

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Apendiktomi

2.1.1 Definisi

Apendisitis adalah suatu proses inflamasi akut atau kronis yang terjadi pada usus buntu akibat adanya penyumbatan pada rongga usus buntu. Peradangan ini terjadi akibat adanya infeksi akibat mikroorganisme yang menyerang submukosa usus buntu dan akhirnya menutupi seluruh lapisan dinding (Yulis, 2023).

Apendektomi adalah pembedahan atau operasi pengangkatan apendiks. Apendiktomi merupakan pengobatan melalui prosedur atau Tindakan operasi pembedahan untuk pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. Apendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk mengurangi risiko terjadinya perforasi lebih lanjut, seperti peritonitis atau abses (Waisani & Khoiriyah, 2020).

2.1.2 Etiologi

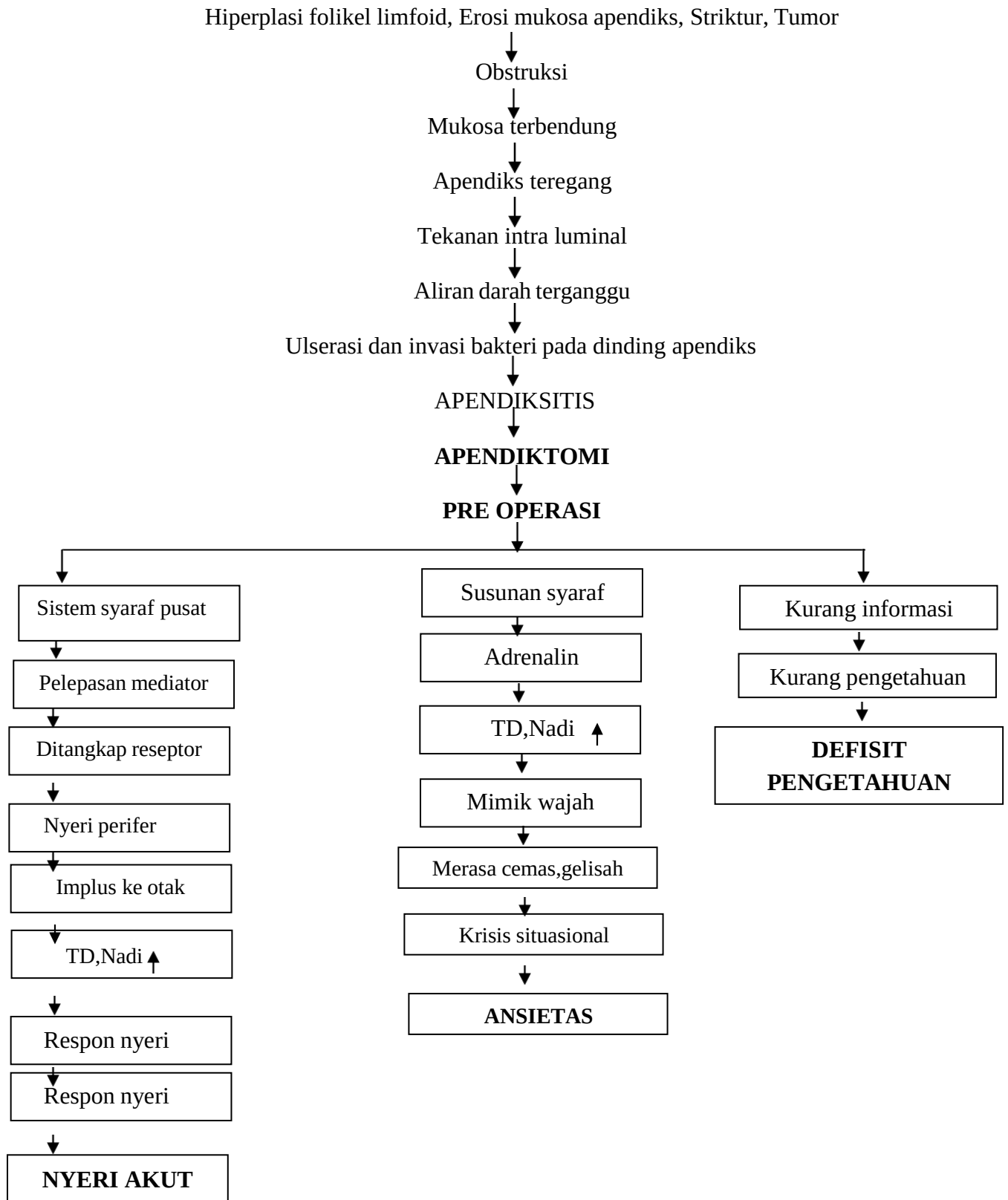
Menurut khotimah (2022) penyebab apendisitis adalah :

