

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Penyakit Apendisitis

#### 1. Definisi

Apendisitis adalah peradangan pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (cecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Nurarif.AH 2015).

Apendisitis akut adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan rongga abdomen penyebab paling umum untuk bedah *apdomen* darurat (Smelzer, 2001). Apendisitis akut adalah nyeri atau rasa tidak enak disekitar *umbilicus* berlangsung antara 1 sampai 2 hari. Dalam beberapa jam nyeri bergeser ke kuadran kanan bawah (titik MC Burney) dengan disertai mual, anoreksia dan muntah (Lindseth, 2006 dan Wijaya.AS & Putri.YM 2013).

Apendisitis *kronik* adalah nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendisitis secara makroskopik dan mikroskopik, dan keluhan menghilang setelah apendektomi. Kriteria mikroskopik apendisitis kronik adalah *fibrosis* menyeluruh dinding apendisitis, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan infiltrasi sel inflamasi kronik (Wijaya.AS & Putri.YM 2013).

## 2. Etiologi

Menurut (NANDA NIC-NOC 2015) Apendisitis merupakan organ yang belum di ketahui fungsinya tetapi menghasilkan lendir 1-2 ml perhari yang normalnya dicurahkan ke dalam lumen dan selanjutnya mengalir ke sekum. Hambatan aliran lendir di muara apendisitis tampaknya berperan dalam pathogenesis apendisitis.

Menurut klasifikasi :

- a. Apendisitis akut merupakan infeksi yang di sebabkan oleh *bacteria*. Dan faktor pencetus nya disebabkan oleh sumbatan lumen apendisitis. Selain itu *hyperplasia* jaringan limf, fikalit (tinja/ batu), tumor apendisitis, dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendisitis karena parasit (*E.histolytica*).
- b. Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi .kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendisitis tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan perut.
- c. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendisitis secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh dinding apendisitis, sumbatan parsial atau lumen apendisitis, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keluhan menghilang setelah apendiktomi.

### 3. Patofisiologi

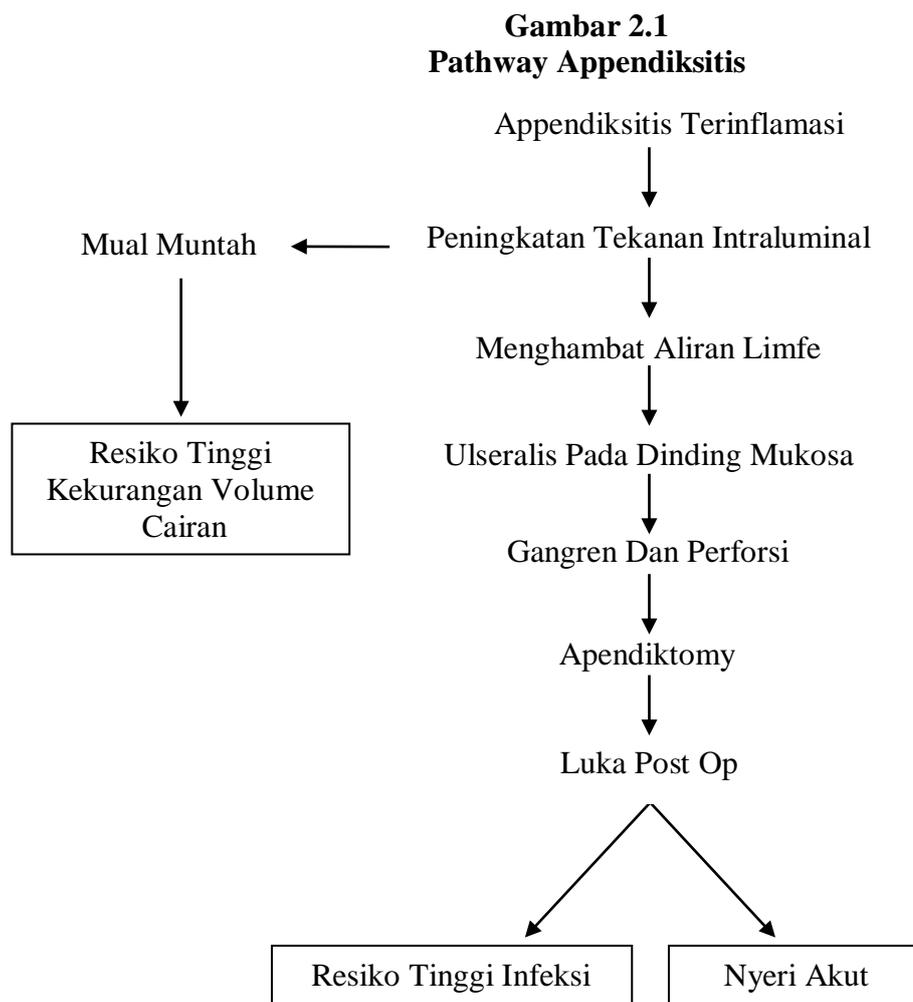
Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbangan lumen apendisitis oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fiksitas akibat peradangan sebelumnya atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mucus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendisitis mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen, tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema. Diaforesis bakteri dan ulerasi mukosa pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium.

