

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

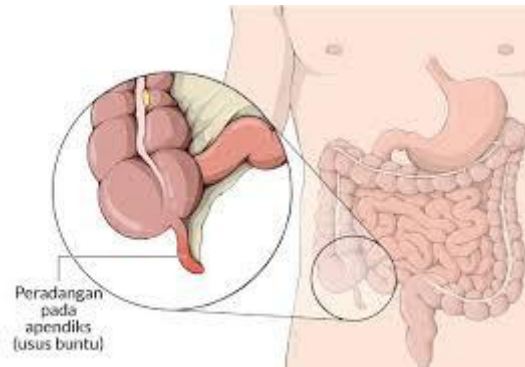
A. Konsep Dasar Penyakit Apendisitis

1. Definisi

Apendisitis adalah peradangan yang terjadi pada lapisan mukosa dari apendiks vermiformis yang kemudian dapat menyebar ke bagian lain dari apendiks. Peradangan ini terjadi karena adanya sumbatan atau infeksi pada lumen apendiks. Apendisitis yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan beberapa komplikasi seperti perforasi atau sepsis, bahkan dapat menyebabkan kematian (Smeltzer & Bare, 2018).

Apendisitis merupakan suatu penyakit pada sistem pencernaan manusia yang disebabkan oleh infeksi bakteri. Sumbatan pada apendiks diindikasikan sebagai penyebab utama terjadinya apendisitis. Namun, terdapat juga berbagai penyebab terjadinya apendisitis. Pola makan yang kurang serat, bahkan makanan yang dikonsumsi dan cara pengolahan serta waktu makan yang tidak teratur ternyata juga dapat menyebabkan apendisitis (Arifuddin dkk, 2017).

2. Anatomi fisiologi



Sistem pencernaan dilewati beberapa organ berikut organ-organ pencernaan

a. Mulut (Cavum Oris)

Tempat masuknya makanan dan terjadi pengunyahan oleh (gigi) dan di cerna (oleh enzim amilase dalam air liur)

b. Faring (tenggorokan)

Persimpangan saluran makanan dan udara dan mengarahkan makanan ke esophagus

c. Esofagus (kerongkongan)

Saluran otot sepanjang +25cm akan mendorong makanan ke lambung dengan gerakan peristaltic.

d. Lambung (Venrikulus/Gaster)

Lambung akan mengaduk makanan dengan enzim dan asam lambung dapat mengubah makanan jadi kimus (chime) cairan kental setengah cerna.

e. Usus halus (intestinum tenue)

Usus halus terdiri dari 3 bagian yaitu:

Duodenum (usus 12 jari) tempat enzim pancreas dan empedu masuk, jejunum dan ileum fungsinya penyerapan nutrisi

f. Usus besar (Intestinum Crassum)

Terdiri dari sekum dan kolon

Disitulah terjadinya apendisitis atau usus buntu atau dalam istilah medis disebut apendiks. Sebuah kantong kecil dan tipis yang menempel pada awal usus besar (kolon), tepatnya di bagian sekum, yang terletak di perut kanan bawah. Jadi meskipun apendisitis berkaitan dengan usus besar, peradangan yang spesifik terjadi apendiks vermiformis yaitu bagian kecil dari usus besar. Jika tidak segera ditangani dapat menyebabkan komplikasi serius seperti apendiks pecah.

g. Rectum dan Anus

Fungsinya menyerap air membentuk dan menyimpan feses.

3. **Klasifikasi Apendisitis**

Klasifikasi Apendisitis menurut (Smeltzer,2018) berdasarkan klinik patologis adalah sebagai berikut.

a. Apendisitis akut

- 1) Apendisitis akut sederhana (Catarrhal Apendisitis) proses peradangan baru terjadi di mukosa dan sub mukosa disebabkan obstruksi. Sekresi mukosa menumpuk dalam lumen apendisitis dan terjadi peningkatan

tekanan dalam lumen yang mengganggu aliran limfe, mukosa apendisitis jadi menebal, edema, dan kemerahan. Gejala diawali rasa nyeri di daerah umbilicus, mual, muntah, anoreksia, malaise, dan demam ringan.

