

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Pengertian

Apendisitis adalah radang pada usus buntu atau dalam bahasa latinnya *appendiks vermiformis*, yaitu suatu organ yang berbentuk memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama *sekum* yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya, 2017).

Apendisitis merupakan keadaan inflamasi dan obstruksi pada *vermiformis*. *Apendisitis* adalah inflamasi saluran usus yang tersembunyi dan kecil yang berukuran sekitar 4 inci yang buntu pada ujung *sekum* (Saihaan, Habeahan, Zalukhu & Ginting, 2021)

Apendisitis merupakan keadaan inflamasi dan obstruksi pada *appendiks vermiformis*. *Appendiks vermiformis* yang disebut dengan umbai cacing atau lebih dikenal dengan nama usus buntu, merupakan kantung kecil yang buntu dan melekat pada *sekum* (Kementerian Kesehatan, 2022).

Merujuk pada tiga hal tersebut penulis dapat menyimpulkan *Apendisitis* adalah inflamasi dan obstruksi pada *appendiks vermiformis* yang disebut umbai cacing atau usus buntu yang tersembunyi berukuran kecil dan melekat pada ujung *sektum*.

2. Etiologi

Appendisitis disebabkan karena adanya obstruksi pada lumen *appendiks* sehingga terjadi *kongesti vaskuler, iskemik nekrosis* dan akibatnya terjadi infeksi. *Appendisitis* umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Penyebab obstruksi yang paling sering adalah *fecolith*. *Fecolith* ditemukan pada sekitar 20% kasus dengan *Appendisitis*. Penyebab lain dari obstruksi *appendiks* meliputi:

- a. *Hiperplasia folikel lymphoid Carcinoid* atau tumor lainnya merupakan penyebab terbanyak
- b. Benda asing seperti biji bijian
- c. *Ulserasi mukosa appendiks* oleh parasit *E. histolytica*.
- d. *Striktura lumen* karena *fibrosa* akibat peradangan sebelumnya
- e. Infeksi kuman dari kolon yang paling sering adalah *E-coli* dan *streptococcus*.

Selain itu *apendisitis* juga bisa disebabkan oleh kebiasaan makan makanan rendah serat sehingga dapat terjadi *konstipasi*. Konstipasi akan menaikkan tekanan *intrasekal* yang mengakibatkan terjadinya sumbatan fungsional *apendiks* dan meningkatnya pertumbuhan kuman *flora kolon* (Kheru, Sudiadnyani & Lestari 2022).

3. Manifestasi Klinis

Klien yang dilakukan tindakan *apendiktomi* akan muncul berbagai manifestasi klinis antara lain (Wijaya & Putri, 2013) :

- a. Mual dan muntah
- b. Perubahan tanda-tanda vital

- c. Nafsu makan menurun
 - d. Nyeri tekan pada luka operasi
 - e. Gangguan integritas kulit
 - f. Kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri
 - g. Demam tidak terlalu tinggi
 - h. Biasanya terdapat *konstipasi* dan terkadang mengalami diare
4. Patofisiologi

Appendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan *lumen apendiks* oleh *hiperplasia folikel limfoid*, *fekalit*, benda asing, striktur karena *fibrosis* akibat peradangan sebelumnya, atau *neoplasma*. *Obstruksi* tersebut membuat mukus yang menyebabkan mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding *apendiks* mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan penekanan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran *limfe* yang mengakibatkan *edema*, *diapedesis* bakteri, dan *ulserasi mukosa*. Pada saat inilah terjadi *appendisitis* akut yang ditandai oleh nyeri *epigastrium*. Apabila *sekresi mukus* terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan *obstruksi vena*, *edema* bertambah, dan bakteri akan menembus dinding.

Peradangan yang timbul meluas dan mengenai *peritoneum* setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan *appendisitis supuratif* akut. Kemudian apabila aliran *arteri* terganggu akan terjadi *infark* dinding *apendiks* yang diikuti dengan *gangren*. Stadium ini disebut dengan *appendisitis gangrenosa*. Selain itu,

dinding yang telah rapuh itu pecah, akan terjadi *appendicitis perforasi*. Jika semua proses diatas berjalan lambat, *omentum* dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah *apendiks* hingga timbul suatu massa lokal yang disebut *infiltrate apendikularis*. Peradangan *apendiks* tersebut dapat menjadi *abses* atau menghilang. Pada anak-anak, karena *omentum* lebih pendek dan *apendiks* lebih panjang, dinding *apendiks* lebih tipis. Apabila keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang akan memudahkan terjadinya *perforasi*. Sedangkan pada orang tua *perforasi* mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Muttaqin dan Sari, 2013).

5. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis *apendiktomi* diantaranya (Muttaqin dan Sari, 2013)

a. Sebelum operasi

- 1) Pemasangan kateter untuk kontrol produksi urine
- 2) Rehidrasi
- 3) Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi intravena
- 4) Obat-obatan penurun panas, *phenergan* sebagai anti menggigil, *largaktil* untuk membuka pembuluh darah perifer diberikan setelah rehidrasi tercapai
- 5) Bila demam, harus diturunkan sebelum diberi anestesi

b. Operasi

- 1) *Appendiktomi*
- 2) *Apendiks* dibuang, jika *apendiks* mengalami *reformasi* bebas maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika

- 3) *Abses apendiks* diobati dengan antibiotika IV, masa-masanya mungkin mengecil atau *abses* memerlukan *drainase* dalam jangka waktu beberapa hari, *appendiktomi* dilakukan bila abses dilakukan operasi elektif sesudah 6 minggu atau 4 bulan

c. Pasca Operasi

- 1) Observasi TTV
- 2) Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah
- 3) Baringkan pasien dengan posisi semi fowler
- 4) Pasien dikatakan baik apabila 12 jam tidak terjadi gangguan selama pasien dipuasakan
- 5) Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada *refortas*, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus normal kembali
- 6) Berikan minum 15 ml/jam selama 4-5 jam lalu naikan menjadi 30ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak
- 7) Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk tegak di tempat tidur selama 3 x 30 menit
- 8) Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk di luar kamar
- 9) Pada hari ke-7 jahitan pasien dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang

B. Konsep Teori Masalah Keperawatan Nyeri

1. Pengertian

Rasa nyaman berupa terbebas dari rasa yang tidak menyenangkan adalah suatu kebutuhan individu. Nyeri merupakan perasaan yang tidak menyenangkan yang terkadang dialami individu. Kebutuhan terbebas dari rasa nyeri itu merupakan salah satu kebutuhan dasar yang merupakan tujuan diberikannya asuhan keperawatan pada seorang pasien di rumah sakit (Perry & Potter, 2009).

Menurut PPNI (2017) 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 dari 3 bulan.

a. Penyebab

Menurut PPNI (2017) ada beberapa penyebab masalah keperawatan Nyeri akut :

- 1) Agen pencedera fisiologis (misalnya, inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (misalnya terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

b. Tanda dan Gejala

Gejala dan tanda menurut PPNI (2017) adalah sebagai berikut:

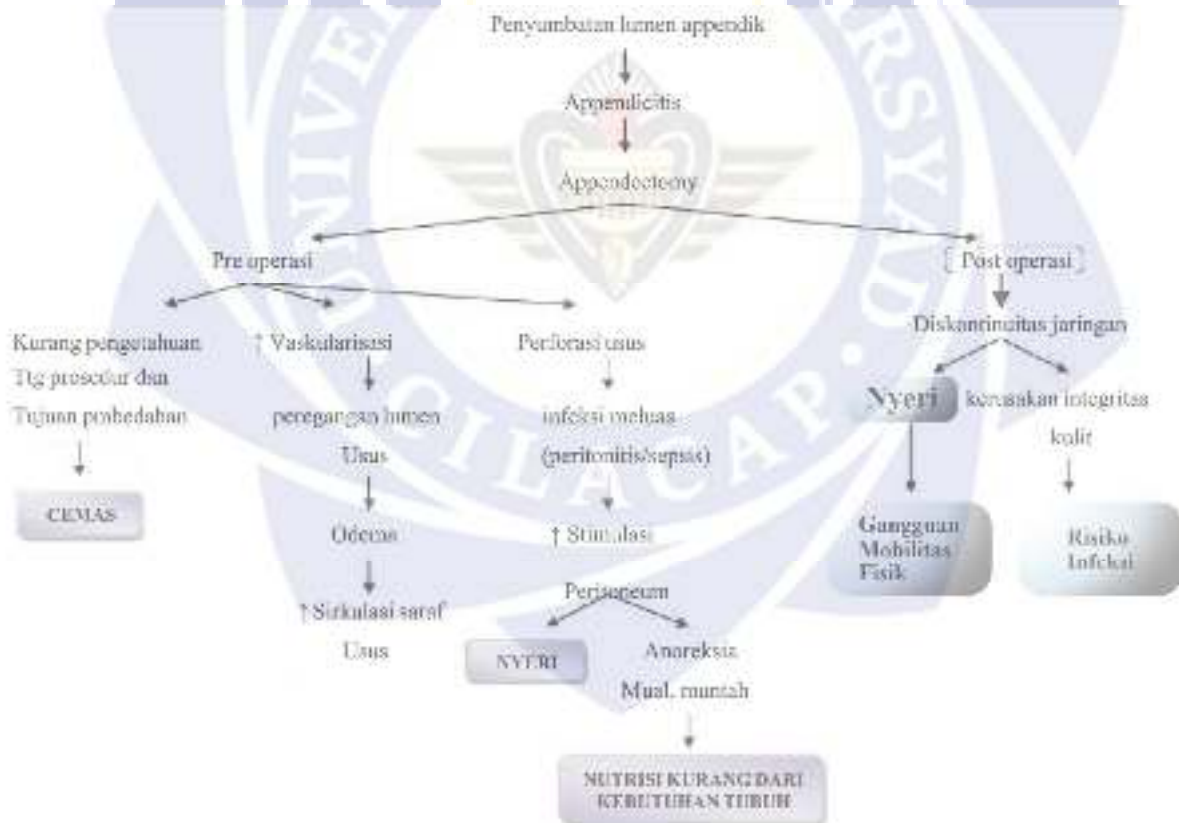
- 1) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : pasien mengeluh nyeri
- b) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif : tidak tersedia
- b) Objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis.