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

Semua proses diatas gejala lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak kearah apendisitis tersebut dengan menjadi abses atau menghilang. Anak-anak karena usus lebih pendek dan apendiks lebih panjang, dinding apendisitis lebih tipis, keadaan tersebut ditambah

dengan dayadahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadinya perforasi, sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Mansjoer, 2003, dan Wijaya.AS & Putri.YM 2013).

#### 4. Pathway



Sumber: (Smeltzer, Suzzane, 2001)

## 5. Manifestasi Klinis

Tanda awal : nyeri mulai di epigastrium/region umbilikus disertai mual dan anoreksia.

- a. Nyeri pindah kekanan bawah (yang akan menetap dan di perberat bila berjalan atau batuk) dan menunjukkan tanda rangsangan peritoneum lokal di titik Mc.Burney : nyeri tekan, nyeri lepas, defans muskuler.
- b. Nyeri rangsangan peritoneum tidak langsung.
- c. Nyeri pada kuadran kanan bawah saat kuadran kiri bawah tekan (Rovsing sign).
- d. Nyeri kanan bawah bila tekanan sebelah kiri dilepas (Blumberg).
- e. Nyeri kanan bawah bila peritoneum bergerak seperti nafas dalam, berjalan, batuk, mencedan.
- f. Nafsu makan menurun
- g. Demam yang tidak terlalu tinggi
- h. Biasanya terdapat konstipasi, tape kadang-kadang terjadi diare.

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

## 6. Pemeriksangaan Penunjang

Menurut (Nurarif, 2015)

### a. Pemeriksaan Fisik

- 1) Inspeksi : akan tampak adanya pembengkakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).
- 2) Palpasi : didaerah perut kanan bawah bila di tekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (Blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendisitis akut.
- 3) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha di tekuk kuat / tungkai diangkat tinggi tinggi.
- 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- 5) Suhu dubur (rectal) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (axilla), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.
- 6) Pada apendisitis terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila apendisitis terletak di rongga pelvis maka obturator sign akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.

b. Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (*leukosit*) hingga sekitar 10.000-18.000/ mm<sup>3</sup>. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendisitis sudah mengalami perforasi (pecah).

c. Pemeriksaan Radiologi

- 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya *fekalit* (jarang membantu).
- 2) *Ultrasonografi* (USG), dan CT scan.

## 7. Penatalaksanaan

Tatalaksana apendisitis pada kebanyakan kasus adalah apendektomi. Keterlambatan dalam terlaksana dapat meningkatkan kejadian perforasi. Teknik laparoskopik, apendektomi laparoskopik sudah terbukti menghasilkan nyeri pasca operasi yang lebih sedikit, pemulihan yang lebih cepat dan angka kejadian infeksi luka yang lebih rendah. Akan tetapi terdapat peningkatan kejadian abses intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. Laparoskopi itu dikerjakan untuk diagnosa dan terapi pada pasien dengan akut abdomen, terutama pada wanita (Nurarif, 2015).