- 2) Apendisitis Akut purulenta (suppurative Apendisitis) tekanan dalam lumen terus bertambah disertai edema menyebabkan terbenyung aliran vena pada dinding apendisitis dan menimbulkan trombus. Keadaan ini memperberat iskemia dan edema pada apendiks. Mikroorganisme yang ada di usus besar berinvansi ke dalam dinding apendisitis menimbulkan infeksi serosa sehingga serosa menjadi suram karena dilapisi eksudat dan fibrin.
- 3) Apendisitis Akut Gangrenosa bila terkena dalam lumen terus bertambah, aliran darah mulai terganggu sehingga terjadi infark dan gangren. Selain didapatkan tanda-tanda supuratif, apendiks mengalami gangren pada bagian tertentu.

b. Apendisitis Infiltrat

Apendisitis infiltrat adalah proses radang apendisitis yang penyebarannya dapat dibatasi oleh omentum, usus halus, sekum, kolon dan peritoneum sehingga membentuk gumpalan massa flegmon yang melekat erat satu dengan yang lainnya.

1) Apendisitis Abses

Apendisitis abses terjadi bila massa lokal yang terbentuk berisi nanah (pus), biasanya di fossa illuaka kanan, lateral dari sekum, retrocaecal, subcaecal, dan pelvic.

2) Apendisitis Perforasi

Apendisitis perforasi adalah pecahan apendisitis yang sudah ganggren yang menyebabkan kan pus masuk ke dalam rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum. Pada dinding apendisitis tampak daerah perforasi dikelilingi oleh jaringan nekrotik.

3) Apendisitis kronik

Apendisitis kronik adalah nyerinperut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik apendisitis secara makroskopik dan mikroskopik dan keluhan menghilang setelah apendiktomi.

4. Etiologi

Apendisitis umumnya disebabkan oleh obstruksi. Karena Apendisitis adalah pelengkap kecil seperti jari dari sekum, apendisitis rentan terhadap obstruksi karena secara teratur mengisi dan mengosongkan isi usus. Obstruksi dapat disebabkan oleh fekalit (massa feses yang keras), benda asing dalam lumen apendisitis, penyakit fibrosa pada dinding usus, infestasi parasite, atau puntiran apendisitis oleh perlengketan. Dari semua kasus, sekitar 60% berhubungan dengan hiperlaksia folikel limfoid submucosa dan 35% dengan statis tinja atau fekalit. Hal ini terkait penyakit radang usus, infeksi gastroinstetinal, parasite benda asing, dan neoplasma (Smeltzer, dkk, 2010).

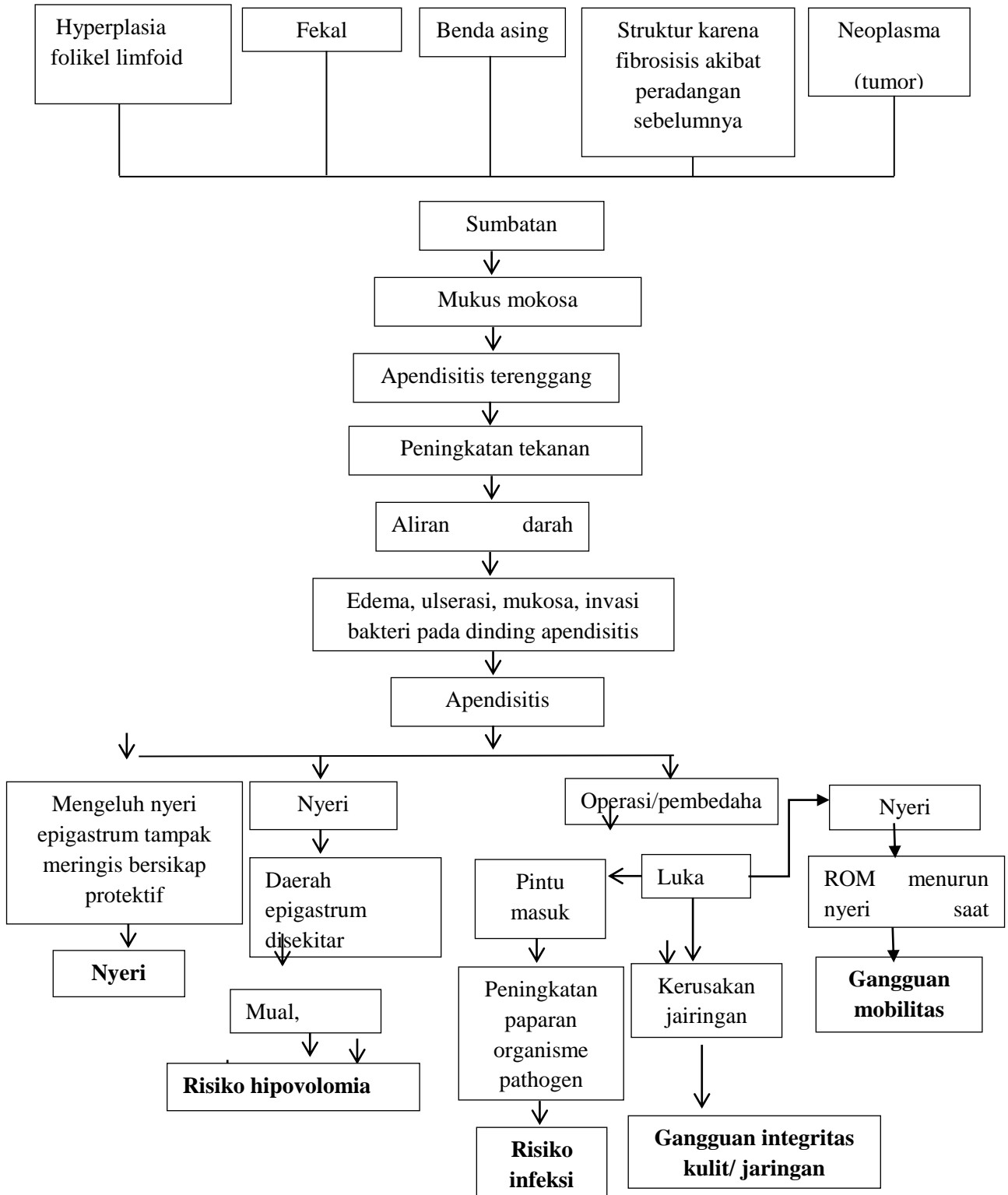
Tidak ada faktor risiko khusus untuk radang usus buntu yang telah diidentifikasi. Karena tidak dapat dicegah, deteksi dini terhadap kondisi tersebut menjadi penting (Black&Hawks,2009).

