

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. APPENDIKSITIS

1. Pengertian

Apendisitis adalah kondisi di mana infeksi terjadi di umbai cacing. Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan laparatomi dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi. Bila tidak terawat, angka kematian cukup tinggi, dikarenakan oleh peritonitis dan shock ketika umbai cacing yang terinfeksi hancur. (Sugeng Jitowiyono, 2012)

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Infeksi ini bisa mengakibatkan pernanahan. Bila infeksi bertambah parah, usus itu bisa pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau sekum (caceum). Usus buntu besarnya sekitar kelingking tangan dan letaknya di perut kanan bawah. Strukturnya seperti bagian usus lainnya. Namun, lendirnya banyak mengandung kelenjar yang senantiasa mengeluarkan lender. (Nanda, 2012;30)

Apendisitis akut nyeri atau rasa tidak enak disekitar umbilicus berlangsung antara 1 sampai 2 hari. Dalam beberapa jam nyeri bergeser ke kuadran kana bawah (titik mc burney) dengan disertai mual, anoreksia dan muntah. (Yessie putri, 2013).

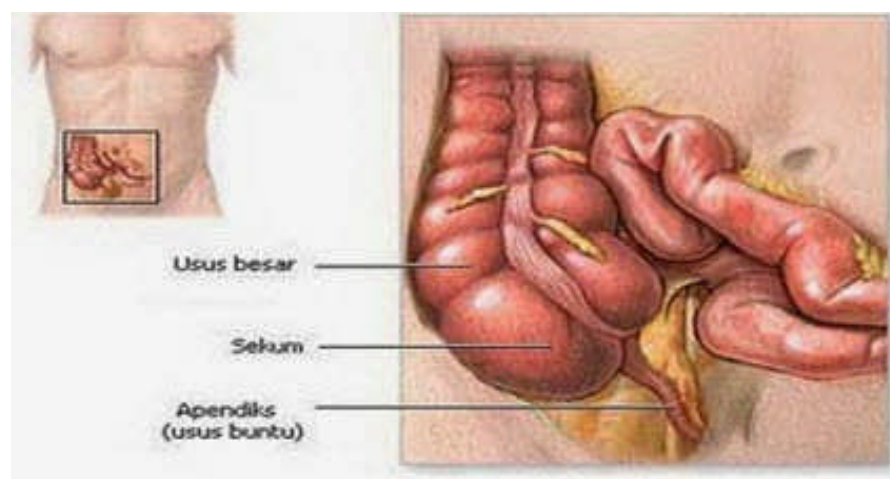
Jadi banyak dari pengertian apendisitis tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa apendisitis merupakan peradangan pada usus buntu

yang disebabkan karena terdapat akumulasi eksudat purulren dalam lumen dan terjadi gengren sehingga aktifitas bakteri meningkat dan terjadi infeksi pada usus buntu sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah terjadinya komplikasi.

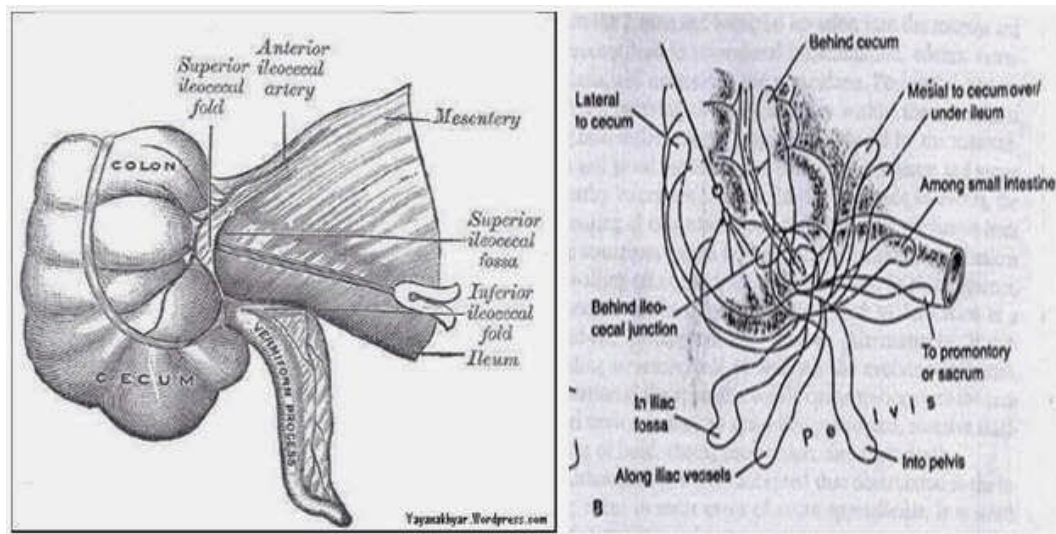
2. Anatomi fisiologi yang berhubungan dengan penyakit