a. Sebelum Operasi

1) Observasi

Dalam 8 – 12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala *apendisitis* seringkali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan. Pasien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh di berikan bila di curigai

adanya apendisitis ataupun peritonitis lainnya. Pemeriksaan abdomen dan *rectal* serta pemeriksaan darah (*leukosit* dan hitung jenis) diulang secara periodic, foto abdomen dan toraks tegak di lakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis di tegak kan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

2) Antibiotic

Apendisitis tanpa komplikasi biasanya tidak perlu di berikan antibiotic, kecuali apendisitis ganggrenosa atau apendisitis perforasi. Penundaan tindakan bedah sambil memberikan antibiotic dapat mengakibatkan abses atau perforasi.

b. Operasi

1) Apendiktomi

2) Apendisitis di buang, jika apendik mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika.

3) Abses apendisitis diobati dengan anti biotika IV, misalnya mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari. Apendiktomi di lakukan bila abses di lakukan operasi elektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan.

c. Pasca Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernafasan, angkat sonde lambung bila pasien sudah sadar, sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah, baringkan pasien dalam posisi *fowler*. 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 di tempat tidur selama 2 x 30 menit. Hari ke dua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh jahitan dapat diangkat dan pasien diperoleh pulang (Wijaya, AS & Putri, YM 2013).

**B. Pengertian Perawatan Post Operasi**

Perawatan post operasi adalah perawatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan setelah tindakan operasi sebagai tindak lanjut. Sedangkan luka operasi adalah luka yang disebabkan karena tindakan operasi, misalnya : Operasi saecar, operasi usus buntu. Biasanya luka tipe ini lebih kecil hanya berupa sayatan dan sudah dilakukan penjahitan jaringan, sehingga biasanya luka tidak dalam kondisi terbuka. Untuk kondisi ini luka berada pada kondisi luka bersih sehingga yang harus ditekankan adalah perawatan luka selanjutnya juga harus mempertahankan kebersihannya/ sterilitasnya, karena itu adalah hal yang penting yang harus diperhatikan luka segera sembuh. Selain perawatan yang baik, nutrisi juga merupakan faktor penting yang dapat

mempercepat proses penyembuhan luka, disarankan agar makan makanan yang mengandung protein yang tinggi : telur, ikan, daging karena protein sangat diperlukan untuk proses penyembuhan luka (Himawati.N,2014).

### **1. Proses Penyembuhan Luka**

Menurut Sjamsuhidajat (2005), penyembuhan luka dibagi menjadi 3 fase yaitu :

#### **a. Fase Inflamasi**

Fase inflamasi berlangsung sejak terjadinya luka sampai kira-kira hari kelima. Pembuluh darah yang terputus pada luka akan menyebabkan perdarahan dan tubuh akan berusaha menghentikannya dengan vasokonstriksi, pengerutan ujung pembuluh darah yang putus (retraksi), dan reaksi hemostatis. Hemostatis terjadi karena trombosit yang keluar dari pembuluh darah saling melengket, dan bersama jala fibrin yang terbentuk, membekukan darah yang keluar dari pembuluh darah (kelainan darah dan perdarahan bedah). Sementara itu, terjadi reaksi inflamasi. Sel mast dalam jaringan ikat menghasilkan serotonin dan histamin yang meningkatkan permeabilitas kapiler sehingga terjadi eksudasi, penyembuhan sel radang, disertai vasodilatasi setempat yang menyebabkan udem dan pembengkakan. Tanda dan gejala klinis reaksi radang menjadi jelas yang berupa warna kemerahan karena kapiler melebar (rubor), rasa hangat (kalor), nyeri (dolor), dan pembengkakan (tumor).