5. Patofisiologi

Apendisitis dimulai saat apendiks tersumbat disebabkan oleh adanya benda asing akibatnya bakteri berkembang biak di dalam apendiks sehingga terjadinya peradangan, pembengkakan, dan nyeri pada abdomen bagian kanan. Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel 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, diapadesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal 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 peritonium setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut dengan apendisitis supuraktif akut. Apabila 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 disebut infiltrat apendikularis

6. Patwahy



Gambar 2.1 (Manjoer 2007)

7. Manifestasi Klinis

Gejala berkembang cepat, kondisi dapat didiagnosa dalam 4 sampai 6 jam setelah munculnya gejala pertama.

- a. Nyeri perut. Beberapa tanda nyeri terjadi pada kasus apendisitis dapat diketahui melalui beberapa tanda nyeri, antara lain: *Rovsing's sign*, *Psoas sign*, dan *Obturator sign*. Nyeri perut disertai mual muntah serta satu atau lebih episode muntah dengan rasa sakit.
- b. Umumnya nafsu makan menurun
- c. Konstipasi
- d. Nilai leukosit biasanya meningkat dari rentang nilai normal
- e. Pada auskultasi, bising usus normal atau meningkat pada awal apendisitis dan bising usus melemah jika terjadi perforasi.
- f. Demam.
- g. Kematian

8. Komplikasi

- a. Perforasi usus buntu

Perforasi usus buntu adalah kondisi medis serius di mana usus buntu (apendiks) yang meradang mengalami pecah atau berlubang, menyebabkan isi usus (termasuk bakteri dan kotoran) keluar ke dalam rongga perut. Ini merupakan komplikasi lanjutan dari apendisitis akut yang tidak ditangani segera.

b. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum, yaitu selaput tipis yang melapisi rongga perut dan organ-organ di dalamnya. Ini adalah kondisi medis darurat yang bisa mengancam jiwa jika tidak segera ditangani.

c. Abses apendiks

Abses apendiks adalah komplikasi dari apendisitis di mana usus buntu yang meradang pecah, tetapi tubuh “mengurung” infeksi tersebut dalam sebuah kantong berisi nanah — disebut abses. Ini bisa terjadi beberapa hari setelah apendisitis akut tidak ditangani, dan merupakan bentuk perlindungan tubuh agar infeksi tidak menyebar ke seluruh rongga perut (peritonitis).

d. Sepsis

Sepsis akibat apendisitis (atau sepsis apendikular) adalah komplikasi serius dari apendisitis, terutama jika usus buntu pecah (perforasi) dan infeksi menyebar ke seluruh tubuh. Dalam kondisi ini, bakteri dari usus menyebar ke rongga perut dan masuk ke aliran darah, memicu reaksi inflamasi sistemik yang mengancam jiwa

9. Data penunjang

Diagnosa didasarkan pada hasil pemeriksaan fisik, temuan dan studi pencitraan. Hitung sel darah lengkap memperlihatkan peningkatan jumlah sel darah putih atas meningkatnya neutrophil. Penitraan x-ray abdomen, CT scan, tes ultrasound dimanfaatkan untuk melihat densitas kuadran kanan bawah

10. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan medis

Pembedahan jika Apendisitis terdiagnosis untuk mengurangi risiko perforasi. Untuk mengoreksi atau mencegah ketidak seimbangan cairan dan elektrolit, dehidrasi, sepsis, cairan IV serta antibiotic diberikan hingga dilaksanakan pembedahan.

