

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Apendiks adalah ujung seperti jari kecil yang panjangnya kira-kira 10 cm (4 inci), melekat pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Apendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur ke dalam sekum. Karena pengosongan tidak efektif dan lumennya kecil, apendiks cenderung menjadi tersumbat dan rentan terhadap infeksi. (Haryono, 2012)

Apendisitis akut adalah peradangan pada apendiks vermiformis (Grace, & Borley, 2006). Apendisitis adalah inflamasi pada apendiks yang dapat terjadi karena obstruksi apendiks oleh feses atau akibat terpuntirnya apendiks dan pembuluh darahnya (Corwin, 2009).

Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering terjadi. (Wijaya & Putri, 2013)

Apendisitis adalah suatu proses obstruksi (hiperplasi limpa nodi submukosa, fecolith, benda asing, tumor), kemudian diikuti proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiks vermiformis. (Nugroho, 2011).

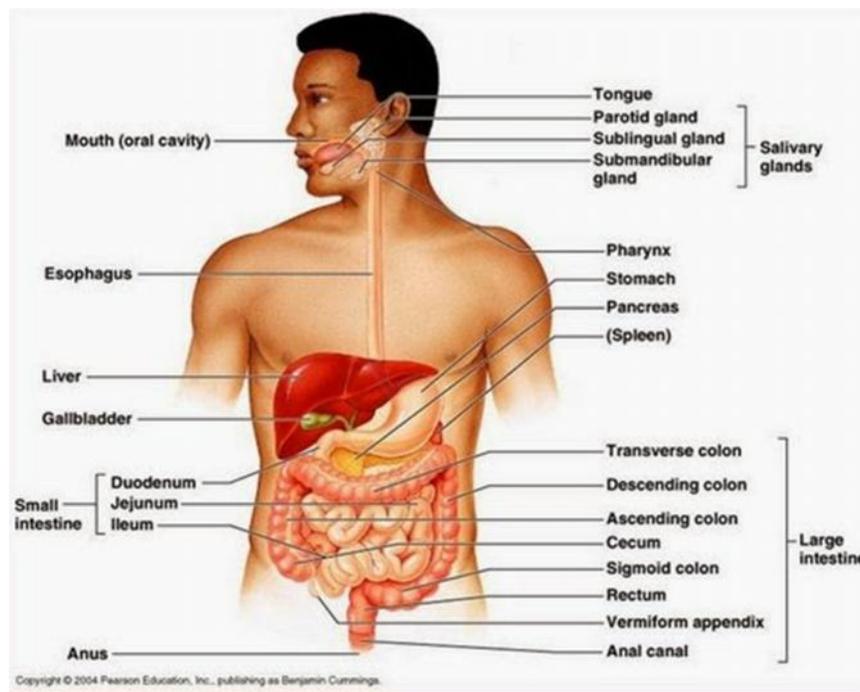
Menurut Anonim (2007) dalam Jitowiyono dan Kristinasari (2012) dikatakan apendisitis adalah kondisi dimana infeksi terjadi di umbai cacing. Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan laparatomi dengan menyingkirkan umbai cacing yang terinfeksi. Bila tidak dirawat, angka kematian cukup tinggi karena peritonitis dan shock ketika umbai cacing yang terinfeksi hancur.

Dari beberapa pengertian di atas penulis dapat menyimpulkan bahwa apendisitis adalah suatu peradangan pada usus buntu yang disebabkan oleh adanya sumbatan pada apendiks sehingga memerlukan penanganan segera untuk mencegah terjadinya komplikasi.

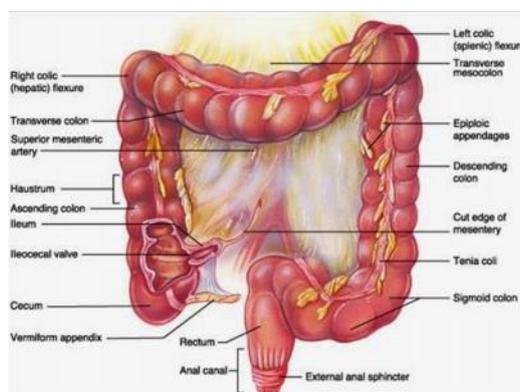
2. Anatomi fisiologi

a. Anatomi

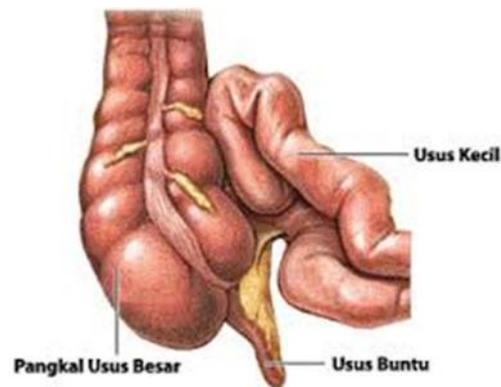
Apendiks (umbai cacing) merupakan perluasan sekum yang rata-rata panjangnya adalah 10 cm. Ujung apendiks dapat terletak di berbagai lokasi, terutama dibelakang sekum. Arteri apendiksialis mengalirkan darah ke apendiks dan merupakan cabang dari ileokolika. (Gruendemann (2006) dalam Arif dan kumala (2011))