b. Fase Proliferasi

Fase proliferasi disebut juga fase fibroplasia karena yang menonjol adalah proses proliferasi fibroblast. Fase ini berlangsung dari akhir fase inflamasi sampai kira-kira akhir minggu ketiga. Fibroblast berasal dari sel mesenkim yang belum berdiferensiasi, menghasilkan mukopolisakarida, asam aminoglisin, dan prolin yang merupakan bahan dasar kolagen serat yang akan mempertautkan tepi luka. Pada fase fibroplasia ini, luka dipenuhi sel radang, fibroblast, dan kolagen, membentuk jaringan berwarna kemerahan dengan permukaan yang benjol halus yang disebut jaringan granulasi. Epitel tepi luka yang terdiri atas sel basal terlepas dari dasarnya dan berpindah mengisi permukaan luka. Tempatnya kemudian diisi oleh sel baru yang terbentuk dari proses mitosis. Proses migrasi hanya terjadi ke arah yang lebih rendah atau datar. Proses ini berhenti setelah epitel saling menyentuh dan menutup seluruh permukaan luka. Dengan tertutupnya permukaan luka, proses fibroplasia dengan pembentukan jaringan granulasi juga akan berhenti dan mulailah proses pematangan dalam fase penyudahan.

c. Fase Penyembuhan

Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terdiri atas penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi dan akhirnya perupaaan kembali jaringan yang baru terbentuk. Fase ini dapat berlangsung berbulan-bulan dan dinyatakan berakhir kalau semua tanda radang sudah lenyap. Tubuh berusaha

menormalkan kembali semua yang menjadi abnormal karena proses penyembuhan. Udem dan sel radang diserap, sel muda menjadi matang, kapiler baru menutup dan diserap kembali, kolagen yang berlebih diserap dan sisanya mengerut sesuai dengan regangan yang ada. Selama proses ini dihasilkan jaringan parut yang pucat, tipis, dan lemas, serta mudah digerakkan dari dasar. terlihat pengeerutan maksimal pada luka. Pada akhir fase ini, perupaan luka kulit mampu menahan regangan kira-kira 80% kemampuan kulit normal. Hal ini tercapai kira-kira 3-6 bulan setelah penyembuhan.

## **C. Konsep Nyeri Post Operasi**

### **1. Definisi**

Nyeri post operasi yang dirasakan pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain yaitu usia, jenis kelamin, perhatian, kebudayaan, makna nyeri, ansietas, kelelahan, gaya coping dan dukungan keluarga .Nyeri ada dua macam yaitu nyeri akut dan nyeri kronis, nyeri yang sering terjadi pada post operasi adalah nyeri akut (Potter & Perry, 2006).

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri timbul sebagai bentuk respon sensori setelah menerima rangsangan nyeri. Nyeri dapat disebabkan karena adanya kerusakan jaringan dalam tubuh sebagai akibat dari adanya cedera, kecelakaan, maupun tindakan medis seperti operasi (Ratnasari, 2013).

## 2. Penyebab Nyeri

- a. Agen pencedera fisiologis (mis, infeksi, iskemia, neoplasma)
- b. Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)
- c. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat benda berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim pokja PPNI, 2016).

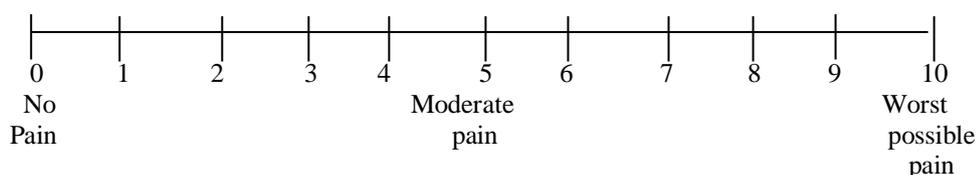
## 3. Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama atau berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran subjektif nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai alat pengukur nyeri seperti skala analog, skala numerik, skala wong baker (Tamsuri, 2012).

### a. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Kalau tadi penghitungan skala nyeri didasari pada pernyataan, maka metode Numeric Rating Scale (NRS) ini didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami, lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang VAS dan VRS (Unud.ac.id).

**Gambar 2.2**  
**Numeric Rating Scale (NRS)**



**sumber: unud.ac.id**

#### **4. Karakteristik nyeri**

Karakteristik nyeri meliputi lokasi nyeri, penyebaran nyeri, durasi, irama (terus menerus, hilang timbul) dan kualitas nyeri (seperti di tusuk, seperti terbakar, sakit dan sebagainya) (Tamsuri, 2012).

