

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari proses penginderaan terhadap suatu objek, terutama melalui penglihatan dan pendengaran, karena sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmojo, 2003).

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Pengetahuan diperoleh dari proses belajar yang dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai dengan keyakinan yang diperoleh. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih *langgeng* daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan merupakan proses mencari tahu, dari yang tidak tahu menjadi tahu. Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman, orang tua, guru, teman, buku, dan media massa (Notoatmodjo, 2003).

Tingkat pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmodjo, 2003) yaitu:

- a. Tahu (*know*) yaitu mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.

- b. Memahami (*comprehension*) yaitu suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Pada tingkatan memahami ini seseorang dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.
- c. Aplikasi (*aplication*) yaitu suatu kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya.
- d. Analisis (*analysis*) yaitu suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.
- e. Sintesis (*synthesis*) yaitu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.
- f. Evaluasi (*evaluation*) yaitu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek, yang didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subyek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita

ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkat-tingkat tersebut diatas.

Menurut Notoatmodjo (2002), pengetahuan dapat diperoleh melalui dua cara yaitu :

1) Pendekatan non ilmiah (*Non Scientific approach*)

Dalam hal tertentu pengetahuan yang diperoleh melalui proses pendekatan non ilmiah, dikategorikan dalam beberapa hal :

a) Pengetahuan dapat diperoleh secara kebetulan.

Meskipun demikian pengetahuan yang diperoleh tidak dengan perencanaan yang matang tersebut akan tetap menjadi pengetahuan dan kegunaannya sangat besar

b) Pengetahuan yang diperoleh dengan cara coba-coba

Dalam hal ini pengetahuan memang direncanakan tetapi tidak dilakukan dengan sistematis (dengan cara coba-coba) atau tidak berdasarkan tujuan yang terarah.

c) *Authority* (penguasa)

Pengetahuan bisa diperoleh atas dasar apa yang dikatakan oleh penguasa, baik penguasa ilmu, agama, pemerintah, dll

d) *Beliefs* (kepercayaan)

Pengetahuan diperoleh melalui wahyu.

e) *Intuisi*

Pengetahuan yang bentuknya seperti insting/naluri adalah pengetahuan yang diperoleh melalui pendekatan non ilmiah tidak selalu buruk, bahkan kadang-kadang hasilnya bermanfaat besar. Kelemahan cara ini sukar dibuktikan dan dipertahankan kebenarannya, karena terlalu banyak unsur subyektif.

2) Pendekatan ilmiah (*Scientific approach*)

Pengetahuan yang diperoleh melalui metode ilmiah. Metode ilmiah adalah suatu metode yang bebas dari subyektifitas manusia yang mengikuti urutan *logico – hipotetico – verivicatif (deducto)*.

2. Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu system dalam merencanakan asuhan keperawatan yang mempunyai empat tahapan, yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Namun ada juga pendapat yang mengatakan terdiri dari lima tahapan yang meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses keperawatan ini adalah suatu proses pemecahan masalah yang sistematis dalam memberikan pelayanan keperawatan. (H. Lismidar, 2005)

Proses keperawatan dilakukan secara bersama antara perawat dan klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan, melaksanakan asuhan keperawatan serta melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan

yang berfokus kepada klien, berorientasi pada tujuan yang tiap tahapnya saling berhubungan dan saling ketergantungan. (Hidayat, 2008)

Proses keperawatan memberikan cara yang logic dan rasional bagi para perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien sesuai dengan kebutuhan pasien, maka perawat professional dalam menetapkan diagnose keperawatan berdasar pada hasil pengkajian yang komprehensif akan masalah kesehatan baik yang aktual maupun potensial serta pengkajian akan sumber daya yang dimiliki pasien yang berguna untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan. Selanjutnya perencanaan tindakan keperawatan harus berdasar pada diagnose keperawatan yang telah ditegakkan.

Adapun karakteristik dari proses keperawatan antara lain:

- a. Merupakan kerangka berpikir dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien, keluarga, dan komunitas.
- b. Bersifat teratur dan sistematis.
- c. Bersifat saling bergantung satu dengan yang lain
- d. Memberikan asuhan keperawatan secara individual
- e. Klien menjadi pusat dan menghargai kekuatan klien
- f. Dapat digunakan dalam keadaan apapun

Banyak pakar telah merumuskan definisi dari proses keperawatan (*Weitzel, Marriner, murray*), secara umum dapat dikatakan bahwa proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam

melakukan asuhan keperawatan pada individu, keluarga maupun masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya (Tarwoto & Wartonah, 2004)