Gambar 2.1 saluran pencernaan



Gambar 2.2 Colon Diaphragma



Gambar 2.3 Apendiks

b. Fisiologi

Secara fisiologis apendiks menghasilkan lendir 1-2 ml perhari. Lendir tersebut normalnya dicurahkan kedalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendiks tampaknya berperan pada patogenesis apendisitis. Immunologi sekretoar yang dihasilkan oleh *Gud Associated Lympoid Tissue* (GALT) yang terdapat disepanjang saluran cerna termasuk apendiks adalah Ig A. Immunoglobulin tersebut sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun, demikian pengangkatan apendiks tidak mempengaruhi sistem imun tubuh karena jumlah jaringan limfe disini sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlahnya disaluran cerna dan diseluruh tubuh. (Katz (2009) dalam Arif dan Kumala (2011))

3. Etiologi

Penyebab terjadinya apendisitis dapat di sebabkan oleh ulerasi pada mukosa, obstruksi pada colon oleh fecalit, tumor, striktur karena fibrosis, berbagai penyakit cacing, dan pemberian barium.(Wijaya & Putri 2013). Sedangkan etiologi apendisitis menurut Inayah (2006) adalah:

a. Diet kurang serat

Kebiasaan makan-makanan rendah serat dapat mengakibatkan kesulitan dalam buang air besar, sehingga akan meningkatkan tekanan dalam rongga usus yang padda akhirnya akan menyebabkan sumbatan pada saluran apendiks.

b. Batu

Ketidaksengajaan kita dalam mengkonsumsi makanan yang kadang ada batu dalam makanan masuk kesaluran pencernaan yang tidak bisa dicerna oleh lambung sehingga akan terbawa oleh feses. Jika batu tidak keluar akan menyebabkan penyumbatan pada saluran apendiks.

c. Tumor

Adanya tumor pada cecum yang membuat adanya penyumbatan disaluran appendiks sehingga dapat menyebabkan apendisitis.

d. Cacing/parasit

Cacing askaris dapat menyebabkan penyumbatan apendiks.

e. Infeksi virus

Infeksi dari organ lain yang kemudian dapat menyebarkan secara hematogen ke apendiks.

f. Benda asing

Benda asing yang dimaksud disini adalah biji lombok, biji jeruk dan lain-lain yang biji menutupi saluran apendiks.

4. Insiden

Insiden terjadinya apendisitis akut di negara maju lebih tinggi dibandingkan dengan negara berkembang. Di Amerika Serikat apendisitis merupakan kedaruratan bedah abdomen paling sering dilakukan, dengan jumlah penderita pada tahun 2008 sebanyak 734.138 orang dan meningkat pada tahun 2009 menjadi 739.177 (sandy Craigh, 2014)

Angka kejadian apendisitis di dunia mencapai 321 juta kasus tiap tahun (*handwashing* 2006). Statistik di Amerika mencatat setiap tahun terdapat 20 – 35 juta kasus apendisitis (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008). Statistik menunjukkan bahwa setiap tahun apendisitis menyerang 10 juta penduduk Indonesia. Menurut Depkes RI, jumlah pasien yang menderita penyakit apendisitis di Indonesia berjumlah sekitar 27% dari jumlah penduduk di Indonesia, jumlah pasien yang menderita penyakit apendisitis berjumlah sekitar 7% dari jumlah penduduk di Indonesia atau sekitar 179.000 orang. Berdasarkan hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) di Indonesia, apendisitis akut

merupakan salah satu penyebab dari akut abdomen dan beberapa indikasi untuk dilakukan operasi kegawatdaruratan abdomen. Insiden apendisitis di Indonesia menempati urutan tertinggi di antara kasus kegawatan abdomen lainnya (Depkes 2008). Kasus apendisitis di Jawa Tengah tahun 2009, dilaporkan sebanyak 5.980 dan 177 diantaranya menyebabkan kematian. Jumlah penderita apendisitis tertinggi ada di Kota Semarang, yakni 970 orang. Hal ini mungkin terkait dengan diet serat yang kurang pada masyarakat modern (Dinkes Jateng, 2009)

