

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Perioperatif

1. Pengertian keperawatan perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif (AORN, 2013 dalam A. Prabowo, 2018). Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Dengan demikian, ilmu bedah yang semakin berkembang akan memberikan implikasi pada perkembangan keperawatan perioperatif (Muttaqin & Sari, 2011).

Perawat kamar bedah (*operating room nurse*) adalah perawat yang memberikan asuhan keperawatan perioperatif kepada pasien yang akan mengalami pembedahan yang memiliki standar, pengetahuan, keputusan, serta keterampilan berdasarkan prinsip-prinsip keilmuan khususnya kamar bedah (AORN, 2013 dalam Hipkabi, 2014). Keperawatan perioperatif dilakukan berdasarkan proses keperawatan sehingga perawat perlu menetapkan strategi yang sesuai dengan kebutuhan individu selama periode perioperatif (pre, intra, dan post operasi) (Muttaqin & Sari, 2011).

Perawat kamar bedah bertanggung jawab mengidentifikasi kebutuhan pasien, menentukan tujuan bersama pasien dan mengimplementasikan intervensi keperawatan. Selanjutnya, perawat kamar bedah melakukan kegiatan keperawatan untuk mencapai hasil akhir pasien yang optimal (Hipkabi, 2014). Perawat kamar bedah dalam pelayanannya berorientasi pada respon pasien secara fisik, psikologi spiritual, dan sosial-budaya (AORN, 2013 dalam A. Prabowo, 2018).

2. Fase pelayanan perioperatif

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah

gabungan yang mencakup tiga fase pembedahan yaitu pre operatif, intra operatif, dan post operatif (Hipkabi, 2014). Keahlian seorang perawat kamar bedah dibentuk dari pengetahuan keperawatan profesional dan keterampilan psikomotor yang kemudian diintegrasikan kedalam tindakan keperawatan yang harmonis. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang sifatnya resiko atau aktual pada setiap fase perioperatif akan membantu penyusunan rencana intervensi keperawatan (Muttaqin & Sari, 2011).

a. Fase pre operatif

Fase pre operatif dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik ataupun rumah, wawancara pre operatif dan menyiapkan pasien untuk anastesi yang diberikan serta pembedahan (Hipkabi, 2014). Asuhan keperawatan pre operatif pada prakteknya akan dilakukan secara berkesinambungan, baik asuhan keperawatan pre operatif di bagian rawat inap, poliklinik, bagian bedah sehari (*one day care*), atau di unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat kamar bedah (Muttaqin & Sari, 2011).

b. Fase intra operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan atau ruang perawatan intensif (Hipkabi, 2014). Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup pemasangan infus, pemberian medikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Dalam hal ini sebagai contoh memberikan dukungan psikologis selama induksi anastesi, bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip kesimetrisan tubuh (Smeltzer, 2010).

Pengkajian yang dilakukan perawat kamar bedah pada fase intra operatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar segera dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai. Kemampuan dalam mengenali masalah pasien yang bersifat resiko maupun aktualakan didapatkan berdasarkan pengetahuan dan pengalaman keperawatan. Implementasi dilaksanakan berdasarkan pada tujuan yang diprioritaskan, koordinasi seluruh anggota tim operasi, serta melibatkan tindakan independen dan dependen (Muttaqin & Sari, 2011).

c. Fase post operatif

Fase post operatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (*recovery room*) atau ruang intensive dan berakhir berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan rawat inap, klinik, maupun di rumah. lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, serta rujukan untuk penyembuhan, rehabilitasi, dan pemulangan (Hipkabi, 2014).

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pre operasi

a. Pengkajian pre operasi

Pengkajian keperawatan apendisitis menurut Muttaqin & Sari (2011):

- 1) Pengkajian psikologis, meliputi perasaan takut/cemas dan keadaan emosi pasien
- 2) Pengkajian fisik, pengkajian tanda-tanda vital: tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu dan nyeri
- 3) Sistem integumen, apakah pasien pucat, sianosis dan adakah penyakit kulit di area badan