Proses keperawatan adalah :

- a. Suatu pendekatan sistematis untuk mengenal masalah-masalah pasien dan mencari alternatif pemecahan masalah dalam memenuhi kebutuhan-kebutuhan pasien.
- b. Merupakan proses pemecahan masalah yang dinamis dalam memperbaiki dan meningkatkan kesehatan pasien sampai ke tahap maksimum.
- c. Merupakan pendekatan ilmiah.
- d. Terdiri dari 4 tahap : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, atau ada pula yang menterjemahkannya ke dalam 5 tahap : pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan merupakan pelayanan esensial yang diberikan oleh perawat profesional dimana dalam melaksanakan kegiatannya menggunakan pendekatan proses keperawatan.

Alasan penggunaan proses keperawatan adalah :

- 1) Meningkatnya tuntutan masyarakat akan pelayanan keperawatan.
- 2) Profesionalisme, sesuai dengan konsep keperawatan bahwa perawatan merupakan pelayanan esensial yang diberikan oleh perawat profesional dimana dalam melaksanakan kegiatannya menggunakan pendekatan proses keperawatan.

profesional dimana dalam melaksanakan kegiatannya menggunakan pendekatan proses keperawatan.

- 3) Untuk efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan.
- 4) Untuk meningkatkan peran serta dan keterlibatan pasien dalam pelayanan keperawatan.

3. *NANDA* (North American Nursing Diagnosis Association)

a. Definisi

Istilah diagnosa keperawatan digunakan sebagai verba dan nomina. Sebagai verba merupakan proses mengidentifikasi masalah atau kebutuhan pasien yang spesifik digunakan dengan beberapa perawat sebagai tahapan kedua dari proses keperawatan. Sebagai nomina dalam kaitan dengan karya *NANDA*, yaitu sebuah label yang disetujui oleh *NANDA* yang mengidentifikasi masalah atau kebutuhan pasien yang spesifik. Merupakan alat untuk menggambarkan masalah kesehatan yang dapat ditangani oleh perawat berupa masalah fisik, sosiologis, dan psikologis.

Menurut *NANDA* definisi diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik mengenai respon individu, keluarga dan komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial (hasil konferensi *NANDA* ke 9 tahun 1990). Diagnosa keperawatan mengatakan bagaimana keadaan pasien saat ini dan mencerminkan perubahan-perubahan pada kondisi pasien.

b. Keuntungan penggunaan

Meskipun belum komprehensif, daftar label diagnosa keperawatan dari *NANDA* saat ini menentukan atau meyarif aktifitas keperawatan profesional. Menurut Doengoes (2000) keuntungan penggunaan label diagnosa keperawatan adalah :

- 1) Memberikan bahasa yang umum bagi perawat, meningkatkan komunikasi yang lebih baik diantara perawat, antara shif dan unit, penyedia perawatan kesehatan lain dan lingkungan perawatan yang berbeda-beda.
- 2) Meningkatkan identifikasi tujuan yang tepat, membantu dalam memilih intervensi keperawatan kesehatan yang benar untuk mengatasi masalah atau kebutuhan yang telah diidentifikasi dan memberikan pedoman untuk evaluasi.
- 3) Memberikan informasi yang tajam, mengurutkan sejumlah pekerjaan yang memerlukan asuhan keperawatan dan dapat berfungsi sebagai dasar untuk system klasifikasi pasien, menentukan kebutuhan staf dan sebagai dokumentasi untuk memberikan justifikasi untuk pembayaran.
- 4) Dapat menciptakan standar untuk praktik keperawatan, memberikan pondasi untuk program jaminan kualitas, alat untuk mengevaluasi praktik keperawatan, dan suatu mekanisme untuk menghitung biaya asuhan keperawatan yang diberikan.

- 5) Memberi dasar peningkatan kualitas, para klinisi, administrator, pendidik, dan para peneliti dapat mencatat, memvalidasi atau mengubah proses pemberian perawatan yang kemudian akan memajukan profesi keperawatan

c. Tipe Diagnosa Keperawatan

Ada tiga tipe diagnosa keperawatan *NANDA*, yaitu :

- 1) Diagnosa keperawatan aktual, yaitu respon manusia saat ini terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang didukung oleh sekelompok batasan karakteristik (tanda dan gejala) dan termasuk faktor yang berhubungan (etiologi) yang mempunyai kontribusi terhadap perkembangan atau pemeliharaan kesehatan.
- 2) Diagnosa keperawatan resiko, yaitu menunjukkan respon manusia yang dapat timbul pada seseorang atau kelompok yang rentan dan ditunjang dengan faktor resiko yang memberi kontribusi pada peningkatan kerentanan.
- 3) Diagnosa keperawatan kesejahteraan, yaitu menguraikan respon manusia terhadap tingkat kesehatan individu atau kelompok yang mempunyai potensi peningkatan derajat kesehatan lebih tinggi.

d. Komponen pernyataan diagnosa keperawatan

Menurut *NANDA* tahun 2009, komponen diagnosa adalah :

- 1) Problem (masalah atau kebutuhan) adalah nama atau label diagnosa diidentifikasi dari daftar *NANDA*.

