yang menuntut kemampuan intelektual atau kemampuan kognitif (seperti: membaca, menulis, dan menghitung) (Prasetyo et al., 2017).

7. Kebutuhan Dasar Anak

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang pada umumnya yaitu kebutuhan biomedis (pendidikan), termasuk nutrisi, pemeliharaan kesehatan, tempat tinggal, sandang yang layak dan lengkap, kebugaran atau rekreasi yang digolongkan sebagai. Hubungan yang erat dan serasi antara kebutuhan emosional, kasih sayang (asih), ibu, ibu pengganti, dan anak usia 1 tahun merupakan pertumbuhan fisik dan mental yang harmonis secara intelektual dan sosial, merupakan syarat mutlak untuk menjamin perkembangan (Molaba, 2016).

Menurut Damayanti (2014), perlunya stimulasi mental (Asah), stimulasi mental yaitu metode perintisan dalam proses belajar anak (Pendidikan dan Pelatihan). Stimulus psikologis ini mengembangkan

perkembangan psikososial metalik seperti kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, agama, dan kepribadian (Molaba, 2016).

8. Tingkat dan Tugas Perkembangan Anak

Menurut Damayanti (2014), tingkat perkembangan pada usia sekolah (6-12 tahun) sesuai dengan karakteristik anak, anak sangat sensitif terhadap rangsangan yang mengancam dirinya. Oleh karena itu, ketika berbicara dan berinteraksi dengan anak usia ini, anda perlu menggunakan bahasa yang dapat dipahami anak dan memberikan pemahaman yang jelas berdasarkan kemampuan kognitifnya. Anak usia sekolah dapat berkomunikasi dengan baik dengan orang dewasa. Kosakata mencakup berbagai kata yang umum digunakan, sekitar 3000 kata, anak-anak memiliki keterampilan berpikir tertentu (Molaba, 2016).

Tugas perkembangan 6-12 tahun meliputi: bagaimana memperoleh kemampuan motorik dan fisik, membentuk sikap yang sehat tentang diri sendiri, bergaul dengan teman sebaya, memainkan peran gender, mengembangkan konsep-konsep penting untuk kehidupan sehari-hari, dan dasar keterampilan. Memperoleh sikap yang sehat terhadap kelompok sosial/ organisasi dengan akademik, etika, dan nilai-nilai (Prasetyo et al., 2017).

9. Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang Anak

Menurut (Putri, 2021) faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu :

a. Heredity

Heredity atau keturunan merupakan faktor internal yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Karakteristik

orang tua diturunkan keanak melalui gen. Keturunan ini mempengaruhi postur tubuh, penampilan fisik, kecerdasan dan bakat.

b. Lingkungan

Lingkungan memiliki peran dalam perkembangan anak. Stimulasi yang diberikan oleh lingkungan berperan dalam capaian tumbuh kembang anak. Faktor lingkungan yang mempengaruhi antara lain : lingkungan fisik, kondisi geografis, lingkungan sosial, dan hubungan dengan keluarga / teman sebaya.

c. Jenis kelamin

Anak laki-laki dan perempuan memiliki pertumbuhan yang berbeda terutama menjelang masa pubertas, perbedaan struktur fisik dan temperamen.

d. Aktivitas dan kesehatan

Aktivitas fisik yang baik membantu meningkatkan kekuatan otot, menambah massa tulang, menjaga kesehatan dan melawan penyakit dengan memperkuat system kekebalan tubuh. Bermain diluar rumah membuat anak terpapar mikroba yang membantu membangun resistensi dan mencegah alergi.

e. Hormon

Hormon memiliki sistem endokrin yang mempengaruhi berbagai fungsi tubuh. Ketidakseimbangan fungsi kelenjar yang mensekresi hormon dapat menyebabkan gangguan pertumbuhan, obesitas, masalah perilaku dan penyakit lainnya.

f. Nutrisi

Ini merupakan faktor penting dalam pertumbuhan dan perkembangan, tubuh membutuhkan nutrisi yang baik dan seimbang untuk membangun dan memperbaiki diri.

g. Keluarga

Keluarga memiliki pengaruh terbesar dalam menentukan bagaimana membesarkan anak dan bagaimana berkembang secara psikologis dan sosial.

h. Pengaruh geografis.