- 4) Sistem kardiovaskuler, apakah ada gangguan pada sistem kardio, validasi apakah pasien menderita penyakit jantung ?, kebiasaan minum obat jantung sebelum operasi, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedema, irama dan frekuensi jantung
- 5) Sistem pernafasan, apakah pasien bernafas teratur dan batuk secara tiba-tiba di kamar operasi
- 6) Sistem gastrointestinal, apakah pasien diare ?
- 7) Sistem reproduksi, apakah pasien wanita mengalami menstruasi ?
- 8) Sistem saraf, bagaimana kesadaran ?
- 9) Validasi persiapan fisik pasien, apakah pasien puasa, *lavement*, kaptur, perhiasan, *make up*, *schere*, pakaian pasien perlengkapan operasi dan validasi apakah pasien alaherji terhadap obat ?

b. Diagnosa keperawatan

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2018), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian kritis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dilaminya baik yang berlangsung actual atau potensial. Diagnosa yang sering muncul pada pre operasi adalah:

- 1) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab:

- a) Krisis situasional
- b) Kebutuhan tidak terpenuhi
- c) Krisis maturasional
- d) Ancaman terhadap konsep diri
- e) Ancaman terhadap kematian
- f) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- g) Disfungsi sistem keluarga
- h) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan

- i) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- j) Penyalahgunaan zat
- k) Terpapar bahaya lingkungan, misal: toksin polutan, dan lain-lain
- l) Kurang terpapar informasi

Gejala dan tanda mayor:

- a) Subyektif:
 - Merasa bingung
 - Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
 - Sulit berkonsentrasi
- b) Objektif
 - Tampak gelisah
 - Tampak tegang
 - Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

- a) Subjektif
 - Mengeluh pusing
 - Anoreksia
 - Palpitasi
 - Merasa tidak berdaya
- b) Objektif
 - Frekuensi napas meningkat
 - Frekuensi nadi meningkat
 - Tekanan darah meningkat
 - Diaforesis
 - Tremor
 - Muka tampak pucat
 - Suara bergetar
 - Kontak mata buruk
 - Sering berkemih
 - Berorientasi pada masa lalu

Kondisi klinis terkait:

- a) Penyakit kronis progresif, misal: kanker, penyakit autoimun
 - b) Penyakit akut
 - c) Hospitalisasi
 - d) Rencana operasi
 - e) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas
 - f) Penyakit neurologis
 - g) Tahap tumbuh kembang
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi

Definisi: Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

Penyebab:

- a) Agen pencedera fisiologis, misal: inflamasi, iskemia, neoplasma
- b) Agen pencedera kimiawi, misal: terbakar, bahan kimia iritan
- c) Agen pencedera fisik, misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan

Gejala dan tanda mayor:

- a) Subjektif
 - Mengeluh nyeri
- b) Objektif
 - Tampak meringis
 - Bersikap protektif, misal: waspada posisi menghindari nyeri
 - Gelisah
 - Frekuensi nadi meningkat
 - Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

- a) Subjektif (-)

b) Objektif

- Bersikap protektif, misal: posisi menghindari nyeri
- Waspada
- Pola tidur berubah
- Anoreksia
- Fokus menyempit
- Berfokus pada diri sendiri

Kondisi terkait:

- a) Kondisi pembedahan
- b) Cedera traumatis
- c) Infeksi
- d) Sindrom koroner akut
- e) Glaukoma

3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Definisi: Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Penyebab:

- a) Keterbatasan kognitif
- b) Gangguan fungsi kognitif
- c) Kekeliruan mengikuti anjuran
- d) Kurang terpapar informasi
- e) Kurang minat dalam belajar
- f) Kurang mampu mengingat
- g) Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Gejala dan tanda mayor:

- a) Subjektif
 - Menanyakan masalah yang dihadapi
- b) Objektif
 - Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
 - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan tanda minor:

- a) Subjektif (-)
- b) Objektif
 - Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
 - Menunjukkan perilaku berlebihan, misal: apatis, bermusuhan, agitasi, histeria

Kondisi klinis terkait:

- a) Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien
- b) Penyakit akut
- c) Penyakit kronis

c. Rencana intervensi

Menurut standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan 3 diagnosa diatas adalah:

- 1) Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan

Intervensi:

Observasi:

- a) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, misal: kondisi, waktu, stresor
- b) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- c) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

Teraupetik:

- a) Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- b) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan
- c) Pahami situasi yang membuat ansietas
- d) Dengarkan dengan penuh perhatian
- e) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- f) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- g) Motivasi mengidentifikasi situassi yang memicu kecemasan
- h) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi:

- a) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami
- b) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis
- c) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- d) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif
- e) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- f) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- g) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- h) Latih teknik relaksasi

Kolaborasi:

- a) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
- 2) Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi

Intervensi:

Observasi:

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Teraupetik:

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, misal: *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)*, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan

- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- 3) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Intervensi:

Observasi:

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.