c. Pathways



Gambar 2.1. Pathways *Appendiktomi*

d. Penatalaksanaan

Nyeri dapat diatasi dengan penatalaksanaan nyeri yang bertujuan untuk meringankan atau mengurangi rasa nyeri sampai tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh klien. Manajemen nyeri *post* meliputi pemberian terapi *farmakologi* dan terapi *nonfarmakologi* berupa intervensi perilaku *kognitif* seperti teknik relaksasi, terapi musik, *imagery* dan *biofeedback*, namun begitu banyak aktivitas keperawatan *non farmakologis* yang dapat membantu dan menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2011).

Pada kasus nyeri yang dialami *post appendiktomi* dalam tehnik *non farmakologi* penanganan nyeri yang biasa digunakan yaitu :

1) *Distraksi*

Distraksi adalah pengalihan dari fokus perhatian terhadap nyeri ke stimulus yang lain. Teknik *distraksi* dapat mengatasi nyeri berdasarkan teori bahwa aktivitas *retikuler* menghambat stimulus nyeri, jika seorang menerima input sensori yang berlebihan dapat menyebabkan terhambatnya *impuls* nyeri ke otak. Stimulus yang menyenangkan dari luar dapat juga merangsang sekresi *endorphin*, sehingga stimulus nyeri dirasakan oleh klien menjadi berkurang. Pereda nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif individu, banyaknya modalitas sensori yang digunakan dan minat individu dalam stimulasi. Oleh karena itu, stimulasi penglihatan, pendengaran, dan sentuhan

mungkin akan lebih efektif dalam menurunkan nyeri dibanding stimulasi satu indera saja.

2) *Relaksasi*

Terapi genggam jari dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan fisik dan emosi yang mendukung rasa nyeri. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri pre maupun pasca operasi. Teknik relaksasi ini perlu diajarkan beberapa kali agar mencapai hasil yang optimal. Klien yang telah mengetahui teknik ini mungkin hanya perlu diinstruksikan menggunakan teknik relaksasi untuk menurunkan atau mencegah meningkatnya nyeri.

C. Asuhan Keperawatan berdasarkan teori

Konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan catatan penting tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat.

Tujuan dari dokumentasi pada intinya untuk mendapatkan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan. Dikenal dua jenis data pada pengkajian yaitu data *obyektif* dan *subyektif*. Perawat perlu memahami metode memperoleh data. Dalam memperoleh data tidak jarang terdapat

masalah yang perlu diantisipasi oleh perawat. Data hasil pengkajian perlu didokumentasikan dengan baik (Yustiana & Ghofur, 2016). Pengkajian data dasar pada *appendik* antara lain. (Diyono, 2010) :

a) Data Identitas

1) Identitas Klien

Identitas pasien meliputi pengkajian nama, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, tanggal/rencana operasi, nomer rekam medik, diagnose medis, dan alamat.

2) Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan pekerjaan, hubungan dengan pasien dan alamat.

b) Keluhan Utama

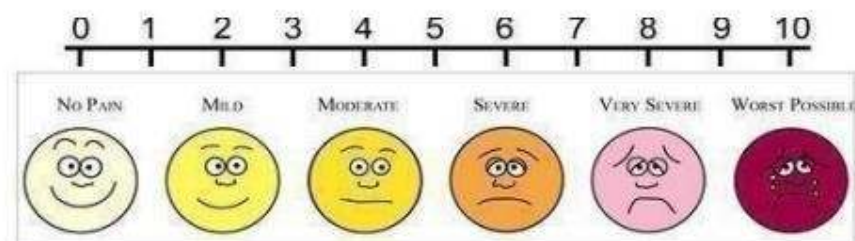
Keluhan utama yang dirasakan pasien *post appendik* nyeri daerah luka operasi pada sekitar *abdomen kuadran* kanan bawah disertai terdapatnya balutan luka di daerah luka operasi. Dimana nyeri yang dirasakan terus menerus atau hilang timbul disertai mual muntah (Tetty, 2015).

c) Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan saat dikaji pada pasien *post appendik* yang timbul antara lain nyeri, lemas, pusing, mual, dan kembung, pada pasien *post appendik* akan mengeluh nyeri pada bekas operasi. Nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk pada area operasi dan sangat jarang terjadi penyebaran kecuali jika ada komplikasi. Skala nyeri hebat pada 2 jam pertama pasca operasi dikarenakan pengaruh obat anestesi hilang, nyeri hilang timbul/menetap sepanjang hari. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri klien pengkajian meliputi (P,Q,R,S,T):

- 1) *Provoking Incident*: apakah ada peristiwa yang menjadi yang menjadi faktor presipitasi nyeri.
- 2) *Quality of Pain*: seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan klien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk.
- 3) *Region*: radiation, relief: apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
- 4) *Severity (Scale) of Pain*: seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan klien, bisa berdasarkan skala nyeri atau klien menerangkan seberapa jauh rasa sakit mempengaruhi kemampuan fungsinya.

Gejala subyektif :



Gambar 2.2: Skala Nyeri

5) *Time*: berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari.

d) Riwayat Penyakit Dahulu

Dalam riwayat kesehatan dahulu yang terpenting untuk dikaji adalah penyakit sistemik seperti, *diabetes melitus*, *hipertensi*, *tuberculosis*, dan sebagai bahan timbangan untuk sarana pengkajian *preoperatif*.

e) Riwayat Penyakit Keluarga

Appendisitis tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor *predisposisi* didalam rumah.

f) Riwayat Psikososial

Merupakan respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

g) Pola fungsi kesehatan

Pada aspek ini pengkajian aktivitas sehari-hari meliputi pola nutrisi, pola *eliminasi*, istirahat tidur, pola *personal hygiene*, dan aktivitas saat di rumah maupun di rumah sakit (Qiemas 2020).

1) Pola Nutrisi

Pada aspek ini dikaji mengenai makan dan minuman pasien saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji frekuensi makan dan minum, jenis makanan dan minuman, porsi makanan,

jumlah minuman dan keluhan yang dialami. Untuk pasien *post appendiktomi* keluhan yang sering muncul seperti mual dan muntah, nafsu makan buruk atau *anoreksia*.

2) Pola Eliminasi

Pada aspek ini dikaji mengenai BAB dan BAK pasien saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan eliminasi dan keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK. Pada pasien *post appendiktomi* keluhan yang biasanya muncul pada pola eliminasi biasanya ditemukan ketidakmampuan *defekasi* dan *flatus*.

3) Istirahat Tidur

Pada aspek ini dikaji mengenai kebutuhan istirahat dan tidur saat dirumah maupun dirumah sakit, dengan mengkaji kuantitas tidur siang maupun malam dan keluhan tidur yang dialami. Pada pasien *post appendiktomi* biasanya pasien mengalami gangguan tidur karena nyeri.