a. Anatomi

Appendiks merupakan organ yang berbentuk tabung dengan panjang kira-kira 10 cm dan berpangkal ada sekum. Appendiks pertama kali tampak saat perkembangan embriologi minggu ke delapan yaitu bagian ujung dari protuberans sekum. Pada saat antenatal dan postnatal, pertumbuhan dari sekum yang berlebih akan menjadi appendiks yang akan berpindah dari medial menuju katup ileocaecal.(Arif dan kumala 2011:498)



Gambar 2.1 Appendiks pada saluran pencernaan



Gambar 2.2 Anatomi appendix

Gambar 2.3 Posisi Appendix

b. Fisiologi

Appendiks menghasilkan lendir 1-2 ml/hari. Lendir secara normal dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara appendix tampaknya berperan pada patogenesis appendiksitis. Diperkirakan appendix mempunyai peran dalam mekanisme imunologi. Immunoglobulin sekretorik yang dihasilkan oleh GALT (Gut Associated Lymphoid Tissue) yang terdapat di sepanjang saluran cerna termasuk appendix ialah Ig A. immunoglobulin itu sangat efektif sebagai pelindung terhadap infeksi. Namun pengangkatan appendix tidak mempengaruhi sistem imun tubuh sebab jumlah jaringan limfe di sini kecil sekali jika dibandingkan dengan jumlah di saluran cerna dan seluruh tubuh (Katz, 2009;88)

3. Etiologi

Terjadinya appendisititis akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri. Namun terdapat banyak sekali faktor pencetus terjadinya penyakit ini.

Diantaranya obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi pada lumen apendiks ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing dalam tubuh, cancer primer dan striktur. Namun yang paling sering menyebabkan obstruksi lumen apendiks adalah fekalit dan hiperplasia jaringan limfoid (Irga, 2007:3)

Sedangkan etiologi appendisitis menurut (Inayah, 2004) :

a. Diet kurang serat

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

b. Batu

Ketidak sengajaan kita dalam mengkonsumsi makanan yang kadang ada batu dalam makanan masuk kesaluran pencernaan yang tidak bisa dicerna oleh lambung sehingga akan terbawa fases. Jika batu itu tidak keluar akan menyebabkan penyumbatan pada saluran appendisitis.

c. Tumor

Adanya tumor pada cecum yang membuat adanya penyumbatan di saluran apendiks sehingga dapat menyebabkan appendisitis.

d. Cacing/parasit

Cacing askaris dapat menyebabkan penyumbatan apendiks.

e. Infeksi virus

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

e. Benda asing

Benda asing yang dimaksud di sini seperti biji lombok, biji jeruk dll yang bisa menutupi saluran appendiks.

4. Insiden

Appendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (appendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sektum (cecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Wim de jong et al 2005).

Komplikasi utama appendisitis adalah perforasi appendiks yang dapat berkembang menjadi abses, peritonitis bahkan syok dan perforasi. Insiden perforasi adalah 10% - 32%. Insiden ini lebih tinggi pada anak kecil dan lansia. Perforasi terjadi secara umum 24 jam pertama setelah awitan nyeri. Angka kematian yang timbul akibat terjadi perforasi adalah 10%-15% dari kasus yang ada, sedangkan angka kematian klien appendisitis akut adalah 0,2%- 20,8% yang berhubungan dengan komplikasi penyakitnya dari pada akibat intervensi tindakan (Wim de jong et al 2005).