Survey di 12 propinsi tahun 2008 menunjukkan jumlah apendisitis yang dirawat di rumah sakit sebanyak 3.251 kasus. Jumlah ini meningkat drastis dibandingkan dengan tahun sebelumnya, yaitu sebanyak 1.236 orang. Di awal tahun 2009, tercatat 2.159 orang di Jakarta yang dirawat di rumah sakit akibat apendisitis. (Ummualya, 2008), melihat data tersebut dan kenyataan bahwa masih banyak kasus apendisitis, yang tidak dilaporkan, Departemen Kesehatan mengatakan apendisitis merupakan isu prioritas kesehatan di tingkat lokal dan nasional karena mempunyai dampak besar pada kesehatan masyarakat (Depkes RI, 2008).

Berdasarkan dari temuan data *medical record* di RSUD Pandan Arang Boyolali angka kejadian yang menderita apendisitis secara umum pada tahun 2015 sebanyak 123 orang.

5. Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folokel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium

Bila 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 peritonium setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuraktif akut.

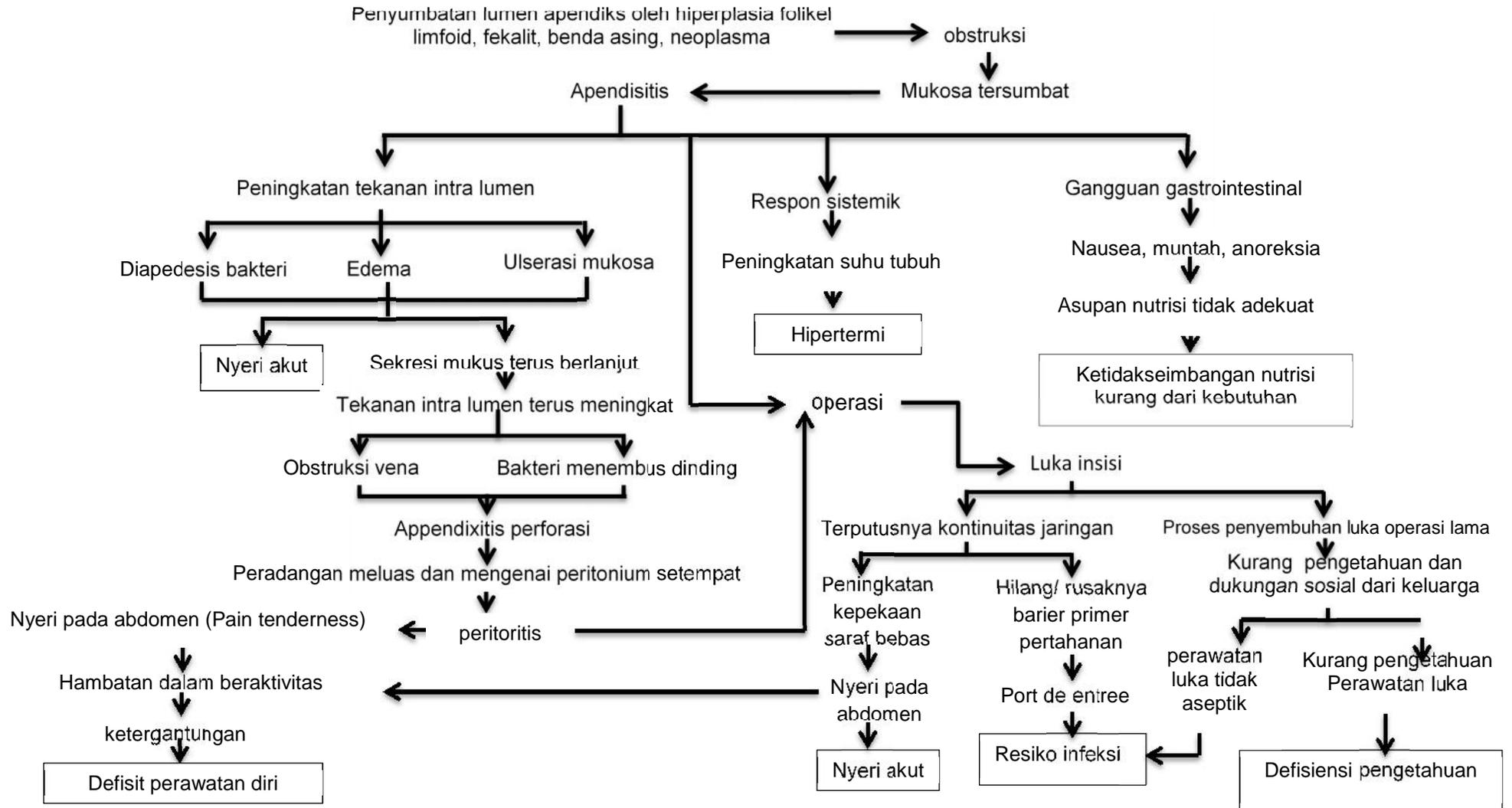
Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang rapuh itu pecah, akan terjadi apendisitis perforasi. Bila proses di atas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang di sebut infiltrat apendikularis. (Haryono, 2012)

Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah apendektomi, jika tidak dilakukan tindakan segera mungkin maka peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang.

