

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit

2.1.1. Definisi Appendiktomi

Appendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit appendisitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Appendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Pristahayuningtyas, 2016). Klien dengan *Post* appendiktomi merupakan peristiwa setelah dilakukannya tindakan pembedahan pada appendiks yang mengalami inflamasi. Klien yang telah menjalani pembedahan dipindahkan ke ruang perawatan untuk pemulihan *post* pembedahan (memperoleh istirahat dan kenyamanan), dimana klien akan merasakan adanya nyeri akibat adanya kerusakan jaringan dilakukan insisi saat operasi (Black & Hawks, 2014). Appendisitis adalah Peradangan pada appendiks yang berbahaya jika tidak ditangani dengan segera dimana terjadi infeksi berat yang bisa menyebabkan pecahnya lumen usus (Williams, 2011).

2.1.2. Etiologi

Etiologi dilakukannya tindakan pembedahan pada penderita appendisitis dikarenakan appendiks mengalami peradangan. Appendiks yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi apabila tidak dilakukan tindakan pembedahan. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya. Sumbatan lumen appendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus. Disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor appendiks, dan cacing askariasis dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan appendisitis ialah erosi mukosa appendiks akibat parasit seperti *E.histolytica* (Sjamsuhidayat, 2011).

Faktor-faktor yang mempermudah terjadinya radang appendiks menurut Haryono (2012) diantaranya:

1. Faktor sumbatan

Faktor sumbatan merupakan faktor terpenting terjadinya appendisitis

(90%) yang diikuti oleh infeksi. Sekitar 60% obstruksi disebabkan oleh hyperplasia jaringan lymphoid submukosa, 35% karena stasis fekal, 4% karena benda asing dan sebab lainnya 1% diantaranya sumbatan oleh parasit dan cacing.

2. Faktor bakteri

Infeksi enterogen merupakan faktor pathogenesis primer pada appendisitis akut. Adanya fekalit dalam lumen appendiks yang telah terinfeksi dapat memperburuk dan memperberat infeksi, karena terjadi peningkatan stagnasi feses dalam lumen appendiks, pada kultur yang banyak ditemukan adalah kombinasi antara *Bacteriodes fragilis* dan *E.coli*, *Splanchius*, *Lacto-bacilus*, *Pseudomonas*, *Bacteriodes Splanicus*, sedangkan kuman yang menyebabkan perforasi adalah kuman anaerob sebesar 96% dan aerob lebih dari 10%.

3. Kecenderungan familial

Hal ini dihubungkan dengan terdapatnya malformasi yang herediter dari organ, appendiks yang terlalu panjang, vaskularisasi yang tidak baik dan letaknya yang mudah terjadi appendisitis. Hal ini juga dihubungkan dengan kebiasaan makan dalam keluarga terutama dengan diet rendah serat dapat memudahkan terjadinya fekalit dan menyebabkan obstruksi lumen.

4. Faktor ras dan diet

Faktor ras berhubungan dengan kebiasaan dan pola makanan sehari-hari. Bangsa kulit putih yang dulunya mempunyai resiko lebih tinggi dari negara yang pola makannya banyak serat, namun saat sekarang kejadiannya terbalik. Bangsa kulit putih telah mengubah pola makan mereka ke pola makan tinggi serat. Justru negara berkembang yang dulunya mengonsumsi tinggi serat kini beralih ke pola makan rendah serat, kini memiliki risiko appendisitis yang lebih tinggi.

2.1.3. Patofisiologi

Appendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen appendiks, penyumbatan tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi

mukosa mengalami bendungan. Makin lama mukus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding appendiks memiliki keterbatasan sehingga terjadi peningkatan tekanan intralumen. Tekanan tersebut akan menghambat aliran limfe yang menyebabkan edema, diaporesis bakteri dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi appendisitis akut fokal yang ditandai dengan nyeri epigastrium. Bila sekresi mukus berlanjut, tekanan akan terus meningkat dan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang meluas dan mengenai peritoneum setempat akan menyebabkan nyeri perut kanan bawah. Keadaan ini disebut appendisitis supuratif akut. Bila aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding appendiks yang diikuti dengan gangren, stadium ini disebut appendisitis gangrenosa. Bila dinding appendiks yang rapuh tersebut pecah maka akan terjadi appendisitis perforasi. Tindakan yang dilakukan adalah dengan pembedahan, salah satunya adalah appendiktomi.