#### **5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Toleransi Nyeri**

Berbagai perilaku seing diidentifikasi klien sebagai faktor yang mengubah intensitas nyeri misal aktivitas, istirahat, pengerahan tenaga, posisi tubuh, penggunaan obat, dan apa yang diyakini klien dapat membantu dirinya. Perilaku ini sering didasarkan pada upaya try and error (Tamsuri, 2012).

#### **6. Respon Tubuh Terhadap Nyeri**

##### **a. Respon fisik**

Respon fisik timbul karena pada saat impuls nyeri di transmisikan oleh medulla spinalis menuju batang otak dan thalamus, sistem saraf otonom terstimulasi, sehingga menimbulkan respon yang serupa dengan respon tubuh terhadap stress. Pada skala nyeri ringan sampai moderat tubuh merespon saraf simpatis. Sedangkan pada nyeri yang

berat dan tidak dapat ditoleransi akan mengakibatkan stimulasi terhadap saraf parasimpatis.

b. Respon Psikologis

Respon psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien terhadap nyeri yang terjadi atau arti nyeri bagi klien. Klien yang mengartikan nyeri sebagai sesuatu negatif cenderung memiliki suasana hati sedih, berduka, ketidakberdayaan, dan dapat berbalik menjadi rasa marah dan frustrasi. Sebaliknya pada klien yang memiliki persepsi nyeri sebagai pengalaman yang positif akan menerima nyeri yang di alaminya (Anas Tamsuri, 2012).

## **7. Tindakan Keperawatan Yang Berhubungan Dengan Nyeri**

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

### **D. Asuhan Keperawatan Teoritis**

#### **1. Pengkajian**

Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pertama,

mengumpulkan data secara sistematis, kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan, dan ketiga, mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali (Tarwoto Wartonah, 2011).

a. Riwayat :

Data yang dikumpulkan perawat dari klien dengan kemungkinan apendisitis meliputi : umur, jenis kelamin, riwayat pembedahan, dan riwayat *medic* lainnya, pemberian barium baik lewat mulut / rectal, riwayat diet terutama makanan yang berserat.

Riwayat kesehatan :

- 1) Keluhan Utama : pasien biasanya mengeluh nyeri disekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Timbul keluhan nyeri perut kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri dirasakan terus menerus, dapat hilang atau timbul nyeri dalam waktu yang lama.
- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang : selain mengeluh nyeri pada daerah *epigastrium*, keluhan yang menyertai biasanya klien mengeluh rasa mual dan muntah, panas.
- 3) Riwayat kesehatan masalalu biasanya berhubungan dengan masalah kesehatan klien sekarang, bisa juga penyakit ini sudah pernah dialami oleh pasien sebelumnya.
- 4) Riwayat Kesehatan Keluarga : biasanya penyakit apendisitis ini bukan merupakan penyakit keturunan, bisa dalam anggota keluarga ada yang pernah mengalami sakit yang sama dengan

pasien bisa juga tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti yang dialami pasien sebelumnya.

b. Data Subyektif

Sebelum operasi

- 1) Nyeri daerah pusat menjalar kedaerah perut kanan bawah
- 2) Mual, muntah, kembung
- 3) Tidak nafsu makan, demam
- 4) Tungkai kanan tidak dapat diluruskan
- 5) Diare atau konstipasi

Sesudah Operasi

- 1) Nyeri daerah operasi
- 2) Lemas
- 3) Haus
- 4) Mual, kembung
- 5) Pusing

c. Data Obyektif

Sebelum operasi

- 1) Nyeri tekan dititik MC. Burney
- 2) *Spasme otot*
- 3) Takhikardi, takipnea
- 4) Pucat, gelisah
- 5) Bising usus berkurang atau tidak ada
- 6) Demam 38 – 38,5 C

### Sesudah Operasi

- 1) Terdapat luka operasi di kuadran kanan bawah abdomen
- 2) Terpasang infus
- 3) Terdapat drain / pipa lambung
- 4) Bising usus berkurang
- 5) Selaput mukosa mulut kering

#### d. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) *Leukosit* : 10.000 – 18.000 / mm<sup>3</sup>
- 2) *Netrofil* meningkat 75%
- 3) WBC yang meningkat sampai 20.000 mungkin indikasi terjadinya *perforasi* (jumlah sel darah merah)

#### e. Data Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Radiologi : foto colon yang memungkinkan adanya *fecalit* pada katup.
- 2) Barium enema : apendisitis terisi barium hanya sebagian

## 2. Diagnosa Keperawatan

### Pre oprasi

- a. Nyeri abdomen berhubungan dengan obstruksi dan peradangan apendiks
- b. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan mual, muntah, anoreksia
- c. Kurang pengetahuan tentang prosedur persiapan oprasi  
(Yessie, Andra, 2013).