Apendiks terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat kemungkinan oleh fekolit (massa keras dari faeces) atau benda asing. Proses inflamasi meningkatkan tekanan intraluminal, menimbulkan nyeri abdomen atas atau menyebar hebat secara progresif, dalam beberapa jam terlokalisasi dalam kuadran kanan bawah dari abdomen. Akhirnya apendiks yang terinflamasi berisi pus (Jitowiyono & Kristiyanasari,2012).

6. Pathway

Gambar 2.5



7. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis dari apendisitis adalah sebagai berikut:

- a. Nyeri pindah ke kanan bawah (yang akan menetap dan diperberat bila berjalan atau batuk) dan menunjukkan tanda rangsangan peritoneum lokal di titik Mc. Burney:nyeri tekan, nyeri lepas.
- b. Nyeri rangsangan peritoneum tidak langsung
- c. Nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah ditekan
- d. Nyeri kanan bawah bila tekanan di sebelah kiri dilepas
- e. Nyeri kanan bawah bila peritoneum bergerak seperti napas dalam, bejalan, batuk.
- f. Nafsu makan menurun
- g. Demam yang tidak terlalu tinggi
- h. Biasanya terdapat konstipasi, tapi kadang-kadang terjadi diare.

Gejala-gejala permulaan pada apendisitis yaitu nyeri atau perasaan tidak enak sekitar umbilikus diikuti oleh anoreksia, muntah dan muntah, gejala ini umumnya berlangsung lebih dari 1 atau 2 hari. Dalam beberapa jam nyeri bergeser ke kuadran kanan bawah dan mungkin terdapat nyeri tekan sekitar titik Mc.Burney, kemudian dapat timbul spasme otot dan nyeri lepas. Biasanya ditemukan demam ringan dan leukosit meningkat bila ruptur apendiks terjadi nyeri sering sekali hilang secara dramatis untuk sementara. (Wijaya & Putri ,2013)

8. Test Diagnostic

- a. Hitung sel darah komplet

Ditemukan leukositosis 10.000 s/d 18.000/mm³, kadang-kadang dengan pergeseran kekiri leukositosis lebih dari 18.000/mm³ disertai keluhan/gejala apendisitis lebih dari empat jam mencurigakan perforasi sehingga diduga bahwa tingginya leukositosis sebanding dengan hebatnya peradangan. (Wijaya & Putri ,2013)

- b. C-Reaktif Protein (CRP)

C-Reaktif Protein (CRP) adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada apendiks di dapatkan peningkatan CRP.

c. Pemeriksaan USG

Dilakukan untuk menilai inflamasi dari apendiks.

d. Laparoscopi

Biasanya digunakan untuk menyingkirkan kelainan ovarium sebelum dilakukan apendisektomi pada wanita muda

e. CT scan

Ditemukan bagian yang menyilang dengan apendicalith serta perluasan dari apendiks yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran sekum. (Haryono, 2012)

CT scan (heliks) pada pasien usia lanjut atau di mana penyebab lain masih mungkin (Grace, & Borley, 2006)

f. Radiologi

Pemeriksaan radiologi akan sangat berguna pada kasus atipikal. Pada 55% kasus apendisitis stadium awal akan ditemukan gambaran foto polos abdomen yang abnormal, gambaran yang lebih spesifik adanya masa jaringan lunak di perut kanan bawah dan mengandung gelembung-gelembung udara. (Wijaya & Putri, 2013)

9. Komplikasi

Komplikasi dari apendisitis adalah:

a. Perforasi

Perforasi Insidens perforasi 10-32%, rata-rata 20%, paling sering terjadi pada usia muda sekali atau terlalu tua, perforasi timbul 93% pada anak-anak di bawah 2 tahun antara 40-75% kasus usia diatas 60 tahun ke atas. Perforasi jarang timbul dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi insiden meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu $39,5^{\circ}\text{C}$ tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis meningkat akibat perforasi dan pembentukan abses.

b. Peritonitis

Adalah trombofobitis septik pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi 39°C - 40°C menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang relatif jarang.