2.1.4. Komplikasi *Post* Appendiktomi

Komplikasi yang terjadi pada appendiktomi menurut Smeltzer dan Bare (2012), yaitu :

1. Infeksi

Infeksi pada luka, ditandai luka mengeluarkan cairan kuning atau nanah, kulit di sekitar luka menjadi merah, panas, bengkak & terasa semakin sakit.

2. Abses (nanah)

Terdapat kumpulan nanah di dalam rongga perut dengan gejala demam dan nyeri perut.

3. Komplikasi yang jarang muncul adalah ileus dan gangren usus.

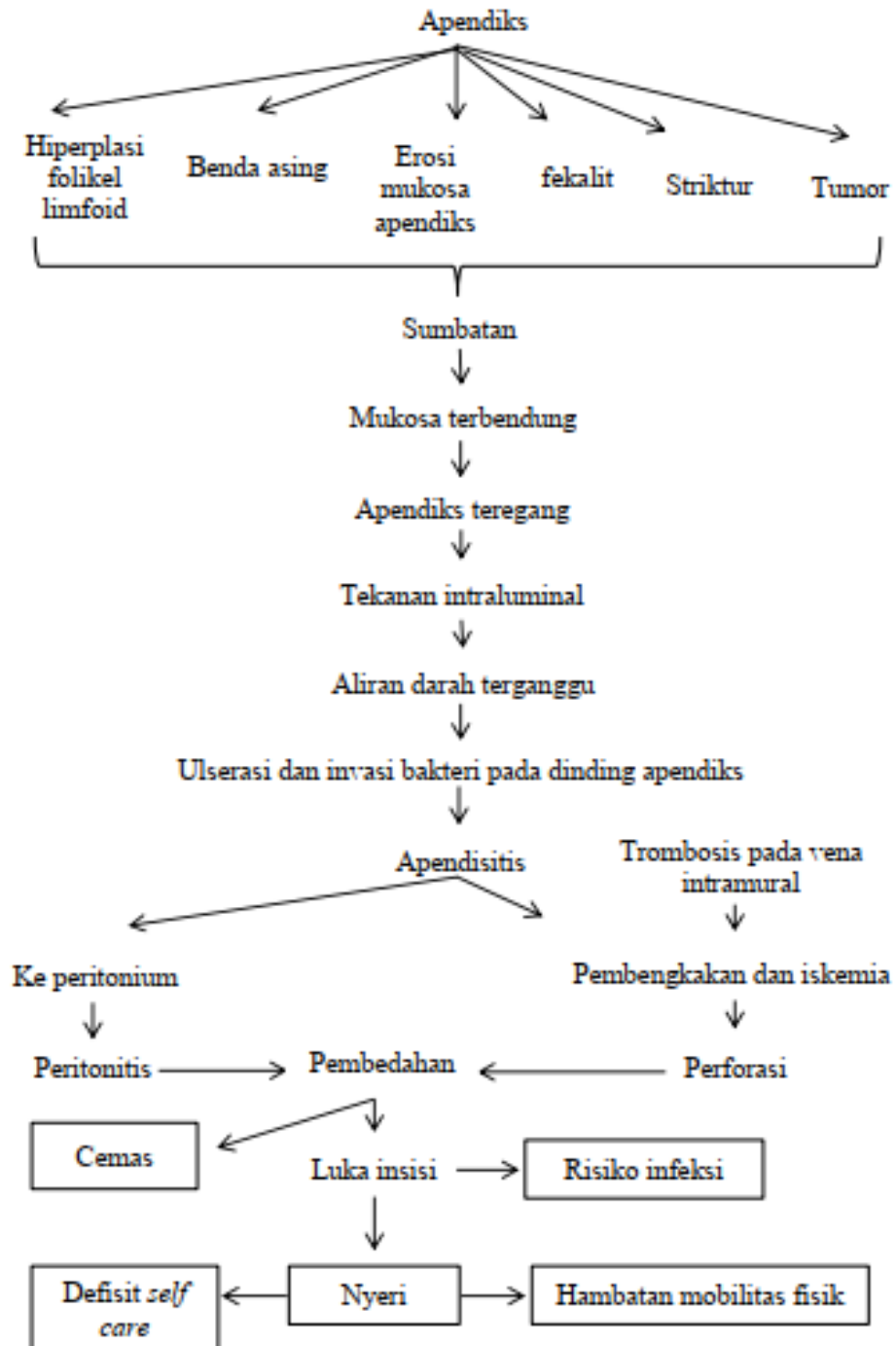
2.1.5. Masalah Yang Timbul *Post* Appendiktomi