Umumnya, operasi usus buntu dilaksanakan dengan waktu 24 sampa 48 jam sesudah muncul gejala dilakukan anestesi spinal dengan sayatan perut (laparatomi) atau dengan laparoscopi. penatalaksanaan praoperasi meliputi dehidrasi IV: antipiretik, antibiotik dan setelah diagnose definitive, analgesik

b. Penatalaksanaan keperawatan

Tujuan asuhan keperawatan termasuk menghilangkan rasa sakit, mengurangi kecemasan, mencegah defisit volume cairan, menghiangkan infeksi karena gangguan baik potensial ataupun actual dari saluran pencernaan, menjaga integritas kulit, serta optimalnya nutrisi (Black & Hawks, 2009)

c. Penatalaksanaan farmakologis

1) Pemberian cairan kristaloid 100-500 ml/jam melalui IV tergantung pada kadaan pasien. Larutan isotonic seperti larutan garam normal atau larutan Ringer lakta untuk mengganti kehilangan cairan dan elektrolit karena demam dan muntah penggantian berlanjut sampai keluaran urin 1ml/kg berat badan dan elektrolit diganti.

- 2) Berikan antibiotik (pilihan yang mungkin: mentronidazol, gentamisin, cefotetan, cefoxitin, piperacillin, tazobactam sodium).
- 3) Mengontrol infeksi lokal dan sistemik dan mengurangi kejadian infeksi luka pascaoperasi.
- 4) Obat lain: analgesic (beberapa penelitian terbaru menunjukkan bahwa pemberian analgesic opioid pada pasien dengan nyeri perut akut yang tidak dapat dibedakan adalah ama

d. Penatalaksanaan konsep apendektomi medis

Apendektomi adalah prosedur pembedahan untuk mengangkat apendiks vermiformis (usus buntu) yang mengalami peradangan (apendisitis). Ini merupakan terapi definitif untuk apendisitis akut.

1). Penatalaksanaan medis

a. Pre operatif

Tujuan Menstabilkan kondisi pasien dan mempersiapkan tindakan pembedahan secara aman

- Anamnesis: Nyeri perut kanan bawah, mual, muntah, demam, anoreksia
- Pemeriksaan fisik: Nyeri tekan titik McBurney, rebound tenderness
- Laboratorium: Leukosit $> 10.000/\mu\text{L}$ CRP meningkat
- Imaging: USG abdomen (pilihan awal) CT-scan (lebih sensitif dan spesifik)

b. Pasca operatif

Tujuan Mempercepat penyembuhan, mencegah komplikasi, dan mengedukasi pasien

- Monitoring: Tanda vital setiap 4–6 jam, Pantau tanda-tanda infeksi, perdarahan, dan nyeri
- Terapi Medis: Antibiotik lanjutan (jika apendiks perforasi atau ada abses) Lanjutkan kombinasi seperti Ceftriaxone + Metronidazole selama 3–5 hari, Analgesik: Paracetamol, ibuprofen, atau opioid ringan sesuai indikasi, Cairan IV sampai pasien bisa makan/minum

2). Penatalaksanaan keperawatan

Tujuan asuhan keperawatan yaitu membantu pasien dalam melatih mobilisasi dini dan membersihkan luka operasi pasien setelah 2 hari operasi.

11. Apendektomi

Persiapan apendektomi (operasi pengangkatan apendiks) sangat penting untuk memastikan pasien siap secara fisik dan psikologi, serta mencegah komplikasi selama dan setelah operasi. Berikutnya adalah daftar lengkap persiapan apendektomi

- persiapan fisik pasien
- puasa preoperasi pasien diminta puasa selama 6-8 jam sebelum operasi tujuannya mencegah muntah saat anastesi.
- Pemasangan infus untuk pemberian cairan obat-obatan dan antibiotic

- Pemeriksaan penunjang cek darah lengkap, foto rontgen abdomen/USG/CT Scan.
- Tes golongan darah (jika diperlukan)
- Kebersihan tubuh pasien pencukuran rambut di area insisi (jika perlu).
- Pemasangan kateter jika perlu
- Monitoring tanda vital misalnya: (Tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan dipantau rutin)
- Informed consent keluarga atau pasien menandatangani surat persetujuan operasi
- Edukasi pasien dan keluarga jelaskan prosedur operasi kepada keluarga dan pasien untuk mengurangi kecemasan dengan komunikasi yang baik.