- 1) Tromboflebitis supuratif dari sistem portal, jarang terjadi tetapi merupakan komplikasi yang letal.
- 2) Abses subfrenikus dan fokal sepsis intra abdominal lain.
- 3) Obstruksi intestinal juga dapat terjadi akibat perlengketan.
(Wijaya & Putri ,2013)

10. Penatalaksanaan

Menurut Wijaya & Putri (2013) penatalaksanaan apendisitis yaitu:

a. Sebelum operasi

- 1) Observasi Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis sering kali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilaksanakan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuaskan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis ataupun peritonitis lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rectal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik, foto abdomen dan toraks tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.
- 2) Antibiotik
Antibiotik intravena diberikan untukantisipasi bakteri patogen , antibiotik initial diberikan untuk kuman anaerob.
- 3) Apendisitis tanpa komplikasi biasanya tidak perlu diberikan antibiotik, kecuali apendisitis ganggrenosa atau apendisitis perforasi. Penundaan tindak bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi.

b. Operasi

- 1) Apendektomi
- 2) Apendiks dibuang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika

- 3) Abses apendiks diobati dengan antibiotika IV, biasanya mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari.

c. Pasca operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau pernapasan, angka sonde lambung bila pasien sudah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah, baringkan pasien dalam posisi terlentang. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu pasien dipuaskan, bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ketujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

d. Pasca operasi anastesi spinal

Anastesi spinal adalah salah satu metode anastesi yang diinduksi dengan menyuntikkan sejumlah kecil obat anastesi lokal ke dalam cairan cerebro-spinal (CSF). Anastesi spinal/subaraknoid disebut juga sebagai analgesi/blok spinal intradural atau blok intratekal. Anastesi spinal dihasilkan bila kita menyuntikkan obat analgesik lokal ke dalam ruang sub arachnoid di daerah antara vertebra L2-L3 atau L3-L4 atau L4-L5. Perawatan di ruang rawat yaitu :

- 1) Monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum pasien, drainage, tube/selang, dan komplikasi. Pemeriksaan ini merupakan pemeriksaan pertama yang dilakukan dibangsal setelah post operasi.
- 2) Posisi berbaring terlentang 10 - 12 jam
- 3) Setelah 10-12 jam ubah posisi secara bertahap dari posisi miring kanan dan miring ke kiri, duduk, lalu berdiri dan berjalan.
- 4) Posisi kepala lebih tinggi dari kaki
- 5) Hidrasi adekuat

- 6) Hindari mengejan
- 7) Puasa sampai terdengar bising usus dan flaktus, baru boleh diberi bubur saring.
- 8) Antibiotik diberikan pula sesuai dengan perintah ahli bedahnya

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian fokus praoperasi :

a. Biodata

Identitas klien nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa, pendidikan, alamat dan nomor registrasi.

Identitas penanggung jawab nama, umur, agama, alamat, pekerjaan.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pasien biasanya mengeluh nyeri sekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Timbulnya keluhan nyeri kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri di pusat atau di epigastrium dirasakan dalam beberapa waktu lalu. Sifat nyeri dirasakan terus-menerus, dapat hilang timbul.

2) Riwayat penyakit sekarang

Selain mengeluh nyeri pada daerah epigastrium, keluhan yang menyertai biasanya klien mengeluh rasa mual, muntah, panas.

3) Riwayat penyakit dahulu

Biasanya berhubungan dengan masalah kesehatan klien sekarang, bisa juga penyakit ini sudah pernah dialami oleh pasien sebelumnya.

4) Riwayat penyakit keluarga

Biasannya penyakit apendisitis ini bukan penyakit keturunan, bisa dalam anggota keluarga yang pernah mengalami sakit yang sama dengan klien bisa juga tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti yang dialami klien sebelumnya. (Wijaya & Putri, 2013)

Menurut Doenges (2000) dalam Haryono (2012) dikatakan :

c. Aktivitas/ istirahat

Gejala : Malaise

d. Sirkulasi

Gejala : Takikardi

e. Eliminasi

Gejala : konstipasi pada awitan, diare (kadang-kadang).

Tanda : Distensi abdomen, nyeri tekan/ nyeri lepas, kekakuan, penurunan atau tak ada bising usus

f. Makanan/cairan

Gejala : Anoreksia, mual/muntah

g. Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala : Nyeri sekitar epigastrium dan umbilikus, yang meningkat berat dan terlokasi pada titik *Mc Burney* (setengah jarak antara umbilikus dan tulang ileum kanan), meningkat karena berjalan, bersin, batuk, atau nafas dalam (nyeri tiba-tiba berhenti diduga perforasi atau infrak pada apendiks).