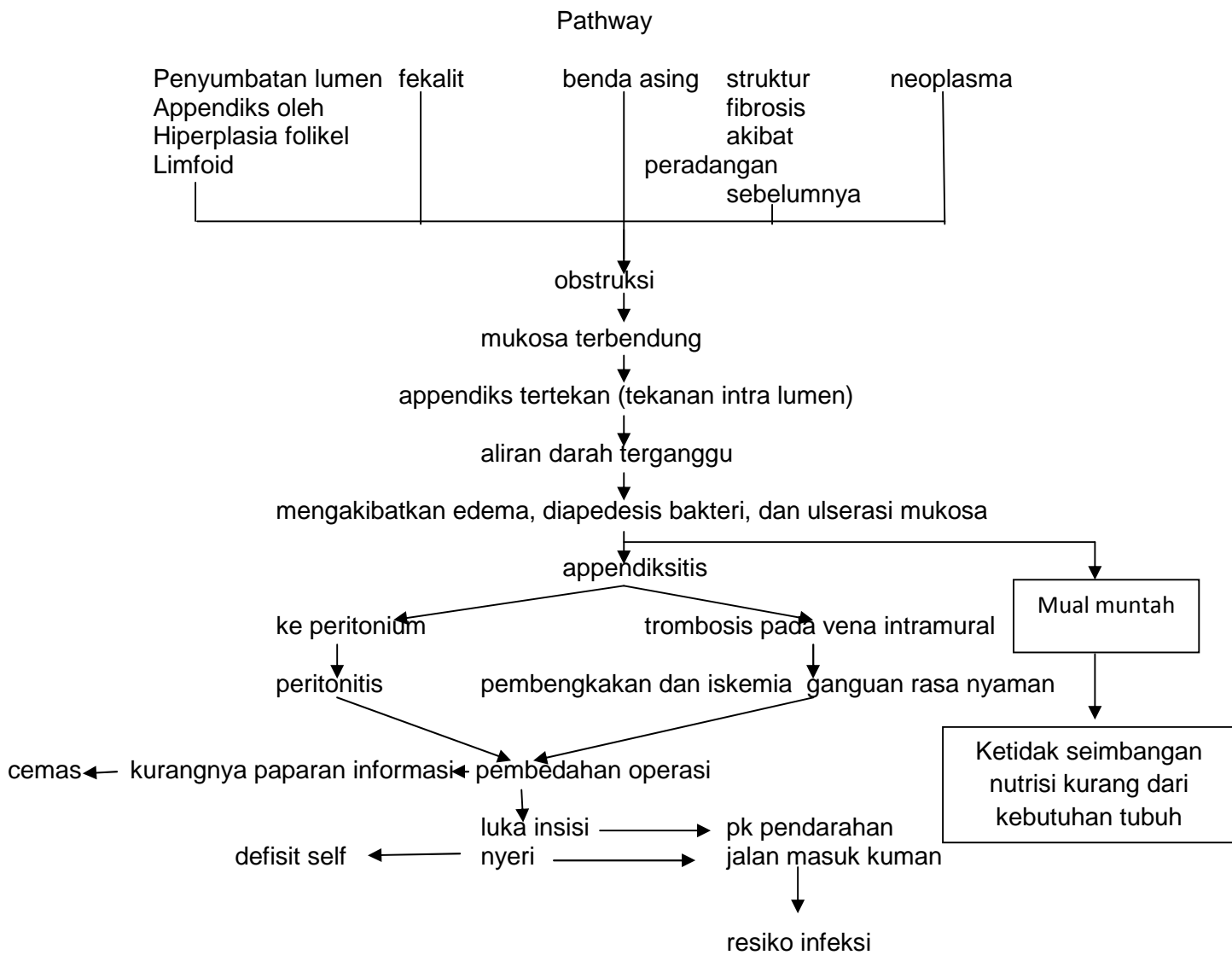
5. Patofisiologi

Appendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen appendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fiksosis akibat peradangan sebelumnya atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mucus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding appendiks mempunyai keterbatasan sehingga

menyebabkan peningkatan tekanan intralumen, tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema. Diaforesis bakteri dan elserasi mukosa pada saat ini inilah terjadi appendisitis akut fokal yang ditandai nyeri epigastrium.