4) Pola Personal Hygiene

Pada pasien *post appendiktomi* biasanya pasien tidak dapat melakukan *personal hygiene*

5) Pola Aktivitas

Pada aspek ini dikaji mengenai kegiatan aktivitas yang dilakukan di lingkungan keluarga dan di rumah sakit, dilakukan secara mandiri atau tergantung. Pada pasien *post appendiktomi* biasanya pasien mengalami keterbatasan gerak.

h) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan persistem menurut Nurohimah, (2020).

1) Keadaan Umum

Biasanya pada pasien *post appendiktomi* keadaan umum pasien lemah, kesadaran dapat dikaji dengan tingkat kesadaran secara kualitatif *glasgow coma scale* (GCS), serta dikaji tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan)

2) Sistem Pernafasan

Pada pasien *post appendiktomi* biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan hal ini merupakan salah satu dampak akibat dari nyeri luka operasi.

3) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi dan palpasi: mengamati adanya *pulsasi* dan *iktus cordis*. *Perkusi*: meliputi batas-batas jantung, *Auskultasi*: irama reguler/ireguler, kualitas, ada/tidaknya bunyi tambahan pada jantung.

4) Sistem Pencernaan

Inspeksi : biasanya terdapat luka *post appendiktomi* di *right abdomen region* panjang 4 cm dan terletak di titik *mcburney*.
Auskultasi : Pada pasien *post appendiktomi* biasanya sering terjadi ada/tidaknya *peristaltik usus* dan penurunan bising usus. *Perkusi* : Pada pasien *post appendiktomi* biasanya terdapat *distensi abdomen*.

Palpasi : Pada pasien *post appendiktomi* teraba massa, terdapat nyeri tekan pada daerah operasi.

5) Sistem Perkemihan

Kaji pengeluaran urine terdapat nyeri pada waktu miksi atau tidak, biasanya pada pasien *post appendiktomi* tidak terjadi perubahan warna urine pada pasien menjadi lebih gelap/pekat

6) Sistem Persyarafan

Kaji tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS dan dikaji semua fungsi 12 *nervus saraf cranial*. Pada pasien *post appendiktomi* biasanya tidak ada kelainan pada sistem persyarafan

7) Sistem Penglihatan

Pada pasien *post appendiktomi* biasanya tidak ada tanda-tanda penurunan, tidak ada gangguan pada sistem penglihatan

8) Sistem Pendengaran

Uji kemampuan pendengaran dengan test rine, *webber*, dan *schwabach* menunjukkan menunjukkan tidak ada keluhan pada sistem pendengaran. Biasanya tidak terdapat keluhan pada pasien *post appendiktomi*

9) Sistem Muskuloskeletal

Pada pasien *post appendiktomi* biasanya ditemukan kelemahan dan keterbatasan gerak bila digerakan akan menimbulkan nyeri di bagian abdomen karna terdapat luka operasi. Maka dilakukan pemeriksaan untuk mengetahui ada atau tidak keterbatasan gerak

10) Sistem Integument

Pada pasien *post appendiktomi* biasanya ditemukan adanya luka operasi pada abdomen kuadran bawah, turgor kulit < 3 detik menandakan gejala dehidrasi. Karakteristik luka dinilai dari kedalaman luka, biasanya luka pada pasien *post appendiktomi* sekitar 3-5 cm, serta kaji apakah ada tanda-tanda infeksi atau tidak, kaji apakah ada edema, eritema disekitar luka, bagaimana kebersihan luka bersih/kotor.

11) Sistem Endokrin

Pada umumnya pasien *post appendiktomi* tidak mengalami kelainan fungsi endokrin. Akan tetapi tetap perlu dikaji keadekuatan fungsi endokrin (thyroid dan lain-lain).

2. Diagnosis Keperawatan

Merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial (Hidayat, 2021).

Diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien *post appendiktomi* adalah

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

1) Pengertian

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 dari 3 bulan.

2) Etiologi

- a) Agen pencedera fisiologis
- b) Agen pencedera kimiawi
- c) Agen pencedera fisik

3) Manifestasi Klinis

a) Gejala dan tanda mayor

- (1) Subyektif : pasien mengeluh nyeri,
- (2) Obyektif : pasien tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur

b) Gejala dan tanda minor

- (1) Subyektif : -
- (2) Obyektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis (PPNI, 2017).

c) Kondisi Klinis Terkait

- (1) Kondisi pembedahan
- (2) Cedera traumatis
- (3) Infeksi

(4) Sindrom Koroner Akut

(5) Glaukoma

b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri (D0054)