Masalah yang banyak terjadi pada penderita *post* appendiktomi menurut Wilkinson & Ahern (2013):

1. Nyeri akut
2. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3. Hambatan mobilitas fisik
4. Konstipasi, ansietas

5. Kerusakan integritas jaringan kulit
6. Resiko infeksi
7. Defisit pengetahuan

2.1.6. Pathway Appendiktomi



Gambar 2.1. Pathway Appendiktomi

Sumber: Mansjoer (2010)

2.1.7. Konsep Nyeri

Nyeri merupakan ketidaknyamanan sensori dan pengalaman emosional berkaitan dengan jaringan yang rusak secara potensial dan aktual atau dipersepsikan dalam bentuk kerusakan. Nyeri adalah perasaan yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional ditandai dengan jaringan rusak baik secara aktual atau potensial yang diartikan kerusakan tersebut (Demir, 2012).

Nyeri setelah pembedahan merupakan hal yang biasa terjadi, yang perlu diwaspadai jika nyeri disertai dengan komplikasi setelah pembedahan seperti luka jahitan yang tidak menutup, infeksi pada luka operasi, dan gejala lain yang berhubungan dengan jenis pembedahan (Potter & Perry, 2012).

2.1.8. Klasifikasi nyeri

Menurut smeltzer dan Bare (2012), terdapat dua tipe nyeri:

1. Nyeri akut.

Nyeri ini bersifat mendadak, durasi singkat, biasanya berhubungan dengan kecemasan. Orang biasa meresponnya dengan cara fisiologis yaitu diaforesis, peningkatan denyut jantung, peningkatan pernafasan, peningkatan tekanan darah dan dengan perilaku. Nyeri akut merupakan mekanisme yang berlangsung kurang dari enam bulan, secara fisiologis terjadi perubahan denyut jantung, frekuensi nafas, tekanan darah, aliran darah perifer, tekanan otot, keringat pada telapak tangan dan perubahan pada ukuran pupil.

2. Nyeri Kronik.

Nyeri ini bersifat dalam, tumpul, diikuti dengan berbagai macam gangguan. Terjadi lambat dan meningkat secara perlahan, dimulai setelah detik pertama dan meningkat perlahan sampai beberapa detik atau menit. Nyeri ini biasanya berhubungan dengan kerusakan jaringan yang sifatnya terus menerus atau intermitten. Nyeri kronik merupakan nyeri yang konsisten yang menetap sepanjang satu periode waktu dan tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak mempunyai respon

terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Nyeri kronik ini sering di definisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih.

2.1.9. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri *Post Appendiktomi*

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri *post* appendiktomi (Aulawi, 2014) adalah sebagai berikut:

1. Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak kecil mempunyai kesulitan memahami nyeri dan prosedur yang sedang dilakukan perawat yang menyebabkan nyeri. Anak-anak juga mengalami kesulitan secara verbal dalam mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri, sedangkan klien yang berusia lanjut, memiliki resiko tinggi mengalami situasi yang membuat mereka merasakan nyeri akibat adanya komplikasi penyakit dan degeneratif.

2. Jenis kelamin

Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama, namun secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berspon terhadap nyeri.

3. Kebudayaan

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*introverti*).

4. Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan. Makanya nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi dengan nyeri.

5. Perhatian

Tingkat seseorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat

dihubungkan dengan nyeri yang meningkat sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

6. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Apabila rasa cemas tidak mendapat perhatian dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan nyeri yang serius.

7. Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin dan menurunkan kemampuan koping sehingga menimbulkan persepsi nyeri.

8. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya namun tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah di masa yang akan datang.

9. Gaya koping

Individu yang memiliki fokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri.

10. Dukungan keluarga dan sosial

Kehadiran orang-orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien mempengaruhi respon nyeri. Klien dengan nyeri memerlukan dukungan, bantuan dan perlindungan walaupun nyeri tetap dirasakan namun kehadiran orang yang dicintai akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

2.1.10. Konsep Relaksasi Nafas Dalam

Aktivitas keperawatan *post* operasi berfokus pada peningkatan penyembuhan klien dan melakukan penyuluhan. Peran perawat yang mendukung proses kesembuhan klien yaitu dengan memberikan dorongan kepada klien untuk melakukan mobilisasi setelah operasi (Potter & Perry, 2012). Perawat berperan besar dalam penanggulangan nyeri secara non-farmakologi yakni melatih teknik relaksasi nafas dalam yang merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan (Smeltzer & Bare, 2012).