Lingkungan sekolah, tempat tinggal dan masyarakat sekitar mempengaruhi perkembangan sosial anak. Faktor budaya mempengaruhi sikap dan perilaku anak. Faktor cuaca mempengaruhi bentuk ritme tubuh, alergi, dan kondisi anak.

i. Status sosial ekonomi

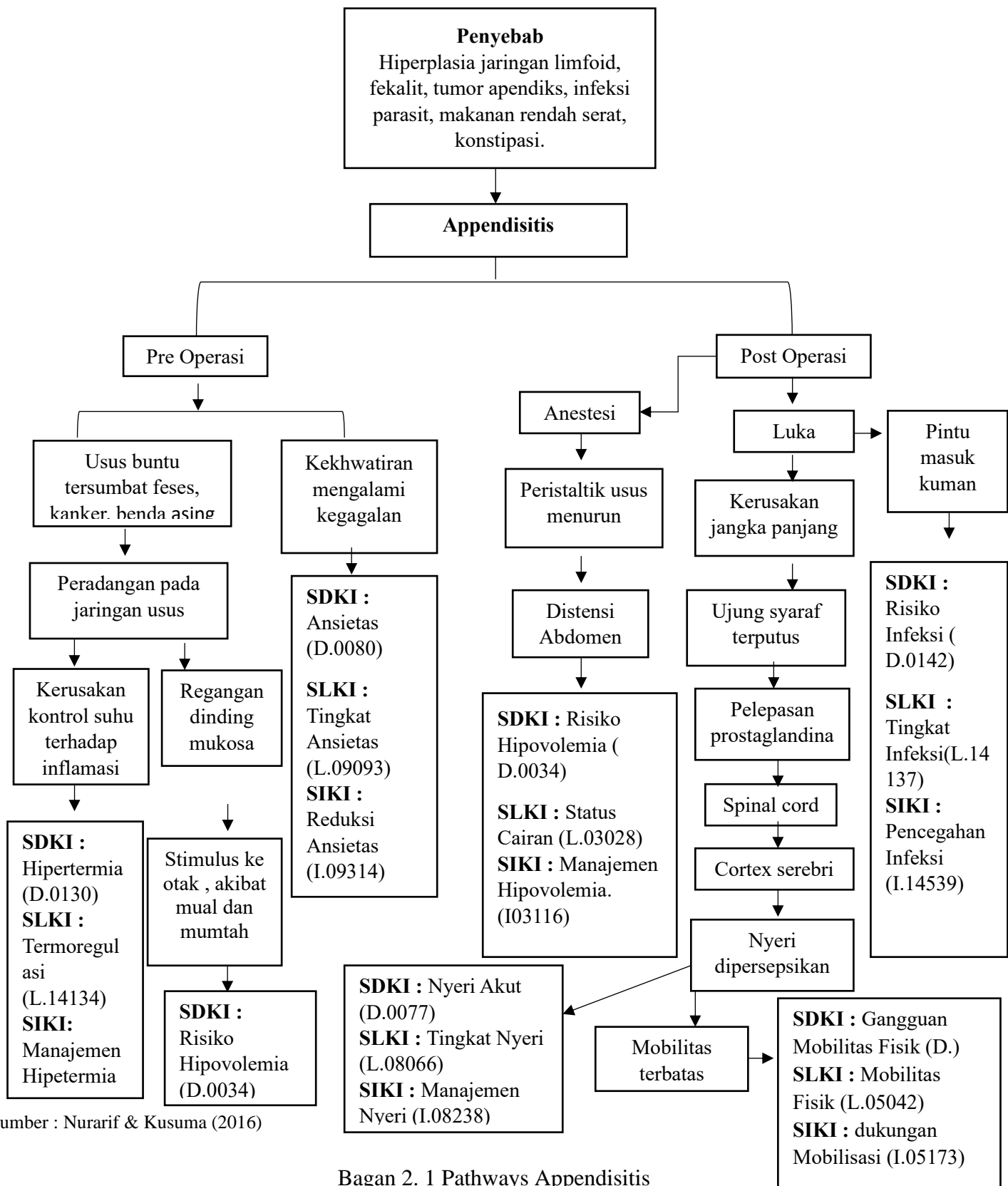
Status ekonomi keluarga mempengaruhi kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan dasar anak.

j. Learning and reinforcement

Pembelajaran tidak hanya di sekolah. Lingkungan sekitar dapat dijadikan pembelajaran bagi anak untuk perkembangan mental, intelektual, emosi dan sosial. Reinforcement merupakan komponen pembelajaran dimana kegiatan atau latihan dilakukan secara berulang dan disempurnakan. Contoh : dalam memainkan alat musik, perlu dilakukan secara berulang (Melfiana, 2021).

B. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pathways



Bagan 2. 1 Pathways Appendisit

2. Pengkajian

Menurut Wedjo (2019) pengkajian adalah langkah awal dalam proses keperawatan. Di sini semua data dikumpulkan secara sistematis untuk menentukan status kesehatan klien. Pengkajian dilakukan secara holistik dengan memperhatikan aspek psikologis, biologis, spiritual klien dan sosial. Tujuan pengkajian yaitu untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar dari klien. Metode utama yang tersedia untuk pengumpulan data adalah observasi, wawancara, diagnosis dan pemeriksaan fisik (Melfiana, 2021).

a. Identitas klien.