Tanda : keluhan berbagai rasa nyeri/ gejala tak jelas (sehubungan dengan lokasi apendiks, contoh kesamping atau terlentang dengan lutut ditekuk; meningkatnya nyeri pada kuadran kanan bawah karena posisi ekstensi kaki kanan/ posisi duduk tegak, nyeri lepas pada sisi kiri di duga inflamasi peritoneal.

h. Pernafasan

Tanda : takipnea, pernafasan dangkal.

i. Keamanan

Demam (biasanya rendah).

j. Penyuluhan dan pembelajaran

Gejala : riwayat kondisi lain yang berhubungan dengan nyeri abdomen contoh pielitis akut, batu utera, salpingitis akut, ileitis regional.

2. Pengkajian Fokus post operasi

a. Biodata

Identitas klien nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa, pendidikan, alamat dan nomor registrasi.

Identitas penanggung jawab nama, umur, agama, alamat, pekerjaan.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Pada anamnesis keluhan utama yang paling sering ditemukan adalah nyeri karena insisi abdomen.

2) Riwayat penyakit sekarang

Pada pengkajian riwayat penyakit sekarang didapatkan adanya keluhan lain yaitu efek sekunder dari peradangan apendiks berupa gangguan gastrointestinal seperti mual, muntah, ketidaknyamanan abdomen, diare dan anoreksia. Kondisi muntah biasanya dihubungkan dengan inflamasi dan iritasi dari apendiks dengan nyeri menyebar ke bagian dekat doudenum yang menghasilkan mual dan muntah (Attasi (2002 dalam Arif & Kumala (2011))). Keluhan sistemik biasanya berhubungan dengan kondisi inflamasi dimana didapatkan peningkatan suhu tubuh.

3) Riwayat penyakit dahulu

Apakah klien pernah mengalami operasi sebelumnya pada daerah colon, penyakit apa yang pernah klien diderita seperti hipertensi, diabetes mellitus, apakah klien pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya, apakah klien memiliki riwayat alergi obat tertentu.

4) Riwayat penyakit keluarga

Apakah di dalam anggota keluarga klien memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien dan apakah dalam keluarga ada yang mempunyai riwayat penyakit diabetes mellitus, hipertensi, atau hepatitis, dan bagaimana genogramnya.

c. Pemeriksaan fisik

1) Status kesehatan umum

Kesadaran biasanya compos mentis, ekspresi wajah menahan sakit, ada tidaknya kelemahan.

2) Kepala

Ekspresi wajah kesakitan, pada konjungtiva apakah ada warna pucat.

3) Dada

a) Paru-paru

Apakah bentuknya simetris, ada tidaknya sumbatan jalan nafas, gerakan cuping hidung maupun alat bantu nafas, frekwensi pernafasan biasanya normal (16-20 kali permenit). Apakah ada ronchi , whezing, stidor.

b) Jantung

Apakah ada riwayat penyakit jantung, kelainan suara jantung, penggunaan obat-obat untuk jantung.

4) Abdomen

Pada post operasi biasanya sering terjadi ada tidaknya peristaltik pada usus ditandai dengan distensi abdomen, tidak mual, dengarkan bising usus.

5) Genetalia

Terpasang kateter atau tidak, bersih atau tidak, dan anus ada hemoroid tidak

6) Ekstermitas

Apakah ada kelainan pada ekstermitas atas maupun ekstermitas bawah keterbatasan dalam aktivitas karena adanya nyeri yang hebat dan apakah ada kelumpuhan atau kekakuan.

7) Integumen

Ada tidaknya oedema, sianosis, pucat, pemerahan luka pembedahan pada abdomen sebelah kanan bawah.

d. Data subyektif dan obyektif post operasi

1. Data subyektif

- a. Nyeri daerah operasi
- b. Lemas
- c. Haus
- d. Mual, kembung
- e. Pusing

2. Data obyektif

- a. Terdapat luka operasi di kuadran kanan bawah abdomen
- b. Terpasang infus
- c. Bising usus berkurang
- d. Selaput mukosa mulut kering

(Wijaya & Putri ,2013)

3. Diagnosa Keperawatan

a. Preoperasi

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
- 2) Defisit perawatan diri : mandi, toileting, berpakaian, berhubungan dengan nyeri
- 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan b.d mual, muntah
- 4) Hipertermi b.d penyakit

b. Post operasi

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (luka post appendiktomi)
- 2) Defisit perawatan diri : toileting, berpakaian, berhubungan dengan kelemahan
- 3) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi
- 4) Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh primer tidak adekuat