12. Pasca operatif Apendektomi

Pasca operasi, menilai sayatan bedah untuk penyembuhan luka yang memadai. Catat warna dan bau draines, adanya edema, perkiraan tepiluka, dan warna insisi. Dorong pasien untuk memasang bidai pada sayatan selama latihan nafas dalam. Bantu pasien untuk mempertahankan status pernapasan yang sehat dengan mendorong napas dalam dan batuk 10 kali setiap 1 sampai 2 jam selama 72 jam. Balikkan setiap jam dan terus pantau suara napas. Dorong pasien untuk mengambil posisi semi-Fowler saat di tempat tidur untuk meningkatkan ekspansi paru.

Tanda dan gejala pasca operative

- a. Nyeri pada luka operasi
- b. Infeksi luka operasi
- c. Kemerahan
- d. Bengkak
- e. Keluar cairan berbau dari luka
- f. Mual, muntah
- g. Nafsu makan menurun
- h. Demam di atas rentan normal

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengumpulan data

A. Pengkajian

a. Identitas pasien

Biasanya meliputi Nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan, alamat, penanggung jawab, hub keluarga, dan pekerjaan.

b. Keluhan utama

Nyeri di perut, terutama di daerah sayatan (biasanya kanan bawah perut atau area sekitar pusar tergantung teknik operasi).

c. Alasan masuk rumah sakit

Biasanya pasien waktu mau rawat kerumah sakit dengan keluhan sakit perut di kuadran kanan bawah biasanya disertai muntah dan BAB yang sedikit atau tidak sama sekali, kadang-kadang mengalami diare dan juga konstipasi.

d. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan sekarang

biasanya keluhan yang dirasa pada pasien saat post operasi, merasakan nyeri pada insisi pembedahan juga bisanya terasa letih dan tidak bisa beraktivitas imobilisasi sendiri.

2) Riwayat Kesehatan dahulu

bisanya pasien memiliki kebiasaan makan makanan rendah serat, juga bisa memakan yang pedas-pedas.

e. Riwayat Kesehatan keluarga

biasanya tidak ada pengaruh ke penyakit turunan seperti Hipertensi, DM, TBC, dan Asma

f. Pemeriksaan fisik

Biasanya kesadaran klien composmentis, E:4 V:5 M:6 tanda-tanda vital klien biasanya tidak normal karena tubuh klien merasakan nyeri dimulai dari tekanan darah biasanya tinggi, nadi takikardi dan pernafasan biasanya sesak katika klien merasa nyeri.

1) Kepala

Pada bagian kepala klien bisanya tidak ada masalah kalau penyakit apendisitis pada bagian mata klien seperti mata panda karena pasien tidak bisa tidur.

2) leher

Pada bagian leher biasanya juga tidak ada terdapat masalah pada klien yang menderita apendisitis.

3) Thorak

Pada bagian paru-paru biasanya klien tidak ada masalah atau gangguan bunyi normal paru ketika di perkusi bunyinya biasanya sinor kedua lapang paru dan apabila di auskultasi bunyi vasikuler

4) Abdomen

Pada bagian abdomen biasanya nyeri dibagian reguin karena bawah. Saat dilakukan inspeksi, biasanya perut tidak ditemui gambaran spesifik. Kembung sering terlihat pada kalien dengan komplikasi perforasi. Benjolan perut kanan bawah dapat dilihat pada masa atau abses periapedikular. Pada saat di palapasi biasanya abdomen kanan bawah akan didapatkan peningkatan respons nyeri. Nyeri pada saat palpasiterbatas pada reguon ilaka kanan, dapat disertai nyeri lepas. Pada penakanan perut bagian kiri bawah akan dirasakan nyeri perut di kanan bawah yang disebut tanda rofsing.

B. Pola Fungsional Kesehatan

1. Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat

Adakah ada kebiasaan merokok, penggunaan obat-obatan, alkohol dan kebiasaan olahraga (lama frekwensinya), karena dapat mempengaruhi lamanya penyembuhan luka.

2. Pola **nutrisi dan metabolisme**

Klien biasanya akan mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat pembatasan intake makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.