- 1) Kotoran, parasit, dan penumpukan yang menyumbat lubang apendisitis
- 2) Getah bening membesar di jaringan di dinding usus buntu, disebabkan oleh infeksi pada saluran pencernaan
- 3) Radang usus penyakit, termasuk penyakit *chron* dan colitis *ulseratif* dan trauma perut
- 4) Penyebab apendisitis adalah adanya obstruksi lumen apendiks

2.1.3 Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obsrtruksi juga menyebabkan mukus yang di produksi mukosa terbungkus. Semakin lama, mukus tersebut semakin banyak, namun elastisitas dinding apendiks terbatas sehingga meningkatkan tekanan intralumen. Apabila dinding yang rapuh itu pecah, akan mengakibatkan terjadi Apendisitis. Oleh karena itu tindakan yang paling tepat adalah Apendektomi (Hanifah, 2019) dalam (Mitha, 2022). Keadaan di atas dan kurangnya kesadaran pasien terhadap penyakit usus buntu dapat menimbulkan masalah dalam perawatan kecemasan. Kecemasan menjadi beban yang sangat besar, dan kehidupan seseorang menjadi dilanda kecemasan yang terus-menerus. Pasien yang mengalami cedera atau penyakit serius seringkali mengalami kesulitan dalam mengendalikan lingkungannya, dan perawatan diri dapat menimbulkan kecemasan yang tinggi. Ketakutan terjadi sebagai respons fisiologis dan psikologis. Artinya, rasa takut terjadi ketika seseorang mendapat ancaman baik secara fisik maupun psikis (Lubis, 2016).

Gambar 2.1 Pathway/Patofisiologi Pre Operasi Apendiktomi



2.1.4 Manifestasi Klinis

Apendisitis biasanya diawali dengan rasa nyeri yang datang dan hilang di bagian tengah perut. Dalam beberapa jam, rasa sakitnya menyebar ke sisi kanan bawah, tempat usus buntu biasanya berada, dan menjadi terus-menerus dan parah. Gejala radang usus menurut Eqlima dkk (2021) meliputi :

- 1) Nyeri di perut kanan bawah atau nyeri di dekat pusar yang bergerak ke bawah
- 2) Tidak selera makan
- 3) Mual dan muntah segera setelah sakit perut dimulai
- 4) Perut bengkak
- 5) Demam
- 6) Tidak bisa buang air kecil
- 7) Keram

2.1.5 Penatalaksanaan

Menurut Muttaqin & Sari dalam Fitriani (2019) Penangan apendisitis meliputi :

- 1) Klien dipuasakan dan tidak ada asupan secara oral
- 2) Pemberian analgetik dan antibiotic melalui intravena
- 3) Terapi farmakologi *preoperative antibiotic* untuk risiko infeksi pasca bedah
- 4) Tindakan pre operasi apendiktomi merupakan satu satunya pilihan yang baik penundaan tindakan bedah dan pemberian antibiotic dapat mengakibatkan abses dan perforasi

2.2 Konsep Pre Operasi Apendiktomi

2.2.1 Definisi

Menurut Himpunan Kamar Bedah Indonesia (HIPKABI) mendefinisikan tindakan operasi sebagai prosedur medis yang bersifat invasive untuk diagnosis, pengobatan penyakit, trauma dan deformitas (HIPKABI,2014). Definisi lain menyatakan bahwa operasi merupakan Tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh (Smeltzer & Bare, 2020).