1) Pengertian

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

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 neuromuscular

(m) IMT diatas persentil ke 75 sesuai usia

(n) Efek agen farmakologis

(o) Program pembatasan gerak

(p) Nyeri

(q) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik

- (r) Kecemasan
- (s) Gangguan kognitif
- (t) Keengganan melakukan pergerakan
- (u) Gangguan sensoripersepsi

3) Manifestasi Klinis

a) Gejala dan tanda mayor:

(1) Subyektif : pasien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

(2) Obyektif : rentang gerak menurun,

b) Gejala dan tanda minor :

(1) Subyektif : nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak,

(2) Obyektif : gerakan terbatas, fisik lemah.

c) Kondisi Klinis Terkait

(1) Stroke

(2) Cedera *medulla spinalis*

(3) Trauma

(4) Fraktur

(5) Osteoarthritis

(6) Osteomalasia

(7) keganasan

c. Resiko Infeksi ditandai dengan tindakan invasif (0142)

1) Pengertian

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Faktor Resiko

- (a) Penyakit kronis
- (b) Efek prosedur invasif
- (c) Malnutrisi
- (d) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- (e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
- (f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

3) Kondisi klinis terkait

- (a) Luka bakar
- (b) PPOK
- (c) DM
- (d) Tindakan Invasif
- (e) Kanker
- (f) Gagal ginjal
- (g) Gangguan fungsi hati
- (h) Penyalahgunaan obat

3. Intervensi Keperawatan

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2018) intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Adapun intervensi keperawatan yang diberikan sesuai dengan Diagnosa yang diprioritaskan ialah sebagai berikut :

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan pada Pasien Post Apendiktomi

No	Diagnosa	SLKI	SIKI																				
1	Nyeri Akut	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: SLKI: Tingkat nyeri (L.08066)</p> <table border="1"> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> <tr> <td>1</td><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Sikap Protektif</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Kesulitan Tidur</td><td>3</td><td>5</td></tr> </table> <p>Keterangan no 1- 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	No	Indikator	IR	ER	1	Keluhan nyeri	3	5	2	Meringis	3	5	3	Sikap Protektif	3	5	4	Kesulitan Tidur	3	5	<p>Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri <p>Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p>
No	Indikator	IR	ER																				
1	Keluhan nyeri	3	5																				
2	Meringis	3	5																				
3	Sikap Protektif	3	5																				
4	Kesulitan Tidur	3	5																				

			<p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau</p>
--	--	--	--

			dingin, terapi bermain)
			2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
			3. Fasilitasi istirahat dan tidur
			4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
			Edukasi
			1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
			2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
			3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

			<p>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>								
2	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : SLKI: mobilitas fisik (L.05042)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>Pergerakan Ekstremitas</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	No	Indikator	IR	ER	1	Pergerakan Ekstremitas	3	5	<p>Dukungan Mobilisasi Observasi</p> <p>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p>
No	Indikator	IR	ER								
1	Pergerakan Ekstremitas	3	5								

		2	Kekuatan Otot	3	5	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
		3	Rentang Gerak	3	5	Terapeutik
		Keterangan no 1-3 :				1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)
		1. Menurun				2. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu
		2. Cukup Menurun				3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
		3. Sedang				Edukasi
		4. Cukup Meningkat				1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
		5. Meningkat				2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
						3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal.

			duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)																				
3	Resiko Infeksi	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : SLKI: tingkat infeksi (L.14137)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th><th>Indikator</th><th>IR</th><th>ER</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td>Demam</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Kemerahan</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Bengkak</td><td>3</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>Keterangan no 1-4 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 	No	Indikator	IR	ER	1	Demam	3	5	2	Kemerahan	3	5	3	Nyeri	3	5	4	Bengkak	3	5	<p>Pencegahan Infeksi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik 2. Terapeutik 3. Batasi jumlah pengunjung 4. Berikan perawatan kulit pada area edema 5. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 6. Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p>
No	Indikator	IR	ER																				
1	Demam	3	5																				
2	Kemerahan	3	5																				
3	Nyeri	3	5																				
4	Bengkak	3	5																				

		5. Menurun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka dan luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	------------	---

4. Implementasi keperawatan

Keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan

keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Penanganan nyeri dibagi menjadi dua yaitu farmakologi dan non farmakologi. Dalam penanganan nyeri apabila salah satu penanganan nyeri nonfarmakologi belum berhasil maka akan dilakukan kolaborasi antara penanganan nyeri non farmakologi dan farmakologi. Nyeri yang dialami oleh klien merupakan nyeri akut dengan skala sedang. Maka perlu adanya dilakukannya kedua penanganan nyeri tersebut. (Smeltzer and Bare, 2010 dalam Hermanto et al., 2020).