Identitas meliputi nama, jenis kelamin, umur, agama, alamat, pendidikan dan suku/bangsa

b. Keluhan yang utam pada anak-anak dengan appendisitis, biasanya disertai oleh mual, demam ringan hilangnya nafsu makan serta muntah dan memiliki keluhan nyeri terasa pada abdomen kuadran bawah.

c. Pemeriksaan fisik

1) Kepala dan rambut

Kaji bentuk kepala, distribusi rambut dan integritas kulit kepala, kaji tentang adanya fototerapi, terdapat lesi atau tidak, kaji adanya pusing, sakit kepala, kehilangan kesadaran.

2) Telinga

Inspeksi telinga bentuk dan warna, palpasi telinga untuk mengetahui adanya nyeri, bengkak, lesi.

3) Hidung

Inspeksi keadaan eksternal hidung, kaji tingkat kepatenan jalan napas, apakah terpasang oksigen, terdapat lesi atau tidak.

4) Rongga mulut dan faring

Inspeksi rongga mulut, adakah lesi, stomatitis, gusi dan gigi, observasi lidah dan langit-langit, lakukan tes reflek batuk.

5) Leher

Inspeksi leher, adakah pembesaran kelenjar tiroid, palpasi nodus limfatik (lokasi, bentuk, ukuran, pergerakan, kesimetrisan, karakteristik permukaan), arteri karotis dan vena jugularis, palpasi trakea.

6) Dada

Jantung (Inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi), paru-paru (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

7) Abdomen

Inspeksi (bentuk, warna), auskultasi (bising usus), perkusi, palpasi (adakah nyeri tekan).

8) Genetalia

Kaji kebersihan daerah genital, adanya luka, tanda infeksi, bila terpasang kateter kaji kebersihan kateter dan adanya tanda infeksi pada area pemasangan kateter, adanya hemoroid.

9) Kulit

Bila terdapat luka maka kaji keadaan luka (kebersihan luka, adanya jahitan, ukuran luka, adanya tanda infeksi pada luka, keadaan balutan luka pucat), turgor kulit, adakah edema..

10) Kuku

Inspeksi ketebalan kuku, tekstur, warna, serta kondisi bagian lateral dan proksimal, palpasi kuku.

d. Pemeriksaan penunjang

1) Laboratorium

Ini termasuk hitung kelengkapan darah dan protein penghasil (CRP). Tes darah menunjukkan jumlah sel darah putih 10.000-18.000/mm² leukositosis dan lebih dari 75% neutrofil, tetapi CRP menunjukkan peningkatan jumlah serum.

2) Radiologi

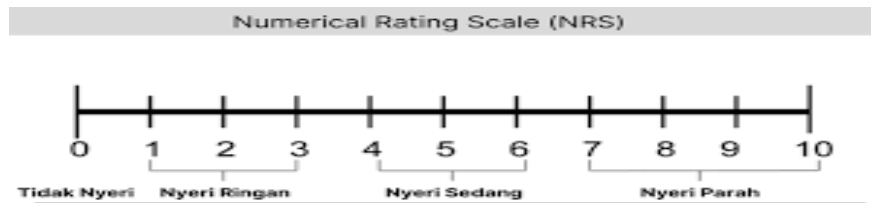
Termasuk ultrasonografi (USG) dan komputer tomography Scanning (CTscan). Ultrasonografi menemukan bagian longitudinal dari apendiks yang meradang, tetapi CT menunjukkan apendiks yang meradang dan bagian apendiks yang melebar. CT Scan pada abdomen untuk mendeteksi apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.

3) Pemeriksaan abdomen singkat

Pemeriksaan ini tidak menunjukkan tanda-tanda apendisitis yang jelas. Namun, penting untuk membedakan penyakit apendisitis dari batu ureter kanan atau obstruksi usus halus.

e. Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale (NRS)*.



Gambar 2. 1 Numeric Rating Scale

3. Diagnosa Keperawatan

Pre Operasi

a. Nyeri Akut (D.0077)

1) Pengertian

Nyeri akut adalah Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan Tanda mayor

Subjektif

(a) Mengeluh nyeri

Objektif

(a) Tampak meringis

(b) Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri)

(c) Gelisah

(d) Frekuensi nadi meningkat

(e) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

(a) Tekanan darah meningkat

(b) Pola napas berubah

(c) Nafsu makan berubah

(d) Proses berpikir terganggu

(e) Menarik diri

(f) Berfokus pada diri sendiri

(g) Diaforesis.

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Kondisi pembedahan

b) Cedera traumatis

c) Infeksi

d) Sindrom koroner akut

e) Glaukoma (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

b. Hipertermi (D.0130)

1) Pengertian

Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.