1. Definisi Relaksasi Nafas Dalam

Salah satu penanganan nyeri non-farmakologi yaitu relaksasi nafas dalam. Relaksasi nafas dalam adalah cara menghirup udara secara dalam, nafas perlahan (inspirasi secara optimal) dan nafas dikeluarkan secara perlahan (Smeltzer & Bare). Teknik ini berguna agar ventilasi paru lebih maksimal dan oksigenasi darah yang optimal. Beberapa penelitian telah menunjukkan nyeri *post* operasi menurun setelah melakukan relaksasi nafas dalam secara efektif seperti penelitian Yusrizal (2012) meneliti nyeri menurun setelah klien dilakukan relaksasi nafas dalam pada klien *post* appendiktomi di RSUD Dr. Zein.

Keuntungan teknik relaksasi nafas dalam antara lain dapat dilakukan setiap saat, kapan saja, caranya sangat mudah dan dapat dilakukan secara mandiri oleh klien tanpa media serta merilekskan otot-otot yang tegang dan mengurangi nyeri, teknik ini tidak dapat dilakukan pada klien yang mengalami gangguan pernafasan seperti sesak (Tomy, 2017).

2. Tujuan dan Manfaat

Smeltzer & Bare (2012) tujuan relaksasi nafas dalam yaitu untuk mengontrol ventilasi paru dan efisien serta kerja nafas berkurang, inflasi alveolar maksimal, relaksasi otot meningkat, ansietas berkurang, frekuensi pernafasan menjadi lambat, udara yang terperangkap berkurang serta kerja nafas berkurang.

Manfaat relaksasi pada klien *post* Appendiktomi, saat relaksasi pernafasan klien menjadi lebih baik dan teratur serta konsentrasi oksigen meningkat dalam tubuh yang membuat darah mengalir ke jaringan yang rusak dapat terpenuhi. Otot-otot abdomen menjadi berfungsi lebih baik. Saat relaksasi perhatian klien tidak pada nyeri *post* operasi melainkan ke sensasi dari efek relaksasi tersebut (Smeltzer & Bare, 2012).

3. Mekanisme Relaksasi Nafas Dalam

Smeltzer & Bare (2012) teknik ini bekerja dengan intensitas nyeri diturunkan melalui metode: pertama, otot rangka direlaksasikan yang merasakan spasme disebabkan oleh prostaglandin yang meningkat

maka terjadi pembuluh darah mengalami vasodilatasi dan aliran darah menuju ke daerah yang mengalami tegang dan kekurangan oksigen. Kedua, ini dipercaya dapat menstimulus tubuh untuk melepaskan opioid endogen berupa hormon enkefalin dan endorpin. Pemberian teknik relaksasi menjadi kebijakan setiap klien dilakukan suatu rumah sakit.

4. Prosedur teknik relaksasi nafas dalam

Langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam menurut Aulawi (2014) adalah sebagai berikut :

- a. Atur klien pada posisi yang nyaman.
- b. Minta klien untuk menarik nafas melalui hidung secara perlahan dan merasakan kembang kempisnya perut.
- c. Minta klien untuk menahan nafas selama beberapa detik kemudian keluarkan nafas secara perlahan melalui mulut.
- d. Beritahukan klien bahwa pada saat mengeluarkan nafas, mulut pada posisi mecucu.
- e. Minta klien untuk mengeluarkan nafas sampai perut mengempis
- f. Lakukan latihan nafas ini 2-4 kali.

Supaya relaksasi dapat dilakukan dengan efektif, maka diperlukan partisipasi dan kerjasama individu. Teknik relaksasi diajarkan hanya saat klien sedang tidak merasakan rasa tidak nyaman, hal ini dikarenakan ketidakmampuan dalam berkonsentrasi membuat latihan nafas menjadi tidak efektif.

2.2. Konsep Dasar Masalah Keperawatan

Appendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit appendisititis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Appendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Pristahayuningtyas, 2016).

Nyeri terjadi akibat luka, penarikan, manipulasi jaringan serta organ. Nyeri pasca operasi hebat dirasakan pada pembedahan intratoraks, intra-abdomen, dan pembedahan ortopedi mayor. Nyeri adalah sensasi yang tidak menyenangkan dan sangat individual yang tidak dapat dibagi kepada

orang lain. Nyeri dapat memenuhi seluruh pikiran seseorang, mengatur aktivitasnya, dan mengubah kehidupan orang tersebut. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego individu (Potter & Perry, 2012).