Dalam terapi farmakologi yaitu berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri sedangkan teknik nonfarmakologi terdapat beberapa teknik diantaranya teknik relaksasi genggam jari (Tamsuri, dalam Zees, 2012 dalam Hermanto et al., 2020).

5. Evaluasi

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 Klien. Penilaian

adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Evaluasi asuhan keperawatan ini disusun dengan menggunakan SOAP yaitu :

- S : keluhan secara subjektif yang dirasakan Klien atau keluarga setelah dilakukan implementasi keperawatan
- O : keadaan objektif Klien yang dapat dilihat oleh perawat
- 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).
- P : setelah perawat menganalisis kemudian dilakukan perencanaan selanjutnya.

D. Evidence Base Practice (EBP)

Tabel 2.2
Evidence Base Practice

Penulis / Tahun	Judul Penelitian	Metode	Hasil
(Dikson et al., 2019)	Pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap perubahan skala nyeri pada pasien <i>post appendikto mi</i> perubahan skala nyeri pada pasien <i>post appendikto mi</i>	Penelitian menggunakan preeksperimen dengan pendekatan <i>one-group pre- post test design</i> .	Sebelum dilakukan relaksasi genggam jari sebagian besar responden mengalami nyeri sedang yaitu sebanyak 13 responden (65%) dan nyeri berat sebanyak 7 responden (35%). Sedangkan setelah dilakukan relaksasi genggam jari didapatkan responden paling banyak mengalami nyeri ringan setelah pemberian teknik relaksasi genggam jari yaitu sebanyak 12 Orang (60%) dan jumlah responden paling sedikit

			mengalami nyeri berat yaitu sebanyak 1 orang (5%).
(Aswad, 2020)	Relaksasi <i>finger hold</i> untuk penurunan nyeri pasien <i>post appendektomi</i>	Penelitian menggunakan design penelitian <i>Quasy experiment</i> dengan teknik <i>one group pretest dan posttest design</i> tanpa kelompok kontrol. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode <i>non probability sampling</i> melalui teknik <i>accidental sampling</i> sebanyak 32 pasien <i>post operasi appendiktomi</i> . Alat ukur skala nyeri <i>Visual Analog Scale (VAS)</i> . Analisis data meliputi <i>univariat</i> dan <i>bivariat</i> menggunakan uji <i>wilcoxon</i> .	Sebelum dilakukan teknik relaksasi <i>Finger Hold</i> skala nyeri sangat berat (53,1) dan berat (46,9). Setelah dilakukan teknik relaksasi <i>Finger Hold</i> skala nyeri sangat berat (25,0) dan nyeri berat (75,0). Hasil tersebut membuktikan bahwa perlunya teknik relaksasi <i>Finger Hold</i> untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pada pasien <i>post operasi appendiktomi</i> .
(Sulistia wan et	Efektifitas terapi genggam	Penelitian ini menggunakan <i>desain kuantitatif</i> dengan pendekatan <i>quasi-</i>	Terdapat pengaruh yang signifikansi antara pemberian terapi

al., 2022)	jari terhadap intensitas nyeri pada pasien post operasi appendekto mi	<i>eksperimental</i> dengan rancangan pre test dan post test with control design. Populasi pasien <i>post</i> <i>appendektomi</i> dengan sampel 30 responden menggunakan teknik <i>Total</i> <i>Sampling</i> . Sebanyak 15 responden pada kelompok intervensi dan 15 responden pada kelompok kontrol. Menggunakan kuesioner berupa tingkat nyeri dengan skala <i>Numeric Rating Scale</i> (<i>NRS</i>)	genggam jari terhadap intensitas nyeri pasien <i>post operasi</i> <i>appendiktomi</i> , dimana pada kelompok yang diberikan intervensi genggam jari lebih baik dalam menurunkan tingkat nyeri dari pada kelompok yang tidak diberikan terapi genggam jari. Sehingga terapi genggam jari dapat dijadikan salah satu alternatif intervensi dalam mengatasi nyeri pada pasien <i>post operasi</i> <i>appendektomi</i> .
---------------	--	--	---