3. **Pola Eliminasi**

Pada pola eliminasi urine akibat penurunan daya kontraksi kandung kemih, rasa nyeri atau karena tidak biasa BAK ditempat tidur akan mempengaruhi pola eliminasi urine. Pola eliminasi alvi akan mengalami gangguan yang sifatnya sementara karena pengaruh anastesi sehingga terjadi penurunan fungsi.

4. Pola aktifitas

Aktifitas dipengaruhi oleh keadaan dan malas bergerak karena rasa nyeri, aktifitas biasanya terbatas karena harus bedrest berapa waktu lamanya setelah pembedahan.

5. Pola sensorik dan kognitif.

Ada tidaknya gangguan sensorik nyeri, penglihatan serta pendengaran, kemampuan berfikir, mengingat masa lalu, orientasi terhadap orang tua, waktu dan tempat.

6. Pola Tidur dan Istirahat

Insisi pembedahan dapat menimbulkan nyeri yang sangat sehingga dapat mengganggu kenyamanan pola tidur klien.

7. Pola Persepsi dan konsep diri

Penderita menjadi ketergantungan dengan adanya kebiasaan gerak segala kebutuhan harus dibantu. Klien mengalami kecemasan tentang keadaan dirinya sehingga penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

8. Pola hubungan

Dengan keterbatasan gerak kemungkinan penderita tidak bisa melakukan peran baik dalam keluarganya dan dalam masyarakat. Penderita mengalami emosi yang tidak stabil.

C. Tabulasi Data

Mengeluh nyeri, tampak meringis bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri,

perdarahan, kemerahan, mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, kekuatan otot menurun sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah, turgor kulit menurun, mukosa bibir kering, bengkak, kemerahan, tidak terdapat nana (push) dan demam.

D. Klasifikasi Data

DS : Pasien mengatakan Mengeluh nyeri, mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, merasa gatal.

DO : Tampak meringis bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan, kekuatan otot menurun sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah, turgor kulit menurun, mukosa bibir kering, bengkak, kemerahan, tidak terdapat nana (push) dan demam.

E. Analisa Data

1. Agen pecedera fisik (prosedur DO: pasien mengatakan Mengeluh nyeri di bagian abdomen d
operasi) berhubungan dengan luka operasi.
nyeri akut
DO: tampak meringis bersikap protektif (posisi menghindari

nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah

2. Risiko hipovolomia DS: -
berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
DO: tugor kulit menurun, mukosa bibir kering,
3. Risiko infeksi berhubungan DS: -
dengan efek prosedur invasive
DO: bengkak, kemerahan, tidak terdapat nanah (push), dan demam
4. Gangguan integritas DS: Pasien mengatakan merasa gatal
kulit/jaringan berhubungan dengan neurepatif
DO: meningkat, kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan, kemerahan
5. Gangguan mobilitas fisik DS: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat
berhubungan dengan nyeri bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak
DO: kekuatan otot menurun sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah.

2. Diagnosa keperawatan

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

DS: pasien mengatakan Mengeluh nyeri di bagian abdomen d luka operasi.

DO: tampak meringis bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah,

- b. Risiko hipovolomia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif

DS: -

DO: tugor kulit menurun, mukosa bibir kering

- c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif

DS: -

DO: bengkak, kemerahan, tidak terdapat nanah (push), dan demam

- d. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neorepatif perifer

DS: pasien mengatakan merasa gatal

DO: meningkat,kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan,kemerahan

- e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

DS: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak

DO: , kekuatan otot menurun sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah.

3. Intervensi keperawatan

Diagnosa 1

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisif (prosedur operasi)

DS : Mengeluh nyeri

DO : Tampak meringis bersikap protektif (posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil

- 1) keluhan nyeri menurun (5)
- 2) meringis menurun(5)
- 3) sikap proaktif menurun(5)
- 4) Kesulitan tidur menurun (5)

Intervensi

(Manajemen Nyeri)

Terpautik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
Rasional: Mengidentifikasi berbagai aspek nyeri sangat penting untuk memahami sifat dan penyebab nyeri yang dialami pasien

2) identifikasi skala nyeri

Rasional: Skala nyeri adalah alat yang digunakan untuk mengukur sejauh mana pasien merasa nyeri, yang memungkinkan tenaga medis untuk menentukan tingkat keparahan nyeri

3) identifikasi respons nyeri non verbal

Rasional: Mengidentifikasi respons nyeri non-verbal memungkinkan tenaga medis untuk mengenali nyeri yang tidak dapat dijelaskan secara verbal dan untuk merespons dengan tindakan pengobatan yang tepat.