Bila klien mengeluh nyeri, maka hanya satu yang mereka inginkan yaitu mengurangi rasa nyeri. Hal itu wajar, karena nyeri dapat menjadi pengalaman yang kurang menyenangkan akibat pengelolaan nyeri yang tidak adekuat. Teknik farmakologi adalah cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri terutama untuk nyeri yang sangat hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan berhari-hari (Smeltzer and Bare,2012).

Pemberian analgesik biasanya dilakukan untuk mengurangi nyeri. Selain itu, untuk mengurangi nyeri umumnya dilakukan dengan memakai obat tidur. Namun pemakaian yang berlebihan membawa efek samping kecanduan, bila overdosis dapat membahayakan pemakainya (Pinandita 2012).

Teknik relaksasi sangat dibutuhkan bila efek dari obat yang diberikan berkurang dan mengalami nyeri sebelum waktu minum obat, sehingga diperlukan teknik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri. Beberapa penelitian, telah menunjukkan bahwa relaksasi efektif dalam menurunkan nyeri pascaoperasi. Ini mungkin karena relatif kecilnya peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca operatif atau kebutuhan klien untuk melakukan teknik relaksasi tersebut agar efektif. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri (Smeltzer and Bare 2012).

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif klien. Teknik relaksasi nafas dalam membuat klien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri (Potter & Perry 2012). Secara fisiologis, keadaan relaksasi ditandai

dengan penurunan kadar epinefrin dalam darah, menyebabkan penurunan ketegangan otot, metabolisme menurun, vasodilatasi dan peningkatan temperatur pada extremitas. Teknik relaksasi nafas dalam sangat efektif dilakukan pada klien *post* appendiktomi (Chandra, 2013).

2.3. Asuhan Keperawatan *Post* Appendiktomi

2.3.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada penderita *post* operasi (Haryono, 2012) adalah:

1. Jalan nafas dan pernafasan.

Agen anestesi tertentu menyebabkan depresi pernafasan. Waspadai pernafasan dangkal, lambat, dan batuk lemah. Kaji patensi jalan nafas, irama, kedalaman ventilasi, simetri gerakan dinding dada, suara nafas, dan warna mukosa.

2. Sirkulasi

Penderita berisiko mengalami komplikasi kardiovaskular yang disebabkan oleh hilangnya darah aktual atau potensial dari tempat pembedahan, efek samping anestesi, ketidakseimbangan elektrolit, dan depresi mekanisme yang mengatur sirkulasi normal. Masalah umum awal sirkulasi adalah perdarahan. Kehilangan darah dapat terjadi secara eksternal melalui saluran atau sayatan internal. Kedua tipe ini menghasilkan perdarahan dan penurunan tekanan darah, jantung, dan laju pernapasan meningkat, nadi terdengar lemah, kulit dingin, lembab, pucat, dan gelisah.

3. Kontrol suhu

4. Keseimbangan cairan dan elektrolit.

Kaji status hidrasi dan pantau fungsi jantung dan saraf untuk tanda-tanda perubahan elektrolit. Monitor dan bandingkan nilai-nilai laboratorium dengan nilai-nilai dasar dari penderita. Catatan yang akurat dari asupan dan keluaran dapat menilai fungsi ginjal dan peredaran darah. Ukur semua sumber keluaran, termasuk urin, keluaran dari pembedahan, drainase luka dan perhatikan setiap keluaran yang tidak terlihat dari diaphoresis.

5. Integritas kulit dan kondisi luka Perhatikan jumlah, warna, bau dan konsistensi drainase diperban. Pada penggantian perban pertama

kalinya perlu dikaji area insisi, jika tepi luka berdekatan dan untuk perdarahan atau drainase.