Pre operasi merupakan tahap yang dimulai dengan keputusan untuk melakukan prosedur pembedahan dan berakhir saat klien dikirim ke meja operasi. Perawatan pra operasi merupakan tahap awal perawatan perioperatif. Fase ini merupakan awal keberhasilan untuk fase selanjutnya. Kesalahan yang dilakukan pada tahap ini berakibat fatal pada tahap selanjutnya (HIPKABI, 2014).

Dari definisi sebelumnya dapat disimpulkan bahwa *pre* operasi adalah tahapan pembedahan yang dimulai ketika seseorang mengambil keputusan untuk menjalani operasi, hingga berpindah ke meja operasi.

2.2.2 Persiapan Pre Operasi

Perawatan *pre* operasi merupakan tahap pertama dari perawatan perioperatif yang dimulai sejak pasien diterima masuk di ruang terima pasien dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke meja operasi untuk dilakukan tindakan pembedahan (Mirianti,2019).

Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap

atau lebih dapat berpengaruh terhadap kondisi fisik pasien (Smeltzer & Bare, 2016). Persiapan klien di unit perawatan, diantaranya :

a) Persiapan Fisik

Beberapa persiapan fisik yang harus dilakukan pada pasien *pre* operasi adalah :

a) Status Kesehatan Fisik Secara Umum

Status kesehatan fisik meliputi identitas, riwayat kesehatan, status hemodinamik, status kardiovaskular, status pernafasan, fungsi ginjal, fungsi endokrin, fungsi imun, dll. Selain itu, pasien juga diharuskan istirahat yang cukup agar tidak merasa tidak enak badan. Ketegangan di tubuh akan berkurang dan tubuh Anda rileks.

a) Status Nutrisi

Status gizi pasien harus diperhatikan dengan mengukur kebutuhan gizinya. Kebutuhan nutrisi ditentukan berdasarkan tinggi dan berat badan, lipatan trisep, lingkar lengan atas, kadar protein darah (albumin dan globulin), dan keseimbangan nitrogen. Sebelum operasi, pasien diharapkan mengonsumsi protein yang cukup untuk perbaikan jaringan. Malnutrisi yang terus-menerus pada pasien menyebabkan komplikasi pasca operasi seperti infeksi, penyembuhan luka yang tertunda, dan rawat inap yang lama di rumah sakit.

b) Keseimbangan cairan dan elektrolit

Keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan fungsi ginjal. Ginjal mengatur mekanisme asam basa dan ekskresi metabolik obat anestesi. Oleh karena itu, untuk pengoperasian yang baik, perhatian harus diberikan pada keseimbangan cairan.

c) Pencukuran Daerah Operasi

Rambut menjadi sarang bakteri dan dapat mengganggu proses penyembuhan luka. Oleh karena itu, area operasi harus dicukur untuk menghindari infeksi pada area yang akan dilakukan operasi. Area yang akan dicukur tergantung pada jenis operasi dan area pembedahan.

d) Personal Hygiene

Tubuh yang kotor merupakan sumber bakteri yang dapat menyebabkan infeksi. Oleh karena itu, pasien yang menjalani operasi dianjurkan untuk mandi dan mencuci area operasi dengan sabun.

e) Pengosongan kandung kemih

Kegiatan ini dilakukan dengan memasang kateter pada pasien yang menjalani operasi. Selain itu, keseimbangan cairan dapat dipantau dengan mengosongkan kandung kemih menggunakan kateter.

f) Persiapan penunjang

Persiapan penunjang yang dilakukan sebelum tindakan operasi adalah pemeriksaan radiologi, laboratorium, EKG, dll

g) Pemeriksaan status anestesi

Pemeriksaan anestesi dilakukan dengan menilai status fisik untuk mengetahui seberapa resiko pembiusan terhadap kondisi pasien yang dapat mengganggu fungsi pernafasan, peredaran darah, dan sistem saraf.