4) Menghilangkan tegangan abdomen yang bertambah dengan posisi terlentang.

Rasional: menyarakan pasien untuk melakukan teknik napas dalam dan teknik imajinasi untuk mengurangi nyeri

1) kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional: Lingkungan yang tidak nyaman, seperti suhu ruangan yang terlalu panas atau dingin, pencahayaan yang terlalu terang, atau kebisingan yang mengganggu, dapat meningkatkan persepsi nyeri dan menyebabkan pasien merasa lebih tidak nyaman.

2) Menciptakan lingkungan yang membuat pasien nyaman

fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional: memastikan pasien mendapatkan istirahat yang cukup membantu mengurangi persepsi nyeri, mengurangi kecemasan, dan meningkatkan proses penyembuhan secara keseluruhan.

Edukasi

1) jelaskan penyebab nyeri

Rasional: Nyeri adalah sinyal yang dikirimkan oleh tubuh untuk memberi peringatan adanya kerusakan atau gangguan pada tubuh

2) Jelaskan strategi meredakan nyeri

Rasional: strategi meredakan nyeri bertujuan untuk mengurangi ketidaknyamanan dan meningkatkan kualitas hidup pasien

3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

Rasional: memonitor nyeri secara mandiri memungkinkan pasien untuk mengidentifikasi intensitas dan karakteristik nyeri mereka secara objektif

4) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri

Rasional: teknik ini sering kali berfokus pada relaksasi, perbaikan suasana hati, dan pengalihan perhatian dari nyeri.

Kolaborasi

1) kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Rasional: untuk mengurangi nyeri

Diagnosa 2

b. Risiko hipovolomia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif

DS : -

DO : Tugor kulit menurun, mukosa bibir kering,

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Membrane mukosa meningkat (5)
- 2) Intake cairan menurun (5)

Intervensi

Manajemen hipovolomia:

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolomia (mis: nadi meningkat, tekanan darah menurun, tugor kulit menurun, membrane mukosa kering, haus dan lemah)

Rasional: hipovolomia dapat dimnifestasikan oleh hipotensi dan takikardi. Perkiraan ringanya hipovolomia dapat dibiak ketika tekanan darah sistolik pasien turun dari 10 mmHg.

- 2) Monitor intake dan output cairan

Rasional memberikan perkiraan kebutuhan akan cairan pengganti fungsi ginjisl dan keaktifan terapi diberikan.

Terapeutik

- 3) Hitung kebutuhan cairan

Rasional: membantu menetapkan seberapa banyak cairan yang akan diberikan pada pasien akibat kekurangan cairan

4) Berikan asupan cairan oral

Rasional: mempertahankan hidrasi/volume sirkulasi

Edukasi

5) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

Rasional: meningkatkan pengetahuan pasien tentang mempertahankan hidrasi mengganti cairan hilang.

Kolaborasi

6) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCl,RL)

Diagnosa 3

c. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur infasif

DS : -

DO : Kemerahan, bengkak, tidak terdapat nanah (pus) dan demam.

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Demam menurun(5)
- 2) Kemerahan menurun(5)
- 3) Bengkak menurun (5)

Keperawatan intervensi

(Pencegahan infeksi)

Observasi

- 1) memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- 2) Rasional: tanda-tanda infeksi yaitu demam, panas, kemerahan, dan nyeri. Gejala tersebut merupakan respon tubuh melawan mikroorganiesme penyebab penyakit.

Terpautik

- 1) batasi jumlah pengunjung
Rasional: Mengurangi penularan penyakit baik dari pengunjung ke pasien maupun dari pasien ke pangunjung.
- 2) berikan perawatan kulit pada area edema
Rasional: Mencegah timbulnya infeksi silang (infeksi nosocomial)
- 3) cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
Rasional: Agar tidak munculnya bakteri.

Edukasi

- 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
Rasional: meningkatkan pemahaman pasien tentang tanda-tanda infeksi yaotu demam, panas kemerahan, nyeri.
- 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
Rasional: miningkatkan pengetahuan pasien agar tidak terjadinya infeksi silang
- 3) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
Rasional: meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga keadaan luka operasi pada pasien

Diagnosa 4

d. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neorepatif perifer

DS : Merasa gatal

DO : Meningkat,kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit, nyeri, perdarahan,kemerahan

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Kerusakan jaringan menurun (5)
- 2) Kerusakan kulit menurun (5)
- 3) Kemerahan menurun (5)
- 4) Perdarahan menurun (5)

Intervensi keperawatan

Perawatan luka:

Observasi

- 1) Monitor karakteristik luka (Mis. Drainase,warna,ukuran,bau)

Rasional: Pemantauan karakteristik luka secara teratur memungkinkan intervensi dini jika terjadi perubahan yang mencurigakan, sehingga dapat mencegah komplikasi lebih lanjut dan mempercepat proses penyembuhan.