4. Intervensi
a. Preoperasi

Tabel 2.1 Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis	<p>NOC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Pain level</i> • <i>Pain control</i> • <i>Comfort level</i> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan management nyeri - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri) - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 	<p>NIC :</p> <p><i>Pain Management :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3. Monitor tanda – tanda vital. 4. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 5. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan. 6. Ajarkan teknik non farmakologi. 7. Kolaborasi dengan dokter pemberian analgetik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menentukan intervensi yang sesuai dan keefektifan terapi yang diberikan. 2. Membantu mengidentifikasi derajat ketidaknyamanan 3. Untuk mengetahui keadaan umum pasien. 4. Membantu pasien untuk mengungkapkan apa yang dirasakan saat itu 5. Meningkatkan kenyamanan. 6. Membantu untuk mengurangi nyeri. 7. Analgetik memblokir lintasan nyeri, sehingga nyeri dapat berkurang

Defisit Perawatan Diri : mandi, toileting, berpakaian, makan minum b.d nyeri	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan ADL pasien terpenuhi</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri 2. Mampu mempertahankan kebersihan diri dan penampilan yang rapi secara mandiri 3. Mampu untuk mengenakan pakaian secara mandiri 4. Menggunakan pakaian secara rapi dan bersih 5. Menunjukkan rambut yang rapi 6. Mampu untuk melakukan aktivitas eliminasi secara mandiri 	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kemampuan pasien dalam aktivitas perawatan diri 2. Rencanakan program peningkatan kemandirian pasien dalam ADL 3. Ajarkan keluarga untuk mendorong kemandirian klien untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu melakukannya 4. Sediakan bantuan dalam melakukan perawatan diri pada pasien. 5. Dorong pasien untuk melakukan aktivitas secara mandiri sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. 6. Ajarkan untuk melakukan ADL secara mandiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk menentukan tindakan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan pasien 2. Kegiatan yang terprogram akan dapat berjalan lebih efektif 3. Meningkatkan kemandirian pada klien 4. Kebutuhan perawatan diri pada pasien dapat terpenuhi 5. meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri 6. meningkatkan kemandirian pasien
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d mual, muntah	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Nutritional Status</i> 2. <i>Nutritional Status : food and fluid intake</i> 3. <i>Nutritional Status : nutrient intake</i> 4. <i>Weight Control</i> <p>Setelah dilakukan tindakan</p>	<p>NIC</p> <p><i>Nutrition manajement</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsulkan dengan ahli gizi) yaitu diet 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui ada/tidaknya alergi terhadap makanan 2. Membantu pemenuhan nutrisi dan meningkatkan daya tahan tubuh 3. Memenuhi kebutuhan protein yang hilang bersama urine

	<p>keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mendapatkan nutrisi yang optimal.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</p> <p>b. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</p> <p>c. Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi</p> <p>d. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan</p>	<p>RGCP</p> <p>4. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi</p> <p>5. Monitor mual dan muntah</p>	<p>4. Memberi pengetahuan tentang nutrisi yang dibutuhkan anak</p> <p>5. Mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien, mempengaruhi pemberian intervensi</p>
<p>Hipertermi b.d penyakit</p>	<p>NOC:</p> <p>Thermoregulation</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Suhu tubuh dalam rentang normal (36,5-37,6^oC)</p> <p>b. Nadi dan RR dalam rentang normal (N-60-100 X/menit) (RR 16-24</p>	<p>NIC</p> <p>1. Monitor suhu</p> <p>2. Kompres air hangat pada lipat paha dan aksila</p> <p>3. Anjurkan minum banyak 2-3liter/hari</p>	<p>1. Mengetahui perubahan suhu tubuh, suhu tubuh yang meningkat akan menyebabkan IWL pasien meningkat, sehingga bisa menimbulkan terjadinya dehidrasi.</p> <p>2. Terjadi dilatasi pembuluh darah dan pori-pori kulit sehingga panas tubuh dapat menurun</p> <p>3. Memenuhi kebutuhan cairan pasien</p>

X/menit)						dan untuk mencegah dehidrasi akibat demam
c. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak pusing	4	Kolaborasi dengan dokter memberikan antipiretik	dalam	4.	mengurangi produksi prostaglandins dengan mengganggu enzim cycloooksigenase (COX), antipiretik menghambat kerja COX pada syaraf pusat yang tidak efektif dan sel edothelial dan bukan pada sel kekebalan dengan perioksida tinggi, kemampuan menghambat enzim COX yang di hasilkan otak inilah yang membuat antipiretik dapat mengurangi rasa sakit kepala dan dapat menurunkan demam tanpa menyebabkan efek samping.	