6. Fungsi perkemihan Anestesi epidural atau spinal sering mencegah penderita dari sensasi kandung kemih yang penuh. Raba perut bagian bawah tepat di atas simfisis pubis untuk mengkaji distensi kandung kemih. Jika penderita terpasang kateter urin, harus ada aliran urin terus menerus sebanyak 30-50 ml/jam pada orang dewasa.
7. Fungsi gastrointestinal Inspeksi abdomen untuk memeriksa perut kembung akibat akumulasi gas. Kaji kembalinya peristaltik setiap 4 sampai 8 jam. Auskultasi perut secara rutin untuk mendeteksi suara usus kembali normal, 5-30 bunyi keras per menit pada masing-masing kuadran menunjukkan gerak peristaltik yang telah kembali.
8. Kenyamanan Penderita merasakan nyeri sebelum mendapatkan kembali kesadaran penuh. Kaji nyeri penderita dengan skala nyeri.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan dengan penderita *post* operasi appendisitis menurut Wilkinson, J dan Ahern (2013):

1. Nyeri akut

Batasan karakteristik

- a. Subjektif: mengungkapkan nyeri secara verbal.
- b. Objektif: posisi untuk menghilangkan nyeri, perubahan tonus otot (dengan rentang lemas tidak bertenaga sampai kaku), respon autonomik (misalnya diaphoresis, perubahan tekanan darah, pernapasan atau nadi, dilatasi pupil), perubahan selera makan, gangguan tidur.
- c. Faktor yang berhubungan Agen-agen penyebab cedera (biologis, kimia, fisik, dan psikologis).

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Batasan karakteristik

- a. Subjektif: kram abdomen, nyeri abdomen, menolak makan, persepsi ketidakmampuan untuk mencerna makanan, merasa cepat kenyang setelah makan.

- b. Objektif: bising usus hiperaktif, kurangnya minat terhadap makanan, membran mukosa pucat, tonus otot buruk.
 - c. Faktor yang berhubungan Ketidakmampuan untuk menelan atau menerima makanan atau menyerap nutrisi akibat faktor biologis, psikologis, atau ekonomi. Contoh menurut NANDA yaitu kesulitan mengunyah dan menelan, hilangnya nafsu makan, mual, dan muntah.
3. Hambatan mobilitas fisik.

Batasan karakteristik

- a. Objektif: kesulitan membolak-balik posisi tubuh, dispnea saat beraktivitas, keterbatasan rentang gerak sendi, ketidakstabilan postur tubuh (saat melakukan rutinitas aktivitas kehidupan sehari-hari), melambatnya pergerakan, gerakan tidak teratur atau tidak terkoordinasi.
 - b. Faktor yang berhubungan: Perubahan metabolisme sel, gangguan kognitif, penurunan kekuatan/kendali/massa otot, ansietas, ketidaknyamanan dan nyeri, intoleransi aktivitas dan penurunan kekuatan, kaku sendi/kontaktur, gangguan muskuluskeletal, gangguan neuromuskuler, nyeri, program pembatasan pergerakan, gaya hidup yang kurang gerak, malnutrisi, gangguan sensori persepsi.
4. Konstipasi

Batasan karakteristik

- a. Subjektif: nyeri abdomen, nyeri tekan pada abdomen dengan atau tanpa resistansi otot yang dapat dipalpasi, perasaan penuh dan tekanan pada rektum, nyeri saat defekasi.
- b. Objektif: perubahan pola defekasi, distensi abdomen, bising usus hipoaktif, tidak mampu mengeluarkan feses, feses yang kering, keras dan padat.
- c. Faktor yang berhubungan:
 - 1) Kebiasaan mengabaikan desakan untuk defekasi.
 - 2) Asupan serat dan cairan tidak mencukupi.
 - 3) Perubahan pola makan dan jenis makanan yang dikonsumsi.
 - 4) Antikolinergis, antidepresan, diuretik, sedatif.

5. Ansietas

Batasan karakteristik

- a. Perilaku: penurunan produktivitas, mengekspresikan kekhawatiran akibat peristiwa dalam hidup, gelisah, memandang sekilas, insomnia, kontak mata buruk, resah, menyelidik dan tidak waspada.
- b. Afektif: gelisah, kesedihan yang mendalam, fokus pada diri sendiri, gugup, marah, menyesal, perasaan takut, ketidakpastian, khawatir.
- c. Fisiologis: wajah tegang, peningkatan keringat, gemetar atau tremor di tangan, suara bergetar.
- d. Parasimpatis: nyeri abdomen, penurunan tekanan darah, penurunan nadi, pingsan, sering berkemih.
- e. Simpatis: mulut kering, jantung berdebar-debar, dilatasi pupil, kelemahan.
- f. Kognitif: konfusi, kesulitan untuk berkonsentrasi.
- g. Faktor yang berhubungan:
 - 1) Terpajan toksin
 - 2) Stres
 - 3) Ancaman atau perubahan pada status peran, fungsi peran, lingkungan, status kesehatan.

6. Risiko Infeksi

Faktor yang berhubungan:

- a. Penyakit kronis.
- b. Penekanan sistem imun.
- c. Pertahanan primer tidak adekuat.