Teraupetik:

- a) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- b) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi:

- a) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- b) Ajarkan perilaku hidup dan sehat
- c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

2. Intra Operasi

a. Pengkajian fokus keperawatan intra operasi

Hal-hal yang dikaji selama dilaksanakannya operasi bagi pasien yang

diberi anaestesi total adalah yang bersifat fisik saja, sedangkan pada pasien yang diberi anaestesi lokal ditambah dengan pengkajian psikososial. Secara garis besar yang perlu dikaji adalah:

- 1) Pengkajian mental, bila pasien diberi anaestesi lokal dan pasien masih sadar/terjaga maka sebaiknya perawat menjelaskan prosedur yang sedang dilakukan kepadanya dan memberi dukungan agar pasien tidak cemas/takut menghadapi prosedur tersebut.
- 2) Pengkajian fisik, tanda-tanda vital (bila terjadi ketidaknormalan maka perawat harus memberitahukan ketidaknormalan tersebut kepada ahli bedah).
- 3) Transfusi dan infuse, monitor flabot sudah habis apa belum.
- 4) Pengeluaran urin, normalnya pasien akan mengeluarkan urin sebanyak 1 cc/kg BB/jam.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan intraoperatif bedah apendisitis yang lazim menurut standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2018) adalah sebagai berikut:

- 1) Risiko aspirasi berhubungan dengan terpasang endotracheal tube
Definisi: Beresiko mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeobronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran napas.

Faktor resiko:

- a) Penurunan tingkat kesadaran
- b) Penuruna reflex muntah dan/atau batuk
- c) Gangguan menelan
- d) Disfagia
- e) Kerusakan mobilitas fisik
- f) Peningkatan residu lambung
- g) Peningkatan tekanan intragastrik
- h) Penurunan motilitas gastrointestinal
- i) Sfingter esophagus bawah inkompeten

- j) Perlambatan pengosongan lambung
- k) Terpasang selang nasogastrik
- l) Terpasang trakeostomi atau *endotrachealtube*
- m) Trauma/pembedahan leher, mulut, dan/atau wajah
- n) Efek agen farmakologis
- o) Ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan, dan bernapas

Kondisi klinis terkait:

- a) Tindakan pembedahan

c. Rencana intervensi

Menurut standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah:

- 1) Risiko aspirasi berhubungan dengan terpasang endotracheal tube

Intervensi:

Observasi:

- a) Monitor tingkat kesadaran, batuk, muntah, dan kemampuan menelan.
- b) Monitor status pernapasan.
- c) Monitor bunyi napas.
- d) Monitor posisi selang endotrakeal (ETT), terutama setelah mengubah posisi.

Teraupetik:

- a) Pasang oropharyngeal airway (OPA) untuk mencegah ETT tergigit.
- b) Cegah ETT terlipat (*kinking*).
- c) Berikan pre-oksigenasi 100% selama 30 detik (3-6 kali ventilasi) sebelum dan setelah penghisapan.
- d) Berikan volume pre-oksigenasi (bagging atau ventilasi mekanik) 1,5 kali volume tidal.
- e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika diperlukan (bukan secara berkala/rutin).

Kolaborasi:

- a) Kolaborasi intubasi ulang jika terbentuk mocus plug yang tidak dapat dilakukan penghisapan.

3. Post Operasi

a. Pengkajian fokus keperawatan post operasi

Pengkajian post operasi dilakukan secara sistematis mulai dari pengkajian awal saat menerima pasien, pengkajian status respirasi, status sirkulasi, status neurologis dan respon nyeri, status integritas kulit dan status genitourinarius.

- 1) Status respirasi, meliputi: kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- 2) Status sirkulasi, meliputi: nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- 3) Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.
- 4) Balutan, meliputi: keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem drainage.
- 5) Kenyamanan, meliputi: terdapat nyeri, mual dan muntah
- 6) Keselamatan, meliputi: diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
- 7) Perawatan, meliputi: cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainage : bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainage.
- 8) Nyeri, meliputi: waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat /memperingan.

b. Diagnosis Keperawatan Post Operasi

Diagnosa yang sering muncul pada post operasi sesuai dengan standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2018) adalah:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur pembedahan)

Definisi: Pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

Penyebab:

- a) Agen pencedera fisiologis, misal: inflamasi, iskemia, neoplasma
- b) Agen pencedera kimiawi, misal: terbakar, bahan kimia iritan
- c) Agen pencedera fisik, misal: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan

Gejala dan tanda mayor:

- a) Subjektif
 - Mengeluh nyeri
- b) Objektif
 - Tampak meringis
 - Bersikap protektif, misal: waspada posisi menghindari nyeri
 - Gelisah
 - Frekuensi nadi meningkat
 - Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

- c) Subjektif (-)
- d) Objektif
 - Bersikap protektif, misal: posisi menghindari nyeri
 - Waspada
 - Pola tidur berubah
 - Anoreksia
 - Fokus menyempit
 - Berfokus pada diri sendiri

Kondisi terkait:

- f) Kondisi pembedahan

- g) Cedera traumatis
 - h) Infeksi
 - i) Sindrom koroner akut
 - j) Glaucoma
- 2) Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah
- Definisi: Suhu tubuh berada dibawah rentang normal tubuh.
- Faktor resiko:
- b) Kerusakan hipotalamus
 - c) Konsumsi alkohol
 - d) Berat badan ekstrem
 - e) Kekurangan lemak subkutan
 - f) Terpapar suhu lingkungan rendah
 - g) Malnutrisi
 - h) Pemakaian pakaian tipis
 - i) Penurunan laju metabolisme
 - j) Tidak beraktivitas
 - k) Transfer panas, misal: konduksi, konveksi, evaporasi, radiasi
 - l) Trauma
 - m) Proses penuaan
 - n) Efek agen farmakologis
 - o) Kurang terpapar informasi tentang pencegahan hipotermia
- Kondisi klinis terkait:
- a) Tindakan pembedahan
- 3) Risiko jatuh berhubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi umum)
- Definisi: Beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.
- Faktor resiko:
- a) Usia \geq 65 tahun (pada dewasa) atau \geq 2 tahun (pada anak)
 - b) Riwayat jatuh
 - c) Anggota gerak bawah protesis (buatan)
 - d) Penggunaan alat bantu berjalan

- e) Penurunan tingkat kesadaran
- f) Perubahan fungsi kognitif
- g) Lingkungan tidak aman, misal: licin, gelap, lingkungan asing
- h) Kondisi pasca operasi
- i) Hipotensi ortostatik
- j) Perubahan kadar glukosa darah
- k) Anemia
- l) Kekuatan otot menurun
- m) Gangguan pendengaran
- n) Gangguan keseimbangan
- o) Gangguan penglihatan, misal: glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus
- p) Neuropati
- q) Efek agen farmakologis, misal: sedasi, alkohol, anastesi umum

Kondisi yang terkait:

- a) Osteoporosis
- b) Kejang
- c) Penyakit sebrovaskuler
- d) Katarak
- e) Glaukoma
- f) Demensia
- g) Hipotensi
- h) Amputasi
- i) Intoksikasi
- j) Preeklamsia

c. Intervensi

Menurut standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja DPP PPNI, 2018) intervensi keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosa diatas adalah:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (tindakan pembedahan)

Intervensi:

Observasi:

- a) Monitor efek samping penggunaan analgetik
- b) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.
- c) Identifikasi skala nyeri
- d) Identifikasi nyeri non verbal
- e) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- f) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- g) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- h) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Teraupetik:

- a) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, misal: *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)*, hipnosis, akupresure, terapi musik, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin
- b) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, misal: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan
- c) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi:

- a) Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi:

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
- 2) Hipotermia berhubungan dengan terpapar suhu lingkungan rendah

Intervensi:

Observasi:

- a) Monitor suhu tubuh

b) Identifikasi penyebab hipotermia, misal: terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan

c) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia

Teraupetik:

a) Sediakan lingkungan yang hangat, misal: atur suhu ruangan

b) Lakukan penghangatan pasif, misal: selimut, menutup kepala, pakaian tebal

c) Lakukan penghangatan aktif eksternal, misal: kompres hangat, botol hangat, selimut hangat, metode kangguru

d) Lakukan penghangatan aktif internal, misal: infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat.