Sekresi mukus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah dan bakteri akan menembus dinding apendiks. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di abdomen kanan bawah, keadaan ini disebut dengan appendisitis sakuratif akut. Aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangrene stadium ini disebut dengan appendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh ini pecah akan terjadi appendisitis perforasi.

Semua proses di atas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks sehingga timbul satu massa lokal yang disebut infiltrate apendukularis, peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang. Anak-anak karena omentum lebih pendek dan apendiks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis, keadaan tersebut bertambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadinya perforasi, sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Mansjoer, 2005;90)



Bagan Pathway 2.4 (Mansjoer, 2007)

6. Manifestasi klinis

Apendisitis memiliki gejala kombinasi yang khas. Yang terdiri dari. Mual, muntah dan nyeri yang hebat di perut kanan bagian bawah. Nyeri bisa secara mendadak dimulai di perut. Sebelah atas atau disekitar pusar, lalu timbul mual dan muntah. Setelah beberapa jam, rasa mual hilang dan nyeri berpindah ke perut kanan bagian bawah. Jika dokter menekan daerah ini, penderita merasakan nyeri tumpul dan jika penekanan ini dilepaskan, nyeri bisa bertambah tajam. Demam bisa mencapai 37,8-38,8°C. pada bayi dan anak-anak, nyerinya bersifat menyeluruh, disemua bagian perut. Pada orang tua dan wanita hamil, nyerinya tidak terlalu berat dan di daerah ini nyeri nyeri tumpulnya tidak terlalu terasa. Bila usus buntu pecah, nyeri dan demam bisa menjadi berat. Infeksi yang bertambah buruk bisa menyebabkan syok. (sugeng jitiwiyono, 2012)

Gejala awal yang khas, yang merupakan gejala klasik apendisitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium di sekitar umbilicus atau periumbilikus. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah, dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, ketitik mc burney. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatic setempat. Namun terkadang, tidak dirasakan adanya nyeri di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar, tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi. Terkadang apendisitis juga

disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5-38,5 derajat celcius (Nanda ,2012:30)

7. Pemeriksaan penunjang

- a. Ultrasonografi adalah diagnostik untuk pemeriksaan appendisitis akut
- b. Foto polos abdomen dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan yang abnormal
- c. Radiografi torak menyingkirkan penyakit lapang paru kanan bawah yang dapat menyerupai nyeri kuadran kanan bawah iritasi saraf T10, T11, T12.
 - a. Analisis urin akan menyingkirkan infeksi traktus urinarius berat (Carpenito, Lynda Juall :2004).

8. Komplikasi

Komplikasi menurut (Peirce A. Grace and Neil R. Borley, 2006:106) adalah sebagai berikut :

- a. Infeksi luka.
- b. Abses intraabdomen (pelvis, fosa iliaka kanan, subfrenikus).
- c. Perlekatan aktinomikosis abdomen (jarang terjadi).
- d. Peima porta

9. Penatalaksanaan medik

Penatalaksanaan keperawatan untuk appendisitis tergantung dari nyeri appendisitis akut atau kronis. Penatalaksanaan bedah ada dua cara yaitu non bedah dan pembedahan.