b. Post operasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Nyeri akut b.d agen cedera fisik (luka post operasi Appendiktomi)	<p>NOC :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu mengontrol nyerinya.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengontrol nyeri 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan manajemen nyeri 3. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 4. Skala nyeri menjadi 3 	<p>NIC :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, dan faktor presipitasi 2. Atur posisi yang nyaman 3. Bantu klien mengidentifikasi faktor pencetus 4. Ajarkan tehnik non farmakologi (tehnik relaksasi nafas dalam) 5. Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 6. Pengukuran tanda-tanda vital 7. Tingkatkan pengetahuan pasien tentang manajemen nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalaman subjektif dan harus digambarkan oleh klien untuk merencanakan penanganan yang efektif 2. Immobilisasi yang nyaman dapat mengurangi nyeri 3. Nyeri di pengaruhi oleh kecemasan, ketegangan, dan suhu. 4. Teknik ini akan memperlancar peredaran darah sehingga kebutuhan oksigen pada jaringan terpenuhi dan nyeri berkurang 5. Pasien dapat bersifat terbuka dalam menceritakan pengalaman nyerinya 6. Respon fisiologis terhadap nyeri dapat menunjukkan keberadaan dan sifat nyeri, saat awitan nyeri akut, denyut jantung, tekanan darah, dan frekuensi pernafasan meningkat 7. Menambah pengetahuan pasien

Defisit	NOC	NIC	
Perawatan Diri : mandi, toileting, berpakaian b.d kelemahan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan ADL pasien terpenuhi Kriteria hasil : 1. Mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri 2. Mampu mempertahankan kebersihan diri dan penampilan yang rapi secara mandiri 3. Mampu untuk mengenakan pakaian secara mandiri 4. Menggunakan pakaian secara rapi dan bersih 5. Menunjukkan rambut yang rapi	1. Kaji tingkat kemampuan pasien dalam aktivitas perawatan diri 2. Rencanakan program peningkatan kemandirian pasien dalam ADL 3. Ajarkan keluarga untuk mendorong kemandirian klien untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu melakukannya 4. Sediakan bantuan dalam melakukan perawatan diri pada pasien. 5. Dorong pasien untuk melakukan aktivitas secara mandiri sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.	8. Kolaborasi pemberian analgetik 8. Analgetik memblok lintasan nyeri, sehingga nyeri dapat berkurang
Defisiensi pengetahuan b.d kurang informasi	NOC: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pengetahuan pasien dan keluarga meningkat	NIC 1.lakukan penilaian terhadap tingkat pengetahuan pada pasien dan keluarga. 2. berikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga.	1. Untuk menentukan tindakan yang sesuai untuk memenuhi kebutuhan pasien 2. Kegiatan yang terprogram akan dapat berjalan lebih efektif 3. Meningkatkan kemandirian pada klien 4. Kebutuhan perawatan diri pada pasien dapat terpenuhi 5. meningkatkan kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri

	<p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mampu melakukan program terapeutik yang telah direncanakan oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya. 2. mampu menggunakan dukungan sosial untuk meningkatkan kesehatan 3. pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang telah di jelaskan oleh perawat atau tim kesehatan lainnya 	<ol style="list-style-type: none"> 3.dorong keluarga untuk memberikan support kepada pasien 4.berikan sumber-sumber berkomunikasi untuk menolong pasien menambah pengetahuan. 	<ol style="list-style-type: none"> 3.semangat yang diberikan keluarga dapat memberi motivasi kepada pasien ingin cepat sembuh 4.membantu keluarga dan pasien untuk mendapatkan informasi yang akurat tentang penyakit yang dialami.
<p>Resiko infeksi b.d pertahanan tubuh primer tidak adekuat</p>	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi infeksi:</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terbebas dari tanda-tanda infeksi 2. Suhu dalam batas normal 36,5-37,5^oC. 3. Mengenal tindakan pencegahan infeksi 4. jumlah leukosit dalam batas normal 	<p>NIC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Observasi tanda-tanda infeksi pada pasien. 2.Batasi pengunjung. 3.lakukan perawatan luka secara aseptik 4.tingkatkan pemasukan nutrisi (protein dan kalori 5.ajari cara cuci tangan yang benar 6.Kolaborasi pemberian antibiotic pada pasien infeksi. 7.Anjurkan untuk menjaga kebersihan tubuhnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1.untuk mengetahui adanya nfeksi. 2.mencegah infeksi sekunder. 3. Mengurangi terjadinya infeksi. 4. Meningkatkan daya tahan tubuh dalam melawan organism pathogen dan dapat mempercepat penyembuhan luka. 5. agar tangan bersih 6. antibiotik berfungsi untuk menekan atau mengurangi infeksi 7. menjaga tubuh tetap bersih