7. Defisit Pengetahuan

Batasan karakteristik

- a. Ketidakkuratan mengikuti perintah.
- b. Perilaku tidak tepat (misal histeria, bermusuhan, agitasi, apatis)
Pengungkapan masalah.
- c. Sering bertanya.
- d. Faktor yang berhubungan:
 - 1) Keterbatasan kognitif.
 - 2) Kurang minat dalam belajar.
 - 3) Kurang dapat mengingat.

2.3.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan dengan penderita *post* operasi appendiktomi menurut Wilkinson, J dan Ahern (2013):

1. Nyeri akut

a) Kriteria hasil

- (1) Memperlihatkan pengendalian nyeri yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5: tidak pernah, jarang, kadang-kadang, sering, atau selalu).
- (2) Mengenali awitan nyeri.
- (3) Menggunakan tindakan pencegahan.
- (4) Melaporkan nyeri dapat dikendalikan.

b) Menunjukkan tingkat nyeri.

- (1) Ekspresi nyeri pada wajah.
- (2) Gelisah atau ketegangan otot.
- (3) Durasi episode nyeri.
- (4) Merintih dan menangis.
- (5) Gelisah.

c) Intervensi

- (1) Observasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan, khususnya pada mereka yang tidak mampu berkomunikasi efektif.
- (2) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.
- (3) Ajarkan penggunaan teknik non-farmakologi (misalnya, umpan balik biologis, relaksasi, imajinasi terbimbing, terapi musik, distraksi, terapi bermain, terapi aktivitas, kompres hangat atau dingin, massase sebelum dan sesudah, dan jika memungkinkan selama aktivitas yang menimbulkan nyeri).
- (4) Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon penderita terhadap ketidaknyamanan (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, dan kegaduhan).
- (5) Pastikan pemberian analgesik, terapi atau strategi non-farmakologi sebelum melakukan prosedur yang menimbulkan nyeri.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.
 - a) Kriteria hasil:
 - 1) Memperlihatkan status gizi: asupan makanan dan cairan, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5: tidak adekuat, sedikit adekuat, cukup adekuat, adekuat, sangat adekuat).
 - 2) Makanan oral, pemberian makanan lewat selang, atau nutrisi parenteral total.
 - 3) Asupan cairan oral/IV.
 - 4) Mempertahankan berat badan ideal.
 - 5) Memiliki nilai laboratorium (misalnya, transferin, albumin, dan elektrolit dalam batas normal).
 - b) Intervensi
 - 1) Timbang pada interval yang tepat.
 - 2) Instruksikan penderita agar menarik napas dalam, perlahan, dan menelan secara sadar untuk mengurangi mual dan muntah.
 - 3) Tentukan dengan melakukan kolaborasi bersama ahli gizi, jika diperlukan, jumlah kalori dan jenis zat gizi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (khususnya untuk penderita dengan kebutuhan energi tinggi, seperti penderita pasca bedah dan luka bakar, trauma, demam, dan luka).
 - 4) Berikan obat antiemetik dan atau analgesik sebelum makan atau sesuai jadwal yang dianjurkan.
3. Hambatan mobilitas fisik.
 - a. Kriteria hasil:
 - 1) Klien meningkat dalam aktivitas fisik.
 - 2) Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas.
 - 3) Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah.
 - 4) Memperagakan penggunaan alat.
 - 5) Bantu untuk mobilisasi.
 - b. Intervensi
 - 1) Monitor *vital sign* sebelum dan sesudah latihan dan lihat respon

klien saat latihan.

- 2) Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera.
- 4) Ajarkan klien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi.
- 5) Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi.
- 6) Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan.
- 7) Damping dan bantu klien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL klien.
- 8) Berikan alat bantu jika memerlukan.
- 9) Ajarkan klien bagaimana mengubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

4. Konstipasi

a. Kriteria hasil:

- 1) Konstipasi menurun, yang dibuktikan oleh defekasi.
- 2) Pola eliminasi (dalam rentang yang diharapkan).
- 3) Feses lunak dan berbentuk.

b. Intervensi

- 1) Dapatkan data dasar mengenai program defekasi, aktivitas, pengobatan, dan pola kebiasaan penderita.
- 2) Kaji dan dokumentasikan
 - a) Warna dan konsistensi feses pertama pasca operasi.
 - b) Frekuensi, warna dan konsistensi feses.
 - c) Keluarnya flatus.
 - d) Ada atau tidak ada bising usus.
- 3) Identifikasi factor yang dapat menyebabkan konstipasi.
- 4) Informasikan kepada penderita kemungkinan konstipasi akibat obat.
- 5) Tekankan pentingnya menghindari mengejan selama defekasi untuk mencegah perubahan tanda vital, perdarahan.