- 2) Faktor resiko atau faktor yang berhubungan adalah penyebab atau alasan yang dicurigai dari respon yang telah diidentifikasi dari pengkajian.
 - 3) Definisi karakteristik (tanda dan gejala) yaitu manifestasi yang diidentifikasi dalam pengkajian yang menyokong diagnosa keperawatan.
- e. Pemberian Sifat Untuk Label Diagnosa :
- 1) Akut : berat tetapi dengan durasi singkat
 - 2) Perubahan : Suatu perubahan dari dasar
 - 3) Kronik : bertahan dalam waktu lama, berulang dan konstan.
 - 4) Menurun : sedikit, kurang dalam hal jumlah dan derajat.
 - 5) Defisien : tidak adekuat dalam hal jumlah, ukuran, derajat, defektif, tidak cukup dan tidak lengkap.
 - 6) Depleksi : hilang sebagian atau habis.
 - 7) Disfungsional : abnormal fungsi tidak sempurna.
 - 8) Gangguan : terganggu, terhenti, dipenuhi oleh.
 - 9) Kelebihan : ditandai dengan jumlah yang berlebih.
 - 10) Meningkatkan : lebih besar dalam hal jumlah, ukuran dan derajat.
 - 11) Kerusakan : membuat buruk, melemah, rusak atau menurun.
 - 12) Tidak efektif : tidak menghasilkan efek yang diharapkan.

- 13) Intermitten : berhenti dan mulai lagi pada interval tertentu, periode siklik
- 14) Potensial terhadap peningkatan : peningkatan didefinisikan sebagai membuat lebih besar, meningkatkan kualitas atau lebih dari yang diharapkan.

4. NIC (*Nursing Intervention Classification*)

NIC adalah standar klasifikasi pertama yang komprehensif tentang kegiatan perawat. Klasifikasi meliputi intervensi yang dilakukan terhadap pasien baik tindakan mandiri maupun tindakan kolaboratif, juga tindakan langsung maupun tidak langsung. *NIC* digunakan perawat pada semua spesialis dan semua area keperawatan (Mc.Closkey, Bulechek, 1996).

Intervensi dalam *NIC* meliputi fisiologi (managemen asam basa, suctioning, perawatan dekubitus) dan psikososial (mengurangi kecemasan). Intervensi juga meliputi perawatan penyakit (managemen hiperglikemi, perawatan osteomyelitis, managemen shock), pencegahan penyakit (mencegah jatuh, melindungi dari infeksi, pemberian imunisasi), peningkatan kesehatan (peningkatan aktifitas, managemen nutrisi).

Sebagian intervensi untuk individu, tetapi ada juga yang untuk keluarga (dukungan keluarga, peningkatan keutuhan keluarga) dan ada juga untuk komunitas (pendidikan kesehatan, manajemen lingkungan, masyarakat), termasuk intervensi perawatan tidak langsung.

Adapun keuntungan *NIC* menurut McCloskey dan Bulechek (2006) :

- a) Membantu menunjukkan aksi perawat dalam sistem pelayanan kesehatan.
- b) Menstandarisasikan dan mendefinisikan dasar pengetahuan untuk kurikulum dan praktik keperawatan.
- c) Memudahkan memilih intervensi keperawatan yang tepat.
- d) Memudahkan komunikasi tentang perawatan pada perawat lain dan penyedia kesehatan lain.
- e) Memperbolehkan peneliti untuk menguji keefektifan dan biaya perawatan.
- f) Membantu pendidik untuk mengembangkan kurikulum yang lebih baik dengan praktik klinik.
- g) Memudahkan pengajaran pengambilan keputusan klinis bagi perawat baru.
- h) Membantu tenaga administrasi dalam merencanakan staf dan peralatan yang dibutuhkan lebih efektif.
- i) Meningkatkan perkembangan sistem reimbursement untuk pelayanan perawatan.
- j) Memudahkan pengembangan dan penggunaan sistem informasi perawatan.
- k) Mengkomunikasikan keahlian perawat kepada publik.