2) Etiologi

- a) Dehidrasi
- b) Terpapar lingkungan panas
- c) Proses penyakit (mis, infeksi, kanker)
- d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- e) Peningkatan laju metabolisme
- f) Repon trauma
- g) Aktivitas berlebihan
- h) Penggunaan inkubator

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Objektif

- (1) Suhu tubuh diatas nilai normal

b) Gejala dan tanda minor

Objektif

- (1) Kulit merah
- (2) Kejang
- (3) Takikardi
- (4) Takipnea
- (5) Kulit terasa hangat

- 4) Kondisi klinis terkait
 - a) Proses infeksi
 - b) Hipertiroid
 - c) Stroke
 - d) Dehidrasi
 - e) Trauma
 - f) Prematuritas
 - g) Restraint fisik
 - h) Ketiadaan teman tidur
 - i) Tidak familiar dengan peralatan tidur

c. Ansietas (D.0080)

1) Pengertian

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

2) Etiologi

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi sistem keluarga

- h) Hubungan orang tua anak tidak memuaskan
 - i) Faktor keturunan (tempramen mudah teragitasi sejak lahir)
 - j) Penyalagunaan zat
 - k) Terpapar bahaya lingkungan (misal, toksin, polutan dan lain-lain)
 - l) Kurang terpapar informasi
- 3) Manifestasi klinis
- a) Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif
 - (1) Merasa bingung
 - (2) Merasa khawatir dengan akibat
 - (3) Sulit berkonsentrasi
 - Objektif
 - (1) Tampak gelisah
 - (2) Tampak tegang
 - (3) Sulit tidur
 - b) 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) Diaforesis
 - (5) Tremors
 - (6) Muka tampak pucat
 - (7) Suara bergetar
 - (8) Kontak mata buruk
 - (9) Sering berkemih
 - (10) Berorientasi pada masa lalu
- 4) Kondisi klinis terkait
- a) Penyakit kronis
 - b) Penyakit akut
 - c) Hospitalisasi
 - d) Rencana operasi
 - e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
 - f) Penyakit neurologis
 - g) Tahap tumbuh kembang.

Post Operasi

a. Nyeri Akut (D.0077)

1) Pengertian

Nyeri akut adalah Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan

hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma)
- b) Agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- c) Agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3) Manifestasi Klinis

a) 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

b) Gejala dan tanda minor

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) Diaforesis.

4) Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

b. Risiko Hipovolemia (D.0032)

1) Pengertian

Berisiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial dan intraseluler (PPNI, 2016).

2) Etiologi

- a) Kehilangan cairan aktif
- b) Kegagalan mekanisme regulasi
- c) Peningkatan permeabilitas kapiler
- d) Kekurangan intake cairan
- e) Evaporasi

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3) Manifestasi klinis

- a) Merasa lemas

- b) Merasa haus
 - c) Frekuensi nadi meningkat
 - d) Nadi teraba lemah
 - e) Tekanan darah menurun
 - f) Turgor kulit menurun
 - g) Membran mukosa kering
 - h) Volume urine menurun
 - i) Hematokrit meningkat
 - j) Pengisian vena menurun
 - k) Status mental berubah
 - l) Suhu tubuh meningkat
 - m) Konsentrasi urine meningkat
 - n) Berat badan turun tiba-tiba
- 4) Kondisi klinis terkait
- a) Penyakit *addison*
 - b) Trauma atau perdarahan
 - c) Luka bakar
 - d) AIDS
 - e) Muntah
 - f) Diare
 - g) Kolitis ulseratif
 - h) Hipoalbuminemia

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

1) Pengertian

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2) Etiologi

- a) Kerusakan integritas struktur tulang
- b) Perubahan metabolisme
- c) Ketidakbugaran fisik
- d) Penurunan kendali otot
- e) Penurunan massa otot
- f) Penurunan kekuatan otot
- g) Keterlambatan perkembangan
- h) Kekakuan sendi
- i) Kontraktur
- j) Malnutrisi
- k) Gangguan muskuloskeletal
- l) Gangguan neuromuskular

3) Manifestasi klinis

a) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

(1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

(1) Kekuatan otot menurun

(2) Rentang gerak (ROM) menurun

b) Gejala dan tanda minor

Subjektif

- (1) Nyeri saat bergerak
- (2) Enggan melakukan pergerakan
- (3) Merasa cemas saat bergerak

Objektif

- (1) Sendi kaku
- (2) Gerakan tidak terkoordinasi
- (3) Gerakan terbatas
- (4) Fisik lemah

4) Kondisi klinis terkait

- a) Stroke
- b) Cedera medula spinalis
- c) Trauma
- d) Fraktur
- e) Osteoarthritis
- f) Osteomalasia
- g) Keganasan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

d. Risiko Infeksi (D.0142)