Edukasi:

a) Anjurkan makan/minum hangat

3) Resiko jatuh berhubungan dengan efek agen farmakologis (anestesi umum)

Intervensi:

Observasi:

a) Identifikasi faktor resiko jatuh, misal: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati

b) Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi

c) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, misal: lantai licin, penerangan kurang

d) Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, misal: *Fall More Scale*, *Humpty Dumpty Scale*, jika perlu

e) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya

Teraupetik:

a) Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga

- b) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- c) Pasang *handrall* tempat tidur
- d) Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- e) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari *nurse station*
- f) Gunakan alat bantu berjalan, misal: kursi roda, *walker*
- g) Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

Edukasi:

- a) Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
- b) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
- c) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
- d) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
- e) Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Definisi

Apendisitis adalah peradangan apendiks veriformis yang timbul akibat obstruksi apendiks atau invasi agen infeksi (Lusianah & Suratun, 2010). Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012). Apendisitis merupakan inflamasi apendiks vermiformis yang merupakan penyebab umum nyeri abdomen (Lemone dkk, 2012).

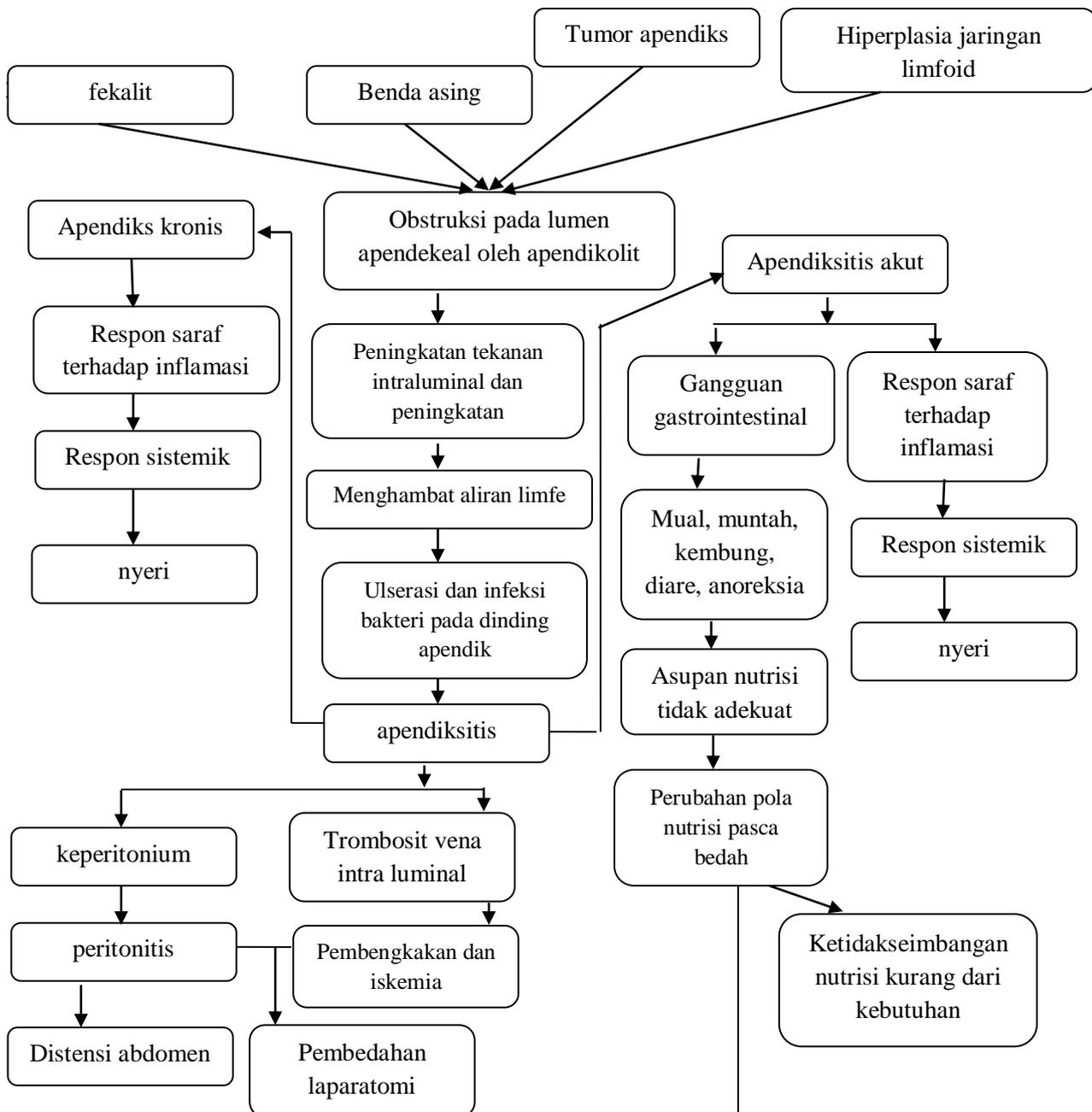
2. Etiologi

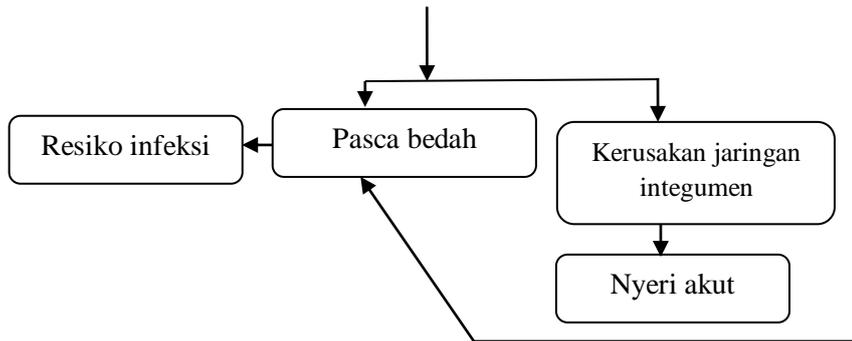
Penyebab apendisitis adalah adanya obstruksi pada lumen apendiks oleh fekalit, apendiks yang terpuntir, pembengkakan dinding usus, dan oklusi eksternal usus akibat adasi/perlengketan. Obstruksi pada lumen apendiks ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, penyakit cacing, parasit, benda asing

dalam tubuh, cancer primer dan striktur (Black & Hawks, 2014; Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

Apendisitis dapat disebabkan oleh kondisi fibrosa di dinding usus, oklusi eksternal usus akibat adesi, Infeksi organisme yersinia (Black & Hawks, 2014). Apendisitis juga dapat disebabkan ketika apendiks tersumbat maka tekanan lumen akan meningkat yang kemudian keadaan ini akan mengganggu suplai darah, sehingga terjadi inflamasi, edema, nekrosis, ganggren/perforasi (Lusianah & Suratun, 2010).