h) Informed Consent

Informed consent merupakan aspek hukum, tanggung jawab, dan tanggung gugat terhadap pasien. Sebelum operasi akan mendapatkan informasi terkait prosedur pemeriksaan, pembedahan, dan pembiusan yang akan diberikan. Setelah itu pasien dan keluarga harus menandatangani surat pernyataan persetujuan operasi, yang artinya pasien dan keluargamengetahui manfaat, tujuan, resiko, dan konsekuensi terkait pembedahan.

i) Persiapan Mental/Psikis

Keadaan mental pasien sebelum operasi mempengaruhi kondisi fisiknya. Hal ini karena prosedur pembedahan menimbulkan ancaman potensial atau aktual terhadap integritas manusia dan menyebabkan reaksi stres fisiologis dan psikologis. Ansietas pasien sebelum operasi dapat dideteksi dari perubahan fisik pasien seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah, gerakan tangan yang tidak terkontrol, telapak tangan basah, gelisah, sering bertanya, gangguan tidur dan sering buang air kecil.

Perawat bertugas mengkaji mekanisme koping pasien dalam menghadapi stres. Selain itu, staf perawat juga bertugas membantu meringankan ketakutan pasien melalui tindakan tambahan. Tindakan pelengkap yang dapat dilakukan antara lain pijat, relaksasi, dan psikoterapi

2.2.3. Respon Terhadap Tindakan Pre Operasi

Apendiktomi merupakan ancaman potensial atau aktual terhadap integritas individu, dan ancaman ini memicu respons stres fisiologis dan psikologis. Berikut uraian reaksi fisiologis dan psikologisnya:

1) Respon Fisiologis

Apendiktomi menciptakan faktor stres yang dapat memicu respons neuroendokrin. Stres fisiologis yang parah pada sistem (kehilangan banyak darah) memicu mekanisme kompensasi tubuh dan menyebabkan syok.

2) Respon Psikologis

Reaksi psikologis yang terjadi sebelum operasi adalah reaksi psikologis emosional berupa rasa takut. Ketakutan ini muncul karena ketakutan akan operasi, kehilangan orang terdekat, ketergantungan pada orang lain, mengalami kecacatan, rasa sakit setelah operasi, bahkan kematian (Hidayat et al., 2019).

2.3 Konsep Dasar Ansietas

2.3.1 Definisi Ansietas

Menurut Herman dalam Savitri (2021) ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau ketakutan yang tidak jelas dan gelisah disertai dengan respon otonom (sumber terkadang tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan yang khawatir untuk mengatasi bahaya.

Ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan untuk menghadapi ancaman (PPNI, 2018).

2.3.2 Etiologi

Faktor penyebab dan faktor resiko ansietas menurut PPNI (2018) antara lain :

1. Krisis situasional
2. Kebutuhan tidak terpenuhi
3. Krisis maturasional
4. Ancaman terhadap konsep diri
5. Ancaman terhadap kematian
6. Kekhawatiran mengalami kegagalan
7. Disfungsi sistem keluarga
8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
9. Faktor keturunan
10. Penyalagunaan zat

11. Terpapar bahaya lingkungan
12. Kurang tepapar informasi

2.3.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang akan muncul ketika mengalami ansietas adalah (Wekoadi, 2019):

- 1) Sistem kardiovaskular : denyut nadi meningkat, tekanan darah meningkat, pingsan
- 2) Pernapasan: peningkatan laju pernapasan, dada terasa sesak, pernapasan dangkal, tercekik, dan sesak napas
- 3) Neuromuskular: gelisah, wajah tegang, kelemahan umum, gemetar
- 4) Pencernaan: kehilangan nafsu makan, rasa tidak nyaman pada perut, mual, diare
- 5) Kencing: ketidakmampuan menahan atau sering buang air kecil.
- 6) Kulit: wajah merah, telapak tangan berkeringat/seluruh tubuh, gatal, kulit panas dan dingin, wajah pucat,
- 7) Perilaku: perilaku menghindar, gelisah dan mengancam
- 8) Kognitif: cemas, takut, yakin bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi, takut kehilangan kendali, perasaan, tidak mampu menghadapimasalah dan tidak terkendali.