### Post Operasi

- a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya insisi pembedahan
  - b. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif, insisi bedah
  - d. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi
- (Doengoes, Marilyn.E, 2000)

### 3. Rencana Keperawatan

**Tabel 2.1**  
**Rencana Keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p><b>Nyeri akut</b> Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset endadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulang.</p> <p><b>Tanda gejala mayor:</b> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p> <p><b>Tanda gejala minor:</b> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat mengontrol nyeri dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Pain level (tingkat nyeri)</li> <li>❖ pain control (kontrol nyeri)</li> <li>❖ Comfort level (tingkat kenyamanan)</li> </ul> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</li> <li>2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</li> <li>3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri )</li> <li>4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</li> </ol>	<p>Pain menejement</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan seperti: pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, pengaruh budaya terhadap respon nyeri, pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>5. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>6. Berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, tehnik relaksasi nafas dalam)</li> <li>7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan</li> <li>8. Kontor lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> </ol>

	6. Berfokus pada diri sendiri		<p>9. Pertahankan istirahat dan tidur</p> <p>10. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>11. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>12. Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu</p>
2.	<p><b>Resiko infeksi:</b> Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik</p> <p><b>Faktor risiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)</li> <li>2. Evek prosedur invasif</li> <li>3. Malnutrisi</li> <li>4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan</li> <li>5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Gangguan peristaltik</li> <li>b) Kerusakan integritas kulit</li> <li>c) Perubahan sekresi ph</li> <li>d) Penurunan kerja siliaris.</li> </ol> </li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah resiko infeksi dapat dicegah dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Immune status</li> <li>❖ Knowledge : infection control</li> <li>❖ Risk control</li> </ul> <p><b>Kriteria hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta pentalaksanaannya</li> <li>3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi</li> <li>4. Jumlah leukosit dalam batas normal</li> <li>5. Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Berikan erawatan kulit pada area edema</li> <li>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>5. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> <li>6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>7. Anjurkan etika berbatuk</li> <li>8. Anjurkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>9. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>10. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> <li>11. Kolaborasi pemberian imunisasi jika di perlukan</li> </ol>
3.	<p><b>Defisit pengetahuan</b> <b>Definisi:</b> keadaan atau kurangnya informasi yang berkaitan dengan penyakit.</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah defisit pengetahuan dapat dicegah dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Knowledge :disease process</li> <li>❖ Knowledge : healt Behavior</li> </ul> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, prognosis, kondisi, dan program pengobatan.</li> <li>2. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih sehat.</li> <li>3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</li> <li>4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai dengan kesepakatan.</li> <li>5. Berikan kesempatan untuk bertanya.</li> <li>6. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi</li> </ol>

			kesehatan. 7. Ajarkan perilaku hidup bersih sehat.
--	--	--	---

(SDKI 2016), Nurarif 2015), Doengoes 2012)

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Adapun intervensi yang akan dilakukan oleh peneliti yang berkaitan dengan nyeri akut adalah : identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identitas skala nyeri, identifikasi respon nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri, identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis, kompres hangat, massase, teknik imajinasi, teknik musik, aromaterapi), kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), fasilitasi istirahat dan tidur, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri, jelaska penyebab, periode, dan pemicu nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, anjurkan monitor nyeri secara mandiri, anjurkan menggunakan analgetik secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetik jika perlu (PPNI, 2016).

## **5. Evaluasi**

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses asuhan keperawatan. Namun, evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses asuhan keperawatan. Evaluasi yang peneliti angkat mengacu pada kriteria hasil dari diagnosa nyeri akut yaitu: Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri ), menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang (PPNI, 2016).