- 2) Monitor tanda-tanda infeksi

Rasional: mendeteksi adanya perubahan atau gejala yang dapat menunjukkan infeksi sejak dini

Terapeutik

- 1) lepaskan balutan plaster secara perlahan

Rasional: mencegah kerusakan pada kulit yang masih sensitif atau kulit yang baru sembuh

- 2) Bersihkan dengan cairan nacl atau pembersih nontoksik, sesuai kenutuhan

Rasional: Cairan nacl (saline) adalah pembersih yang aman dan tidak toksik untuk luka. Saline membantu mengangkat kotoran dan mikroorganisme dari luka tanpa menyebabkan iritasi pada jaringan yang sehat

- 3) Berikan salep yang sesuai kulit/lesi, jika perlu

Rasional: Salep yang sesuai membantu proses penyembuhan luka dengan memberikan perlindungan dari infeksi dan kelembapan yang diperlukan untuk pemulihan jaringan

- 4) Pasang balutan sesuai jenis kulit

Rasional: jenis balutan yang digunakan harus sesuai dengan kondisi luka dan jenis kulit pasien

- 5) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka

Rasional: Teknik steril sangat penting untuk mencegah infeksi pada luka, terutama pada luka terbuka atau pasca-operasi

Edukasi

1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

Rasional: mengetahui tanda dan gejala infeksi sangat penting untuk intervensi dini agar infeksi tidak menyebar lebih luas dan menyebabkan komplikasi serius, seperti sepsis

2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

Rasional: makanan tinggi kalori dan protein mendukung proses penyembuhan tubuh, terutama dalam kondisi setelah luka atau pasca-operasi.

3) Ajarkan perawatan luka secara mandiri

Rasional: mengajarkan pasien untuk merawat lukanya secara mandiri adalah langkah penting dalam pemulihan dan pencegahan infeksi berulang

Kolaborasi

1) kolaborasi pemberian antibiotik

Rasional: untuk mengurangi nyeri

Diagnosa 5

e. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

DS : Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak

DO : Kekuatan otot menurun sendi kaku, gerakan terbatas, fisik lemah

Tujuan dan kriteria hasil:

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5)
- 2) Kekuatan otot meningkat (5)
- 3) Rentang gerak sendi (rom) meningkat (5)

Intervensi keperawatan

Dukungan mobilisasi:

Observasi

- 1) identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Rasional: Mengetahui adanya nyeri pada pasien

- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

Rasional: mengetahui toleransi fisik pada pasien

- 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Rasional: Memantau kondisi umum pasien saat mobilisasi sangat penting untuk memastikan bahwa pasien tidak mengalami komplikasi atau ketidaknyamanan yang lebih lanjut

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (Mis. Pagar tempat tidur)

Rasional: Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik pada pasien sangat penting untuk menentukan tindakan perawatan yang tepat.

Dengan mengidentifikasi nyeri, kita dapat menilai sejauh mana nyeri mempengaruhi mobilitas dan kenyamanan pasien

2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu

Rasional: Mengidentifikasi toleransi fisik pasien terhadap pergerakan membantu mengetahui sejauh mana pasien mampu beraktivitas tanpa menimbulkan kelelahan atau ketidaknyamanan.

3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Rasional: Keluarga dapat membantu pasien dengan cara memberikan dorongan emosional, mengingatkan pasien untuk melakukan latihan fisik secara rutin, serta memfasilitasi aktivitas fisik yang dapat dilakukan bersama

Edukasi

1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

Rasional: Prosedur mobilisasi yang benar penting untuk mengurangi risiko cedera, mencegah ketidaknyamanan lebih lanjut, serta memastikan pemulihan yang aman dan efektif

2) Anjurkan mobilisasi dini

Rasional: Mobilisasi dini memiliki banyak manfaat, seperti mempercepat pemulihan, mengurangi risiko komplikasi akibat imobilisasi

3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (Mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah daritempat tidur ke kursi)

Rasional: Mengajarkan mobilisasi sederhana memberikan pasien kontrol atas tubuh mereka, mengurangi rasa takut atau cemas, serta memperkuat otot-otot tubuh

4. Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain memenuhi kebutuhan pasien. (Ida, 2016)

5. Evaluasi keperawatan

Tahap penelitian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan. (Ida, 2016).