- 6) Konsultasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan serat dan cairan dalam diet.
5. Ansietas
 - a. Kriteria hasil
 - 1) Ansietas berkurang, dibuktikan oleh bukti tingkat ansietas hanya ringan sampai sedang, konsentrasi.
 - 2) Meneruskan aktivitas yang dibutuhkan mengalami kecemasan.
 - 3) Memiliki tanda-tanda vital dalam batas normal.
 - b. Intervensi
 - 1) Kaji faktor budaya (misalnya konflik nilai) yang menjadi penyebab ansietas.
 - 2) Berikan penguatan positif kepada penderita.
 - 3) Berikan sikap empatik secara verbal dan nonverbal.
 - 4) Berikan informasi kepada keluarga tentang gejala ansietas.
 - 5) Ajarkan relaksasi distraksi.
 - 6) Kolaborasi pemberian obat ansietas jika diperlukan.
 6. Defisit pengetahuan
 - a. Kriteria hasil
 - 1) Klien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan.
 - 2) Klien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
 - 3) Klien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan.
 - b. Intervensi
 - 1) Kaji sejauh mana pengetahuan klien mengenai penyakitnya.
 - 2) Jelaskan patofisiologi, tanda, dan gejala dari penyakit.
 - 3) Berikan penjelasan yang mudah dimengerti apabila klien bertanya
 - 4) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi.
 - 5) Diskusikan pilihan terapi atau penanganan.

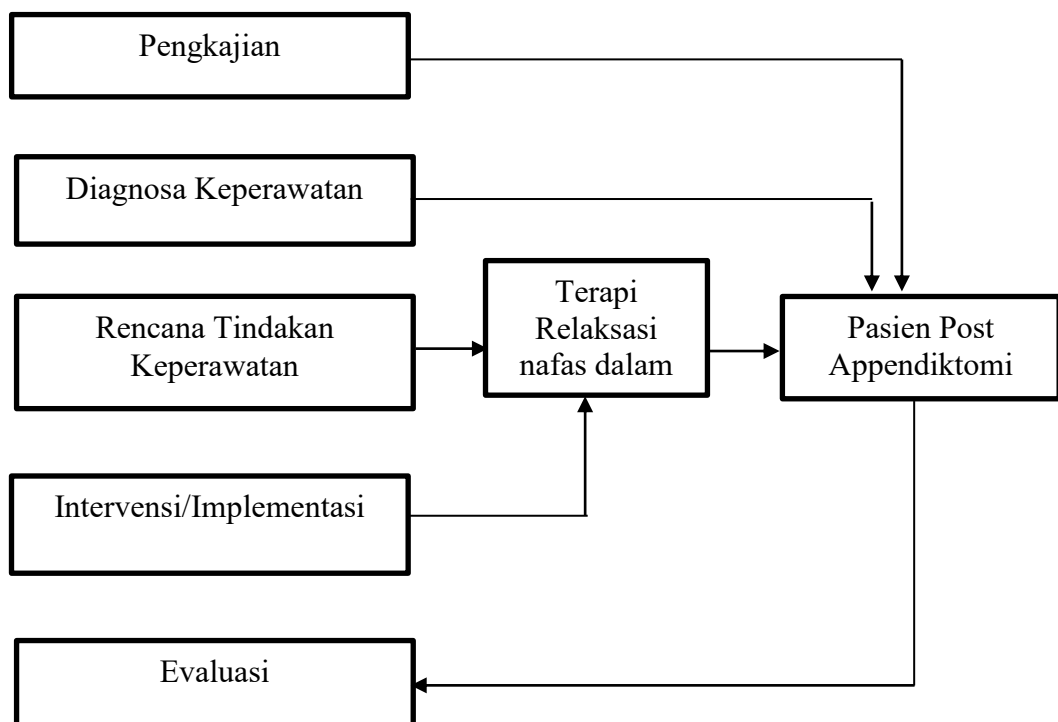
2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dalam masalah status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2012).

2.3.5. Evaluasi

Menurut Doengoes (2014), evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan Antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku yang ditunjukkan klien.

2.4. Kerangka Konsep



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Asuhan Keperawatan