3. Pathway





Gambar 2.1 Pathway (Muttaqin & Sari, 2011)

4. Patofisiologi

Apendiks terobstruksi akan menyebabkan tekanan intraluminal yang meningkat kemudian menyebabkan drainase vena menurun, trombosis, edema, dan invasi bakteri ke lumen tersebut. Penurunan arteri terjadi, dengan nekrosis dan invasi pada dinding usus. Jika proses terjadi secara melambat, maka infeksi akan terlokalisasi dan kemudian membentuk dinding oleh struktur yang ada di dekatnya, yang kemudian membentuk abses. Perkembangan kerusakan vaskular yang cepat akan menyebabkan ruptur dan pembentukan fistula diantara apendiks dan struktur didekatnya (kandung kemih, usus halus, sigmoid, dan sekum) (Black & Hawks, 2014).

5. Klasifikasi apendisitis

Klasifikasi apendisitis terdiri dari beberapa macam yaitu apendisitis akut dan apendisitis kronis (Lusianah & Suratun, 2010). Apendisitis akut merupakan infeksi apendiks yang disebabkan oleh bakteri dan obstruksi pada lumen. Sedangkan apendisitis kronis yaitu jika kondisi nyeri pada abdomen kanan bawah lebih dari dua minggu, secara makroskopik dan mikroskopik terdapat peradangan kronik. Dan keluhan akan menghilang setelah dilakukan apendektomi.

6. Manifestasi klinis

Gejala awal apendisitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium di sekitar umbilikus atau periumbilikus. Keluhan ini disertai dengan rasa mual, muntah, dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan

bawah, ke titik *Mc Burney*. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatik setempat. Nyeri tidak dirasakan di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi (Lusianah & Suratun, 2010).

1. **Komplikasi**

Komplikasi yang paling sering terjadi pada penderita apendisitis yaitu perforasi dan peritonitis (Lemone dkk, 2012). Peritonitis merupakan proses peradangan pada membran mukosa pada ruang abdomen dan organ viscera peritonium yang dapat yang dapat disebabkan oleh perforasi apendisitis, salpingitis, perforasi ulkus gastroduodenal, ruptur saluran cerna, komplikasi post operasi, iritasi kimiawi atau luka tembus abdomen. Peritonitis merupakan kondisi kegawatan sehingga keterlambatan penanganan pasien dapat mengakibatkan morbiditas dan mortalitas (Lusianah & Suratun, 2010).