1) Pengertian

Risiko infeksi yaitu berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2) Etiologi

- a) Penyakit kronis

- b) Efek prosedur invasif
 - c) Malnutrisi
 - d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
 - e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - (1) Gangguan peristaltik
 - (2) Kerusakan integritas kulit
 - (3) Perubahan sekresi pH
 - (4) Penurunan kerja siliaris
 - f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :
 - (1) Penurunan hemoglobin
 - (2) Imunosupresi
 - (3) Leukopenia
 - (4) Supresi respon inflamasi
 - (5) Vaksinasi tidak adekuat
- 3) Manifestasi klinis
- a) Demam
 - b) Nyeri
 - c) Bengkak
 - d) Kemerahan
 - e) Kadar leukosit tinggi
- 4) Kondisi klinis terkait
- a) AIDS.
 - b) Luka bakar
 - c) Penyakit paru obstruktif

- d) Diabetes melitus
- e) Tindakan invasi
- f) Kondisi penggunaan terapi steroid
- g) Penyalahgunaan obat
- h) Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW).
- i) Kanker
- j) Gagal ginjal
- k) Imunosupresi
- l) Lymphedema
- m) Leukositopenia
- n) Gangguan fungsi hati (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

4. Intervensi Keperawatan

Pre Operasi

a. Hipertermia (D. 0130)

SLKI : Termoregulasi (L.14134)

1) Definisi

Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal.

2) Ekspektasi : Membaik

3) Kriteria Hasil :

Tabel 2. 1 SLKI Termoregulasi

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Menggigil	1	2	3	4	5
Kulit merah	1	2	3	4	5
Kejang	1	2	3	4	5
Akrosianosis	1	2	3	4	5

Konsumsi oksigen	1	2	3	4	5
Piloereksi	1	2	3	4	5
Vasokonstriksi perifer	1	2	3	4	5
Kulit memurata	1	2	3	4	5
Pucat	1	2	3	4	5
Takikardi	1	2	3	4	5
Takipnea	1	2	3	4	5
Bradikardi	1	2	3	4	5
Dasar kuku sianolik	1	2	3	4	5
Hipoksia	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Suhu tubuh	1	2	3	4	5
Suhu kulit	1	2	3	4	5
Kadar glukosa darah	1	2	3	4	5
Pengisian kapiler	1	2	3	4	5
Ventilasi	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Hipertermia (I.15506)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu akibat disfungsi termoregulasi

2) Tindakan

Observasi

(1) Identifikasi penyebab hipertermu

- (2) Monitor suhu tubuh
- (3) Monitor kadar elektrolit
- (4) Monitor haluran urine
- (5) Monitor atau mengganti pakaian yang berkeringat.

Terapeutik

- (1) Sediakan lingkungan yang dingin
- (2) Longgarkan atau mengganti pakaian yang berkeringat
- (3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- (4) Berikan cairan oral
- (5) Ganti linen setiap hari jika mengalami keringat berlebih
- (6) Lakukan pendinginan eksternal misal, selimut hipertermia
- (7) Berikan oksigen jika perlu.

Edukasi

- (1) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian cairan dan cairan elektrolit intravena jika perlu.

b. Risiko Hipovolemia (D.0032)

SLKI : Status Cairan (L.03028)

- 1) Definisi : Kondisi volume cairan intravaskuler, intersisial dan intraseluler.
- 2) Ekspektasi : Membaik
- 3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 2 SLKI Status Cairan

Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
---------	---------------	--------	-----------------	-----------

at					
Kekuatan nadi	1	2	3	4	5
Turgor kulit	1	2	3	4	5
CRT	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Ortopnea	1	2	3	4	5
Dispnea	1	2	3	4	5
Edema anarsarka	1	2	3	4	5
Berat badan	1	2	3	4	5
Perasaan lemah	1	2	3	4	5
Keluhan haus	1	2	3	4	5
Distensi vena jugul:	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Tekanan nadi	1	2	3	4	5
Membran mukosa	1	2	3	4	5
<i>Jugular Venous Pressure</i>	1	2	3	4	5
Kadar HT	1	2	3	4	5
Kadar Hb	1	2	3	4	5

SIKI :**Manajemen Hipovolemia (I.03116)**

- 1) Definisi : mengidentifikasi dan mengelola volume cairan

intervaskuler.