Kelebihan *NIC* adalah :

- 1) Komprehensif.
- 2) Berdasarkan riset.
- 3) Dikembangkan lebih didasarkan praktik yang ada.
- 4) Merefleksikan pada praktik klinik dan penelitian saat ini.
- 5) Mempunyai kemudahan untuk menggunakan struktur organisasi (Domain, Kelas, Intervensi, Aktifitas).
- 6) Menggunakan bahasa yang jelas dan penuh arti klinik.
- 7) Dikembangkan oleh tim riset yang besar dan bermacam- macam tim.
- 8) Menjadi dasar pengujian.
- 9) Dapat diakses melalui beberapa publikasi.
- 10) Dapat dihubungkan dengan diagnosa *NANDA*
- 11) Dapat dikembangkan bersama *NOC*.
- 12) Dapat diakui dan diterima secara nasional.
- 13) Dapat diberikan/diterapkan pada pasien post apendictomi.

5. *NOC (Nursing Outcome Classification)*

Nursing Outcome Classification (NOC) menggambarkan respon pasien terhadap tindakan keperawatan. *NOC* mengevaluasi hasil pelayanan keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan. Standar kriteria hasil pasien sebagai dasar untuk menjamin keperawatan sebagai partisipan penuh dalam evaluasi klinik bersama dengan disiplin ilmu kesehatan lain.

Kelebihan *NIC* adalah :

- 1) Komprehensif.
- 2) Berdasarkan riset.
- 3) Dikembangkan lebih didasarkan praktik yang ada.
- 4) Merefleksikan pada praktik klinik dan penelitian saat ini.
- 5) Mempunyai kemudahan untuk menggunakan struktur organisasi (Domain, Kelas, Intervensi, Aktifitas).
- 6) Menggunakan bahasa yang jelas dan penuh arti klinik.
- 7) Dikembangkan oleh tim riset yang besar dan bermacam- macam tim.
- 8) Menjadi dasar pengujian.
- 9) Dapat diakses melalui beberapa publikasi.
- 10) Dapat dihubungkan dengan diagnosa *NANDA*
- 11) Dapat dikembangkan bersama *NOC*.
- 12) Dapat diakui dan diterima secara nasional.
- 13) Dapat diberikan/diterapkan pada pasien post apendictomi.

5. *NOC (Nursing Outcome Classification)*

Nursing Outcome Classification (NOC) menggambarkan respon pasien terhadap tindakan keperawatan. *NOC* mengevaluasi hasil pelayanan keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan. Standar kriteria hasil pasien sebagai dasar untuk menjamin keperawatan sebagai partisipan penuh dalam evaluasi klinik bersama dengan disiplin ilmu kesehatan lain.

Klasifikasi berisi 190 kriteria hasil yang diberi label, definisi dan indikator atau ukuran untuk menentukan kriteria hasil yang diterima. *NOC* dilengkapi dengan indikator yang dapat diukur dengan diobservasi dalam bentuk skala 1-5 (1 kondisi pasien yang sedikit diinginkan dan 5 keadaan yang paling banyak diinginkan). *NOC* mempunyai 7 domain yaitu; fungsi kesehatan, fisiologi kesehatan, kesehatan psikososial, pengetahuan dan perilaku kesehatan, persepsi kesehatan, kesehatan keluarga, dan kesehatan masyarakat.

Manfaat standarisasi bahasa *NOC* dalam keperawatan adalah:

- a) Memberikan label-label dan ukuran-ukuran untuk kriteria hasil yang komprehensif, sebagai hasil intervensi keperawatan.
- b) Mengidentifikasi kriteria hasil yang berfokus pada pasien dan dapat dipergunakan perawat-perawat dan disiplin ilmu yang lain.
- c) Memberikan informasi kriteria hasil yang lebih spesifik dari status kesehatan yang umum. Ini memberikan secara langsung untuk mengidentifikasi masalah ketika ukuran status kesehatan umum diluar rentang yang dapat diterima.
- d) Memberikan kriteria hasil yang cepat penerimaan sepanjang rentang kriteria hasil yang diinginkan.
- e) Menggunakan skala untuk mengukur kriteria hasil yang memberikan informasi kuantitatif tentang kriteria hasil pasien yang diterima dalam organisasi atau system manajemen.

- f) Memfasilitasi identifikasi pernyataan faktor resiko untuk kelompok populasi. Ini merupakan langkah yang dibutuhkan dalam pengkajian variasi kriteria hasil.