Menurut PPNI (2018), gejala dan tanda ansietas meliputi gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda minor.

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Ansietas Berdasarkan SDKI

Subyektif		Obyektif
Data mayor	1. Merasa bingung 2. Merasa Khawatir dengan akibat dan kondisi yang dihadapi	1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur

	3. Sulit berkonsentrasi	
Data minor	1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpasi 4. Merasa tidak berdaya	1. Frekuensi napas meningkat 2. Frekuensi nadi meningkat 3. Tekanan darah meningkat 4. Diaforesis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih 10. Berorientasi pada masa lalu

2.3.4 Klasifikasi Ansietas

Terdapat 4 jenis ansietas menurut Stuart, yaitu (Ramadhan et al., 2019):

1) Ansietas Ringan

Ansietas Ringan biasanya disebabkan oleh pengalaman hidup sehari-hari. Ansietas ringan berarti kehati-hatian dan kewaspadaan terhadap situasi serupa di masa depan demi perkembangan kepribadian.

2) Ansietas Sedang

Ansietas sedang terjadi ketika seseorang hanya berfokus pada kekhawatiran terus-menerus dan menyebabkan bidang persepsi orang tersebut menyempit. Hal ini menyebabkan orang tersebut tidak mampu berkonsentrasi dan berpikir jernih, namun tetap mampu belajar memecahkan masalah meskipun belum maksimal.

3) Ansietas Berat

Ansietas yang parah membuat seseorang sulit berkonsentrasi dan memahami. Oleh karena itu masalahnya tidak dapat diselesaikan. Seseorang merasa tidak nyaman, bicara cepat dan terhambat.

4) Panik

Seseorang yang mengalami ansietas tingkat panik tidak mampu mengendalikan diri dan sulit melakukan apapun. Respons perilaku dan emosional saat ini meliputi agitasi, amukan, ketakutan, teriakan, kehilangan kendali diri, dan kekacauan.

Rentang respon ansietas adalah derajat perjalanan cemas yang dialami individu, yaitu:

2.3.5 Skala Ansietas *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*

- Menurut Sayuti, dkk (2022) “*Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS), Skala HARS penilaian ansietas terdiri dari 14 item, meliputi:
- a) Perasaan Cemas, firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
 - b) Ketegangan: merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah menangis, dan lesu, tidak bisa istirahat tenang, dan mudah terkejut.
 - c) Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila ditinggal sendiri, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, dan pada kerumunan orang banyak.

- d) Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas, bangun dengan lesu, banyak mimpi-mimpi, mimpi buruk, dan mimpi menakutkan.
- e) Gangguan kecerdasan: daya ingat buruk, susah berkonsentrasi.
- f) Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, bangun dini hari, perasaan berubah-ubah sepanjang hari.
- g) Gejala somatik: sakit dan nyeri otot, kaku, kedutan otot, gigi gemerutuk, suara tidak stabil.
- h) Gejala sensorik: tinitus, penglihatan kabur, muka merah atau pucat, merasa lemas, dan perasaan ditusuk-tusuk.
- i) Gejala kardiovaskuler: berdebar, nyeri di dada, denyut nadi mengeras, perasaan lesu lemas seperti mau pingsan, dan detak jantung hilang sekejap.
- j) Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas, napas pendek/ sesak.
- k) Gejala gastrointestinal ditandai dengan sulit menelan, mual, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri lambung sebelum dan setelah makan, rasa panas di perut, perut terasa kembung atau penuh, muntah, buang air besar lembek, kehilangan berat badan, sukar buang air besar (konstipasi).
- l) Gejala urogenital ditandai oleh sering buang air kecil, tidak dapat menahan kencing, tidak datang bulan (tidak haid), darah haid berlebihan, darah haid amat sedikit, masa haid berkepanjangan, masa

haid amat pendek, haid beberapa kali dalam sebulan, menjadi dingin (frigid), ejakulasi dini, ereksi melemah, ereksi hilang, impoten.