2) Tindakan

Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
- b) Monitr intake dan output cairan

Terapeutik

- a) Hilang kebutuhan cairan
- b) Berikan posisi modified trendelenbrug
- c) Berikan asupan cairan oral

Edukasi

- a) Anjurkan memperbanyak asupan oral
- b) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, Nacl, RL)
- b) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis, glukosa 2,5%, Nacl 0,4%)
- c) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis, albumin)
- d) Kolaborasi pemberian produk darah.

c. Ansietas (D.0090)

SLKI : Tingkat Ansietas (L.09093)

1) Definisi

Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang

tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

2) Ekspektasi : Menurun

3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 3 Tingkat Ansietas

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Verbalisasi kebingungan	1	2	3	4	5
Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi	1	2	3	4	5
Perilaku gelisah	1	2	3	4	5
Perilaku tegang	1	2	3	4	5
Keluhan pusing	1	2	3	4	5
Anoreksia	1	2	3	4	5
Palpitasi	1	2	3	4	5
Frekuensi pernafasan	1	2	3	4	5
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Diaforesis	1	2	3	4	5
Tremor	1	2	3	4	5
Pucat	1	2	3	4	5
k	Memburu	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Konsentrasi	1	2	3	4	5

Pola tidur	1	2	3	4	5
Perasaan keberdayaan	1	2	3	4	5
Kontak mata	1	2	3	4	5
Pola berkem ih	1	2	3	4	5
Orientasi	1	2	3	4	5

SIKI : Reduksi Ansietas (I.0080)

1) Definisi

Reduksi ansietas adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk meminimalkan kondisi individu dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan Tindakan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2018).

2) Tindakan

Observasi

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah
- b) Pidentifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda-tanda ansietas

Terpautik

- a) Ciptakan suasana terapeutik untuk menimbulkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan jika menginginkan
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas

- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

Edukasi

- a) Jelaskan prosedur dan termasuk sensasi yang dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis.
- c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- d) Latih kegiatan untuk pengalihan kecemasan
- e) Latih teknik relaksasi.

Post Operasi

a. Nyeri Akut (D.0077)

SLKI : Tingkat Nyeri (L.08066)

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (PPNI, 2018).

2) Ekspektasi : Menurun

3) Kriteria Hasil

Tabel 2. 4 SLKI Tingkat Nyeri

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Keluhan nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5

Sikap protektif	1	2	3	4	5
Gelisah	1	2	3	4	5
Kesulitan tidur	1	2	3	4	5
Berfokus pada diri sendiri	1	2	3	4	5
Mual	1	2	3	4	5

	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Fungsi berkemih	1	2	3	4	5
Pola tidur	1	2	3	4	5

SIKI : Manajemen Nyeri (I.08238)

1) Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan (PPNI, 2018)

2) Tindakan

Observasi

- a) Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- b) Identitas skala nyeri
- c) Identitas respon nyeri non verbal
- d) Identitas faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- e) Identitas pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Terpautik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik majinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, distraksi, relaksasi (genggam jari, benson)
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruang, pencahayaan, kebisingan).
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

Edukasi

- a) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu

b. Risiko Hipovolemia (D.0032)

SLKI : Status Cairan (L.03028)

- 4) Definisi : Kondisi volume cairan intravaskuler, intersisial dan intraseluler.
- 5) Ekspektasi : Membaik

6) Kriteria Hasil

Tabel 2. 5 SLKI Status Cairan

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kekuatan nadi	1	2	3	4	5
Turgor kulit	1	2	3	4	5
CRT	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Ortopnea	1	2	3	4	5
Dispnea	1	2	3	4	5
Edema anarsarka	1	2	3	4	5
Berat badan	1	2	3	4	5
Perasaan lemal	1	2	3	4	5
Keluhan haus	1	2	3	4	5
Distensi vena jugular	1	2	3	4	5
	Memburuk	Cukup memburuk	Sedang	Cukup membaik	Membaik
Frekuensi nadi	1	2	3	4	5
Tekanan darah	1	2	3	4	5
Tekanan nadi	1	2	3	4	5
Membran mukosa	1	2	3	4	5
<i>Jugular Venous Pressure</i>	1	2	3	4	5
Kadar HT	1	2	3	4	5
Kadar Hb	1	2	3	4	5

SIKI :**Manajemen Hipovolemia (I.03116)**

1) Definisi : mengidentifikasi dan mengelola volume cairan intervaskuler.

2) Tindakan

Observasi

- a) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah)
- b) Monitr intake dan output cairan

Terapeutik

- a) Hilang kebutuhan cairan
- b) Berikan posisi modified trendelenbrug
- c) Berikan asupan cairan oral

Edukasi

- a) Anjurkan memperbanyak asupan oral
- b) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis, Nacl, RL)
- b) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis, glukosa 2,5%, Nacl 0,4%)
- c) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis, albumin)
- d) Kolaborasi pemberian produk darah.

Manajemen Nutrisi (I.03119)

1) Definisi : mengidentifikasi dan mengola nutrisi secara seimbang.