1) Non bedah

Penatalaksanaan ini bisa berupa:

- a) Batasi diet dengan makan sedikit tetapi sering (4-6 kali per hari)
- b) Minum cairan adekuat pada saat makan untuk membantu proses pencernaan makanan
- c) Makan perlahan dan mengunyah sempurna untuk menambah saliva pada makanan
- d) Hindari makanan bersuhu ekstrim, pedas, berlemak, alkohol, kopi, coklat, dan jus jeruk
- e) Hindari makan dan minum 3 jam sebelum istirahat untuk mencegah masalah refluks nonturnal
- f) Tinggikan kepala tidur 6-8 inchi untuk mencegah refluks nonturnal
- g) Turunkan berat badan bila kegemukan untuk menurunkan gradient tekanan gastro esofagus

2) Pembedahan

Yaitu dengan appendektomi. Operasi appendisitis dapat dipersiapkan hal-hal sebagai berikut:

Insisi transversal 5 cm atau oblik dibuat di atas titik maksimal nyeri tekan atau massa yang dipalpasi pada fos iliaka kanan. Otot dipisahkan ke lateral rektus abdominalis. Mesenterium appendikular dan dasar appendiks diikat dan appendiks diangkat. Tonjolan ditanamkan ke dinding sekum dengan menggunakan jahitan purse string untuk meminimalkan kebocoran intra abdomen dan sepsis.

Kavum peritoneum dibilas dengan larutan tetrasiklin dan luka ditutup. Diberikan antibiotik profilaksis untuk mengurangi luka sepsis pasca operasi yaitu metronidazol supositoria (Syamsuhidayat, 2004).

A. Pengkajian fokus

1) Biodata

Identitas klien nama, umur, jenis kelamin, setatus perkawinan, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan nomer registrasi

2) Pola nutrisi

a) Makan bersuhu ekstrem

b) Mengurangi pedas, alkohol, berlemak, kopi, coklat dan jus jeruk

3) Lingkungan

Dengan adanya lingkungan yang bersih maka daya tahan tubuh penderita akan lebih baik dari pada tinggal di lingkungan yang kotor

4) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Nyeri pada daerah kuadran kanan bawah, nyeri sekitar umbilikus

b) Riwayat kesehatan dahulu

Apakah klien pernah mengalami operasi sebelumnya pada colon

c) Riwayat kesehatan sekarang

Sejak kapan keluhan itu dirasakan, berapa lama keluhan terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, di mana

keluhan timbul, keadaan apa yang memperberat dan memperingankan keluhan

d) Riwayat kesehatan keluarga

Apakah anggota keluarga ada yang mengalami penyakit yang sama

5) Pola kesehatan menurut Gordon

a) Pola persepsi dan kesehatan

Pandangan klien dan keluarga tentang penyakit dan pentingnya kesehatan bagi klien dan keluarga serta upaya apa yang dilakukan dalam mengatasi masalah kesehatan

b) Pola nutrisi dan metabolik

Bagaimana pola nutrisi klien sebelum dan selama dirawat, apa porsi makanan klien, apakah selalu menghabiskan porsinya, apakah klien mengalami mual, muntah saat makan, apakah ada pantangan makanan

c) Pola istirahat dan tidur

Apakah klien mengalami perubahan pola tidur, berapa frekuensi tidur klien

d) Pola persepsi sensori dan kognitif

Bagaimana persepsi klien terhadap nyeri yang dirasakan diukur dengan PQRST.

P : Nyeri bertambah saat aktivitas dan berkurang saat istirahat

Q : Nyeri dirasakan seperti apa

R : Nyeri terjadi pada daerah mana

S : Berapa skala nyeri yang dirasakan klien

T : Nyeri dirasakan intermitten atau continue

e) Pola aktivitas dan latihan

Bagaimana aktivitas klien sehari-hari, apa aktivitas klien

6) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum : Lemah atau baik

b) Tingkat kesadaran : compos mentis

c) Tanda-tanda : TD, Hipotensi, RR : Takipnea,
N : Takikardi

d) Kepala : Mesocephal

e) Mata : Konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak

f) Dada atau paru

I : Bagaimana kembang kempis dada, simetris atau tidak

Pa : Bagaimana sternalfermitus kanan dan kiri sama atau tidak

Pe : Pekak seluruh lapang atau tidak

Au : Suara cordius tampak atau tidak

g) Jantung

I : Ictus cordius tampak atau tidak

Pa : Ictus cordius teraba atau tidak

Pe : konfigurasi normal atau tidak

Au : Terdapat suara abnormal atau tidak

h) Abdomen

I : Apakah ada pembesaran abdomen atau tidak

Pa : Dengarkan bising usus

i) Genetalia : Apakah terpasang kateter atau tidak bersih atau tidak

Anus : Apakah ada hemoroid atau tidak

7) Diagnosa keperawatan

Pre operasi

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis
- b) Cemas (ansietas) berhubungan dengan keterbatasan kognitif
- c) Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan faktor biologis