- m) Gejala otonom ditandai dengan mulut kering, muka merah, mudah berkeringat, pusing, sakit kepala, kepala terasa berat, bulu-bulu berdiri.
- n) Perilaku sewaktu wawancara ditandai dengan gelisah, tidak tenang, jari gemetar, mengerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat, nafas pendek dan cepat, muka merah.

Cara penilaian ansietas adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

0= tidak ada gejala sama sekali

1= satu gejala yang ada

2= sedang/separuh gejala yang ada

3= berat/ lebih dari separuh gejala yang ada

4= sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat ansietas dengan cara

menjumlahkan skor 1-14 dengan

hasil:

Skor kurang dari 14 = tidak ada ansietas

Skor 14-20 = ansietas ringan

Skor 21-27 = ansietas sedang

Skor 28-41 = ansietas berat

Skor 42-52 = ansietas berat sekali

2.3.7 Penatalaksanaan

1. Terapi Farmakologi

Pasien yang mengalami ansietas pre-operasi sering diberikan terapi farmakologi untuk menurunkan ansietas yang dirasakan. Obat-obatan yang diberikan tidak sedikit memberikan efek negative pada tubuh pasien, seperti rasa kantuk dan depresi pernapasan yang dengan hal tersebut dapat menghambat fase pemulihan operasi. Pengobatan untuk anti ansietas terutama benzodiapine, obat ini digunakan untuk jangka pendek, dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan toleransi dan ketergantungan. Obat anti ansietas nonbenzodiazepine, seperti bispiro (buspar) dan berbagai antidepresan juga digunakan (Imelisa dkk., 2021).

2. Non Farmakologi

a) Teknik Relaksasi Nafas Dalam.

Teknik relaksasi napas dalam adalah upaya menghirup dan menghembuskan napas sehingga mempengaruhi peregangan kardiopulmoner. Peregangan dari jantung dan paru-paru dapat meningkatkan baroreseptor, yang akan merangsang saraf parasimpatis dan menghambat pusat simpatis. Peningkatan saraf parasimpatis mengurangi ketegangan, kecemasan, dan fungsi kontrol detak jantung sehingga membuat tubuh rileks (Muttaqin dan Sari, 2019).

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien *Pre Operasi Apendiktomi*

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Beberapa hal yang harus dikaji pada pasien *pre operasi* adalah (Togatorop & Via, 2020):

- 1) Identitas klien: nama, umur, jenis kelamin, suku/bangsa, agama, pekerjaan, Pendidikan, golongan darah, alamat, nomor rekam medis, tanggal masuk RS, dan diagnosa medis.
- 2) Ringkasan anamnesa *pre operasi*: keluhan ketika pasien dirawat inap hingga sebelum dilakukan tindakan operasi.
- 3) Pengkajian psikologis: perasaan takut/cemas dan emosi klien
- 4) Pengkajian fisik : tanda-tanda vital (tekanan darah, frekuensi nafas, nadi, dan suhu).
- 5) Sistem integument : lihat apakah klien pucat, sianosis, dan adakah penyakit kulit di badan klien
- 6) Sistem kardiovaskuler : identifikasi adanya gangguan pada sistem kardiovaskuler, validasi apakah klien memiliki riwayat penyakit jantung, kebiasaan konsumsi obat jantung, kebiasaan merokok, minum alkohol, oedem, irama dan frekuensi jantung.
- 7) Sistem pernafasan: bagaimana frekuensi dan pola nafas klien.
- 8) Sistem gastrointestinal : apakah klien diare.
- 9) Sistem reproduksi: apabila wanita, apakah klien sedang menstruasi.
- 10) Validasi kesiapan fisik: apakah klien masih puasa, lavement, kapter, menggunakan make up dan perhiasan, perlengkapan pakaian operasi, dan validasi alergi obat.