2) Tindakan

Observasi

- a) Identifikasi status nutrisi
- b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- c) Identifikasi makanan yang disukai
- d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- e) Monitor asupan makanan
- f) Monitor berat badan
- g) Monitor hasil pemeriksaan lab

Terapeutik

- a) Lakukan oral hygien fasilitasi menentukan pedoman diet
- b) Berikan makanan secara menarik dan sushu yang sesuai
- c) Berikan makanan tinggi serat
- d) Berikan makanan tinggi kalori
- e) Berikan suplemen makanan jika perlu

Edukasi

- a) Anjurkan posisi duduk
- b) Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebeleum makan
- b) Kolaborasi dengan ahli gisi untuk menentukan diet.

c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

SLKI : Mobilitas Fisik (L.05042)

- 1) Definisi : kemampuan dalam menggerakkan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
- 2) Ekspektasi : Meningkatkan
- 3) Kriteria hasil

Tabel 2. 6 SLKI Mobilitas Fisik

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat
Pergerakan ekstremitas	1	2	3	4	5
Kekuatan otot	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan fisik	1	2	3	4	5

SIKI : Dukungan Mobilisasi (L.05042)

- 1) Definisi : memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik.
- 2) Tindakan
 - Observasi
 - a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 - c) Monitor tekanan jantung
 - d) Monitor kondidi umum selama melakukan mobilisasi
 - Terapeutik

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- b) Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu
- c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan

Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- b) Anjurkan melakukan mobilisasi
- c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan pada duduk di tempat tidur.

d. Risiko Infeksi (D.0032)

SLKI : Tingkat Infeksi (L.14137)

- 1) Definisi : Derajat infeksi berdasarkan observasi atau sumber informasi.
- 2) Ekspektasi : Menurun
- 3) Kriteria Hasil :

Tabel 2. 7 SLKI Tingkat Infeksi

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Kebersihan badan	1	2	3	4	5
Kebersihan tangan	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Demam	1	2	3	4	5
Kemerahan	1	2	3	4	5
Nyeri	1	2	3	4	5
Bengkak	1	2	3	4	5

SIKI : Pencegahan Infeksi (I.14539)

1) Definisi : mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik

2) Tindakan

Observasi

a) Monitor gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

a) Batasi jumlah pengunjung

b) Berikan perawatan kulit pada daerah edema

c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

d) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

b) Ajarkan cara memeriksa luka

c) Anjurkan meningkatkan cairan

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

5. Implementasi Keperawatan

a. Nyeri akut

- 1) Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri.
- 2) Mengidentifikasi skala nyeri
- 3) Mengidentifikasi respon nyeri non verbal

- 4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat nyeri
- 5) Mengajarkan dan membimbing teknik relaksasi napas dalam
- 6) Memberikan injeksi ketorolac 30 mg, ranitidine 50 mg, ceftriaxone 1 gram.
- 7) Memeriksa tand-tanda vital.

b. Risiko Hipovolemia

- 1) Mengidentifikasi tanda dan gejala hipovolemia.
- 2) Memberikan pasien diit sesuai kolaborasi gizi
- 3) Mempertahankan pemberian infus NaCl 0,9%.

c. Gangguan mobilitasi fisik

- 1) Mengidentifikasi nyeri dan keluhan lainnya
- 2) Mengedukasi pasien pentingnya mobilisasi dini
- 3) Mengajari pasien mobilisasi sederhana mika-miki
- 4) Membantu pasien mobilisasi dini (mika-miki)
- 5) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien melakukan pergerakan
- 6) Mengedukasi pasien dan keluarga untuk pasien latihan mobilisasi dini mika-miki, duduk dibad, duduk dsamping bad, berdiri di samping bad, dan berjalan secara bertahap.

d. Risiko Infeksi

- 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- 2) Batasi jumlah pengunjung, berikan perawatan kulit pada area edema

- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

6. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- a. S : keluhan secara subjektif yang dirasakan pasien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan
- b. O : keadaan objektif pasien yang dapat dilihat oleh perawat
- c. A : setelah diketahui respon subjektif dan objektif kemudian dianalisis

oleh perawat meliputi masalah teratasi (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku sesuai dengan kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah teratasi sebagian (perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku hanya sebagian dari kriteria pencapaian yang sudah ditetapkan), masalah belum teratasi (sama sekali tidak menunjukkan perkembangan kesehatan dan perubahan perilaku atau bahkan muncul masalah baru).

- d. P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

C. *EVIDENCE BASE PRACTICE (EBP)*

1. Definisi Relaksasi Napas Dalam

Menurut Asman 2019 Teknik pernapasan relaksasi adalah tindakan asuhan keperawatan, dimana perawat mengajarkan pada pasien cara melakukan teknik napas dalam/ pernapasan secara perlahan (tahan inspirasi secara maksimal) dan menghembuskan napas secara perlahan (Sari et al., 2021)

2. Tujuan Relaksasi Napas Dalam

Mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, mengurangi kecemasan, menurunkan nyeri.