Pos operasi

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- b) Defisit perawatan diri berhubungan dengan nyeri
- c) Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan

Pengertian dari diagnosa yang diambil menurut NANDA NIC & NOC 2013:

- a) Nyeri akut : pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (international association for the study of pain) : awitan tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhirnya yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.
- b) Cemas (Ansietas) : perasaan tidak nyaman atau kekawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kalitidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu); perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan

yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memapukan individu untuk bertindak menghadapi ancaman.

- c) Defisit perawatan diri : hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas secara mandiri.
- d) Resiko infeksi : mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik.

Tabel 2.1 Perencanaan

No	Diagnosa keperawatan	Noc	Nic	Rasional
1.	Nyeri akut b.d agen injuri fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: -Pain level -Pain control -Comfort level Kriteria hasil: -Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) -Melaporkan bahwa nyeri telah berkurang	Pain managemen -Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor persepsi -observasi reksi nonferbal ketidaknyamanan -kurangi faktor presipitasi nyeri	-berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan terjadinya abses/ peritonitis - berguna dalam mengetahui tingkat kenyamanan klien terhadap rasa sakit yang dirasakan -berguna untuk

		dengan menggunakan manajemen nyeri -Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) -Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	-ajarkan teknik non farmakologo -berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	kenyamanan pasien dalam mengontrol nyeri -berguna untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien secara non farmakologi -berguna untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien secara farmakologi
2.	Cemas (ansietas) krisis situasional b.d	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: - anxiety self control -anxiety level -coping Kriteria hasil: -klien mampu mengidentifikasi dan mengungkap gejala cemas -mengidentifikasi, mengungkap dan menunjukkan	-gunakan pendekatan yang menenangkan -jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur -temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut -identifikasi	-berguna untuk kenyamanan pasien agar cemas berkurang -dapat meringankan ansietas trauma ketika pemeriksaan tersebut melibatkan pembedahan -mengurangi ansietas pasien

	teknik untuk mengontrol cemas	untuk tingkat kecemasan	-berguna untuk mengetahui seberapa kecemasan
	-vital sign dalam batas normal	-bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan	yang klien rasakan
	-postur tubuh, ekspresi wajah bahasatubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	-intruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi	-berguna dalam mengetahui hal apa saja yang ditakutkan pasien
			-berguna dalam penanaman rasa cemas klien
3.	Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d mual, muntah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan: - Nutritional status: food and fluid intake Kriteria hasil: - Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan - Berat badan ideal sesuai dengan badan	NIC Nutrition Management - Kaji adanya alergi makanan - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien - Anjurkan pasien untuk meningkatkan
			Berguna untuk mencegah supaya tidak terjadinya alergi kembali - Untuk menentukan diet makanan yang diberikan - Untuk mengetahui menu yang diberikan - Untuk mengetahui jumlah nutrisi dalam kandungan

-
- Tidak ada intake Fe kalori
tanda-tanda malnutrisi
 - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti
 - Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
 - Berikan substansi gula
 - Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
 - Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian
 - Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
 - Berikan
-

			informasi tentang kebutuhan nutrisi - Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan	
--	--	--	--	--