2. **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang pada klien apendisitis adalah test rectal, pemeriksaan laboratorium, C-Reactive Protein (CRP), pemeriksaan CT Scan, foto abdomen (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012; Lusianah & Suratun, 2010).

a. Test rectal

Pada pemeriksaan rectal dihasilkan bahwa teraba benjolan dan penderita merasa nyeri pada daerah prolitotomi.

b. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan darah lengkap dapat ditemukan jumlah leukosit antara 10.000-20.000/ml (leukositosis) dan neutrofil 75%.

c. C-Reactive Protein (CRP) adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada apendisitis didapatkan peningkatan kadar CRP yaitu 80-90%.

d. Pemeriksaan CT Scan

Pemeriksaan CT Scan pada abdomen untuk mendeteksi apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.

e. Foto abdomen

Pemeriksaan foto abdomen dilakukan untuk mendeteksi adanya pengerasan material pada apendiks (fekalit), ileus terlokalisir.

3. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan atau tindakan untuk mengatasi individu yang mengalami apenditis adalah pembedahan apendektomi. Pembedahan apendektomi merupakan tindakan pembedahan untuk mengangkat apendiks bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan, apendektomi merupakan satu-satunya tindakan aman dalam penatalaksanaan apendisitis. Hal ini harus dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi (Lusianah & Suratun, 2010).

Keterlambatan dalam tatalaksana dapat mengakibatkan kejadian perforasi tehnik laparoskopik, apendektomi laparoskopik sudah terbukti menghasilkan nyeri pasca bedah yang lebih sedikit, pemulihan yang lebih cepat dan angka kejadian infeksi luka yang lebih rendah. Akan tetapi terdapat peningkatan kejadian abses pada intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. Laparoskopi itu dikerjakan untuk diagnosa dan terapi pada pasien dengan akut abdomen (Lemone dkk, 2012).

a. Jurnal Terkait

Berdasarkan penelitian oleh Rahmatun & Heru (2020) tentang penerapan tehnik distraksi nafas ritmik untuk menurunkan nyeri pada pasien post op apendictomi RSUD dr. Dahyatma, MPH Semarang dengan mendapatkan responden sebanyak 2 pasien dengan post operasi apendiktomi. Data pengambilan ini menggunakan kuisisioner dan observasi. Hasil penelitian menunjukkan adanya intervensi penerapan terapi distraksi nafas ritmik yang diberikan pada Nn. S dan Tn. R dapat menurunkan intensitas nyeri yang dialami oleh kedua responden. Luka post op apendiktomi yang dirasakan oleh Nn. S dan Tn. R sebelum diberikan intervensi pemberian terapi distraksi nafas ritmik intensitas nyeri responden dalam rentang 1-4, setelah diberikan terapi

distraksi nafas ritmik intensitas nyeri pasien tergolong dalam nyeri ringan yaitu skala 1-3. Berdasarkan penurunan rata-rata intensitas nyeri tersebut responden dianjurkan melakukan tehnik distraksi ritmik setelah post op apendiktomi untuk menurunkan atau mengurangi nyeri yang dirasakan. Dengan demikian hasil penelitian menunjukkan tehnik distraksi ritmik berpengaruh dalam menurunkan skala nyeri.

Berdasarkan penelitian Aprianto, dkk (2013) tentang efektivitas teknik relaksasi imajinasi terbimbing dan napas dalam terhadap penurunan kecemasan pada pasien pre operasi di RSUD RA kartini jepara. Penelitian ini mengambil sampel partisipan berjumlah 60 pasien pre operasi di RSUD RA kartini jepara yang dilakukan selama 1 hari. Peneliti memberikan terapi imajinasi terbimbing dan napas dalam saat pasien sebelum memasuki ruang operasi agar terapi yang diberikan kepada pasien mencapai hasil optimal. Setelah dilakukan pengelolaan selama 1 hari terjadi penurunan kecemasan yang dirasakan pasien sebelum dan sesudah dilakukan tindakan. Yang semula pada pasien merasakan kecemasan yang dirasakannya berada pada cemas tinggi, turun menjadi cemas ringan, jadi ada pengaruh terapi imajinasi terbimbing dan napas dalam terhadap penurunan kecemasan pada pasien pre operasi.