2.4.2 Diagnosa keperawatan

Menurut SDKI, diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan *pre* operasi apendiktomi adalah :

- 1) (D.0080) Ansietas berhubungan dengan Krisis situasional dibuktikan dengan tampak merasa cemas, khawatir, gelisah, tekanan darah meningkat, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur
- 2) (D.0111) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang tepapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi
- 3) (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dapat dilakukan berdasarkan diagnosis adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	(D.0080) Ansietas Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Tingkat Ansietas (L.09093) menurun dengan kriteria hasil : 1) Verbalisasi kebingungan menurun 2) Verbalisasi Khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3) Perilaku gelisah menurun 4) Perilaku tegang menurun 5) Konsentrasi membaik 6) Pola tidur membaik	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah, misal: kondisi, waktu, stresor 2) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal). Terapeutik 1) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 2) Pahami situasi yang membuat ansietas 3) Dengarkan dengan penuh perhatian 4) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 6) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan

			datang Edukasi 1) Jelaskan prosedur serta sensasi yang mungkin dialami 2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi 6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat 8) Latih teknik relaksasi nafas dalam Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu
2	(D.0111) Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang tepapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Tingkat Pengetahuan (L12111) meningkat dengan kriteria hasil : 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat 4) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 5) Persepsi yang keliru terhadap masalah	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan . Terapeutik 1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3) Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 1) Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

3	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2) Keluhan nyeri menurun 3) Meringis menurun 4) Sikap protektif menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 1) Berikan Teknik nonfarmakologis
---	---	--	---

		5) Gelisah menurun 6) Kesulitan tidur menurun 7) Frekuensi nadi membaik 8) Pola napas membaik 9) Tekanan darah membaik 10) Fokus membaik 11) Pola tidur membaik	untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, relaksasi nafas dalam, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
--	--	---	--

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan bagian keempat dari proses keperawatan setelah penyusunan rencana keperawatan. Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien beralih dari masalah kesehatan yang dihadapinya ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Secara teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan proses keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien selalu didasarkan pada intervensi yang dikembangkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI PPNI, 2017).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tahap penilaian atau evaluasi merupakan perbandingan kesehatan klien secara sistematis dan terencana untuk menetapkan tujuan, yang dilakukan secara berkesinambungan dengan klien, keluarga dan tenaga kesehatan profesional lainnya. Tujuan penilaian adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan, disesuaikan dengan kriteria kinerja pada tahap perencanaan. Ada dua jenis evaluasi yaitu :

a) Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif menitikberatkan pada berjalannya proses keperawatan dan hasil kerja keperawatan. Penilaian formatif ini dilakukan segera setelah perawat melaksanakan rencana perawatan untuk mengevaluasi efektivitas tindakan keperawatan yang dilaksanakan. Desain penilaian formatif ini mencakup empat komponen yang dikenal dengan SOAP, yaitu subjektif, objektif, analisis data, dan desain.

1) S (subjektif) : data subjektif hasil keluhan klien, tidak termasuk klien menderita afasia

2) O (objektif) : data objektif dari hasil observasi perawat

3) A (analisis): Masalah dan diagnosis klien dianalisis atau diselidiki berdasarkan data subjektif dan objektif .

4) P (perencanaan) : Merencanakan kembali perkembangan kegiatan pengobatan , baik saat ini maupun yang akan datang,dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan klien.

b) Evaluasi Sumatif (hasil)

Evaluasi Sumatif merupakan penilaian yang dilakukan setelah seluruh kegiatan proses keperawatan selesai. tindakan untuk mengevaluasi dan memantau kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Ada 3 kemungkinan pengkajian terkait pencapaian tujuan keperawatan yaitu. :

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai standar yang ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah terselesaikan sebagian atau jika klien menunjukkan perubahan pada salah satu kriteria yang ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau belum terselesaikan bila klien hanya menunjukkan perubahan kecil dan tidak ada menunjukkan kemajuan sama sekali.

Evaluasi merupakan ukuran intelektual penyelesaian proses keperawatan yang menunjukkan sejauh mana diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan implementasi telah berhasil dicapai. Tujuan dari penilaian adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilakukan dengan membangun hubungan dengan klien berdasarkan bagaimana dia merespon perawatan yang diberikan agar perawat dapat mengambil keputusan (Adinda, 2019).