3. Prosedur Relaksasi Napas Dalam

- a. Mengucap basmallah
- b. Mencuci tangan
- c. Mencaga privasi pasien

- d. Meminta pasien meletakkan satu tangan di dada dan satu tangan di abdomen
- e. Melatih pasien melakukan nafas perut (menarik nafas dalam melalui hidung hingga 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup
- f. Meminta pasien merasakan pengembangan abdomen
- g. Meminta pasien menahan nafas hingga 3 hitungan
- h. Meminta pasien menghembuskan nafas perlahan dalam 3 hitungan lewat mulut bibir seperti meniup
- i. Meminta pasien merasakan mengepisnya abdomen dan kontraksi dari otot
- j. Menjelaskan pada pasien untuk melakukan latihan ini jika nyeri timbul
- k. Merapikan pasien
- l. Mencuci tangan

4. Artikel dan Jurnal Pendukung

Tabel 2. 8 Jurnal Pendukung

No.	Penulis (Tahun)	Judul	Jenis dan Desain Penelitian	Variabel Penelitian dan Populasi	Analisa Data	Hasil Penelitian
1	Mayasyanti Dewi Amir, Poppi Nuraeni (2018)	Pengaruh Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operatif Appendectomy Di Ruang Nyi Ageng Serang RSUD Sekarwangi	Jenis penelitian ini adalah <i>experiment research</i> untuk mengetahui gejala atau pengaruh setelah diberikan perlakuan.	<i>Variable Independent</i> yaitu relaksasi napas dalam. <i>Variable dependent</i> yaitu Intensitas nyeri. Populasi penelitian ini adalah semua pasien post operatif <i>appendectomy</i> di ruang nyi ageng Serang RSUD Sekarwangi. Cara pengambilan sampel dengan <i>Accidental sampling</i> , jumlah sampel sebanyak 17 orang.	Analisis data menggunakan uji <i>wilcoxon</i>	Hasil penelitian didapatkan bahwa 17 orang sebelum dilakukan relaksasi napas dalam skala nyeri 5.00 dan sesudah diberikan relaksasi napas dalam skala nyeri 3.00 berdasarkan hasil uji <i>wilcoxon</i> bahwa ada pengaruh relaksasi napas dalam terhadap intensitas nyeri pada pasien post operatif <i>appendectomy</i> dengan

						nilai p = 0.000 (p<0.05)
2	Rudi Hamarno, Maria Diah C.T, M. Hisbulloh H (2017)	Deep Breathing Exercise (DBE) Dan Tingkat Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi	Metode penelitian menggunakan metode penelitian quasi eksperimen non akuivalent control grup dengan kelompok kontrol.	<p><i>Variable Independen</i> yaitu Deep Breathing Exercise.</p> <p><i>Variable Dependent</i> yaitu Tingkat intensitas nyeri.</p> <p>Populasi dalam penelitian yaitu pasien post operasi laparotomi .</p> <p>Sampel dalam penelitian ini sebanyak 34 responden</p>	Analisis data menggunakan uji <i>Mann Whitney</i>	Penelitian ini menunjukkan bahwa intensitas nyeri pada pasien post operasi laparotomi di RS. Lavalette Kota Malang sebelum dan setelah dilakukan teknik relaksasi deep breathing exercise (pre) rata-rata skala nyeri 4.8 dan (post) rata-rata skala nyeri 3.3, ada perbedaan pengaruh teknik relaksasi deep breathing exercise

						terhadap perubahan intensitas nyeri pasien pada kelompok kontrol dan perlakuan post operasi laparatomi di RS. Lavalette Kota Malang (p=0,00)
3	Fauziah Botuthie, Dwi Esti Handayani, Aswan (2022)	Efektifitas Penerapan Teknik Relaksasi Napas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Op Appendisit is	t dengan rancangan penelitian two group comparison pretest-posttest design	<i>Variable Independent</i> yaitu relaksasi napas dalam <i>Variable dependent</i> yaitu Intensitas nyeri. Populasi penelitian ini adalah pasien <i>post op appendisit is</i> Sampel dalam penelitian ini	Analisis menggunakan uji <i>paired test</i>	Hasil penelitian didapatkan nilai t hitung dari masing-masing intervensi $> t$ tabel = 1,761, begitu pula nilai $p < \alpha = 0,05$, yang berarti ada perbedaan yang signifikan antara intensitas nyeri postop apendisitis sebelum dan sesudah

				sebanyak 40 responden .		intervensi. Sedangkan hasil korelasi relaksasi napas dalam adalah 0,633 menunjuk kan bahwa korelasi relaksasi napas dalam terhadap penurunan intensitas nyeri postop apendisitis sangat kuat.
--	--	--	--	----------------------------------	--	---