4.	Nyeri akut b.d agen cidera fisik	-Pain level -Pain control -Comfort level Kriteria hasil: -Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) -Melaporkan bahwa nyeri telah berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri -Mampu	Pain managemen -Lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor persepsi -observasi reksi nonferbal dari ketidak nyamanan -kurangi faktor presipitasi nyeri	-berguna dalam pengawasan keefektifan obat, kemajuan penyembuhan. Perubahan pada karakteristik nyeri menunjukkan terjadinya abses/ peritonitis - berguna dalam mengetahui tingkat kenyamanan klien terhadap rasa sakit yang dirasakan
----	---	---	--	--

	mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	-ajarkan teknik non farmakologo	-berguna untuk kenyamanan pasien dalam mengontrol nyeri
	-Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang	-berikan analgetik untuk mengurangi nyeri	-berguna untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien secara non farmakologi
			-berguna untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien secara farmakologi
5.	Defisit perawatan diri (berpakaian, eliminasi, makan, mandi) b.d nyeri	NOC -self care status -selft care : dressing -activity tolerance -fatiguelevel Kriteria hasil : -mampu melakukan tugas fisik yang paling mendasar dan aktifitas perawatan pribadi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu	NIC Selft-care assistance : bathing/ hygine -pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri -pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas
			-untuk membandingkan tindakan promosi aktivitas sesuai atau tidak dengan kebiasaan pasien sehingga pasein nyaman -untuk memilih apakah tindakan promosi

<p>-mampu mengenakan pakaian, toileting, makan dan minum, mandi secara mandiri.</p> <p>-perawatan diri : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat.</p> <p>-perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat</p>	<p>perawatan diri</p> <p>-menyediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya, deodoran, lotion, sikat gigi, sabun mandi, sampo, dan produk aromaterapi)</p> <p>-bantu pasien dalam mobilisasi</p>	<p>aktivitas ini bisa di mengerti dengan mudah atau sebaliknya</p> <p>-untuk membantu perlengkapan pemenuhan kebutuhan mandi pasien</p>
<p>-membantu pasien ke toilet</p> <p>-pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi</p>	<p>-membantu pasien ke toilet</p> <p>-pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi</p>	<p>-untuk mengantisipasi resiko jatuh dan membantu pemenuhan ADLs</p> <p>-untuk membantu agar aktivitas dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi terpenuhi</p> <p>-untuk memposisikan yang nyaman ketika pasien melakukan pemenuhan</p>

				-membantu pasien dalam pemenuhan ADLs -ajarkan perlahan untuk pemenuhan kebutuhan ADLs.	kebutuhan ADLS makan -untuk menghindari resiko jatuh saat pergi ketoilet -untuk menjaga privasi pasien
					-untuk memenuhi kebutuhan ADLS pasien
					-untuk melatih kemandirian pasien secara bertahap dalam kebutuhan ADLS
6	Resiko b.d mekanik	infeksi faktor keperawatan selama 4x6 jam diharapkan: - Tissue integrity: skin and mucous - Wound healing: primary and secondary intention	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4x6 jam diharapkan: - Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar - Jaga kulit agar tetap bersih dan kering	NIC Pressure ulcer prevention wound care	- Untuk mengurangi resiko gesekan pada luka - Untuk tetap menjaga kebersihan luka sehingga luka tidak terjadi infeksi - Memonitor

<p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfusi jaringan normal - Tidak ada tanda-tanda infeksi - Ketebalan dan tekstur jaringan normal - Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang - Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kulit akan adanya kemerahan - Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan - Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien - Monitor status nutrisi pasien - Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat - Observasi luka: lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal, formais traktus - Ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan 	<ul style="list-style-type: none"> adanya tanda-tanda infeksi pada luka - Untuk menjaga kelembaban kulit sehingga tidak terjadi luka - Untuk meminimalkan gerak pasien agar luka cepat kering - Untuk menjaga kebutuhan nutrisi pasien sehingga proses penyembuhan luka pasien lebih cepat - Untuk melihat perkembangan luka ada tidaknya kemajuan dalam proses penyembuhan luka - Untuk mengajarkan
--	--	--

luka	teknik mandiri dalam perawatan luka pasien
- Cegah kontaminasi fases dan urin	- Untuk menjaga agar luka tetap bersih
- Lakukan teknik perawatan luka dengan steril	- Untuk menjaga kebersihan luka sehingga meminimalkan resiko infeksi
- Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka	- Untuk mempercepat proses pengeringan pada luka