6. Post Apendictomi

a. Pengertian Apendiks

Apendiks adalah organ tambahan kecil yang menyerupai jari dan melekat pada sekum tepat dibawah katup ileocecal. Sedangkan appendicitis adalah peradangan pada apendiks yang berbentuk cacing dan berlokasi dekat dengan katup ileocecal. (Barbara C Long, 1996 hal 228).

b. Apendictomi

Apendictomi adalah upaya pembedahan apendiks terinflamasi, sehingga luka yang ditimbulkan akibat pembedahan tersebut dinamakan luka post apendictomi. Ada dua cara dalam pembedahan ini :

- 1) Apendictomi laparatomi, adalah pengambilan apendik terinflamasi dengan cara melukai bagian kuadran kanan bawah pada abdomen, kemudian dokter mencari bagian apendik terinflamasi secara manual dan memotongnya. Setelah apendik terinflamasi terpotong kemudian dilakukan jahitan dalam pada area terpotong. Pada akhirnya sobekan di kuadran kanan bawah akan dijahit.
- 2) Apendictomi laparoscopi, adalah pengambilan apendik terinflamasi dengan cara memasukkan tiga buah alat pada bagian abdomen dari pasien. Alat pertama adalah pengait apendik terinflamasi yang

berfungsi untuk mengait agar apendik terfiksasi. Yang kedua adalah alat pemotong Apendictomi berfungsi untuk memotong apendik yang sudah terfiksasi. Sedang alat yang ketiga adalah kamera yang terhubung langsung dengan monitor, sehingga posisi apendik terlihat dengan jelas pada layar monitor. Dokter dalam mengambil apendik yang terinflamasi melihat layar monitor. Setelah apendiks terinflamasi dapat diambil dilakukan jahitan pada bekas potongan apendik. Kemudian tiga lubang berukuran sekitar 2 cm dijahit kembali.

c. Anatomy

Apendiks merupakan suatu organ limfoid seperti tonsil, payer patch (analog dengan Bursa Fabricus) membentuk produk immunoglobulin, berbentuk tabung, panjangnya kira-kira 10cm (kisaran 3-15cm) dengan diameter 0,5-1cm dan berpangkal di sekum. Lumennya sempit di bagian proksimal dan melebar dibagian distal. Basis appendiks terletak di bagian postero medial caecum, di bawah katup ileocaecal. Ketiga taenia caecum bertemu pada basis apendiks. (Mansyur, 2003).

d. Etiologi

Apendisitis merupakan infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai factor pencetusnya. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan

apendisitis ialah erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.histolyca*. (Barbara C Long, 2004).

e. Patofisiologi

Appendiks terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat, kemungkinan oleh faecalit (massa keras dari faeces) tumor, benda asing, bacterial dan virus. Proses inflamasi meningkatkan tekanan intraluminal yang akan mengakibatkan nyeri abdomen atas atau menyebar hebat secara progresif dalam beberapa jam kemudian terlokasidi kuadran bawah dari abdomen, akhirnya appendiks yang terinflamasi berisi pus.

f. Manifestasi Klinis

Perkembangan klasik dari gejala adalah anoreksia, (hampir semuanya mengalami), diikuti dengan nyeri periumbilikal konstan derajat sedang dengan pergeseran dalam 4-6 jam menjadi nyeri tajam pada kuadran bawah. Posisi apendiks yang bervariasi atau malrotasi, memungkinkan variabilitas dari lokasi nyeri. Selanjutnya dapat terjadi episode muntah, bersamaan dengan obstipasi atau diare, terutama pada anak – anak. (Arief Mansyur, 2003)

g. Pemeriksaan Penunjang

Untuk menegakkan diagnosa pada appendicitis didasarkan atas anamnesa ditambah dengan pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

1) Gejala dengan anamnesa bisa ditegakkan dengan 4 hal penting yaitu :

- a) Nyeri mula- mula di epeigastrium (nyeri visceral) yang beberapa waktu kemudian menjalar ke perut kanan bawah.
- b) Muntah oleh karena nyeri visceral.
- c) Panas (karena kuman yang menetap di dinding usus)
- d) Gejala lain adalah badan lemah dan kurang nafsu makan, penderita tampak sakit, menghindarkan pergerakan di perut terasa nyeri.

2) Pemeriksaan yang lain

a) Lokasi

Jika sudah terjadi perforasi, nyeri akan terjadi pada seluruh perut, tetapi paling terasa nyeri pada titik Mc Burney. Jika sudah infiltrat, infeksi juga terjadi jika orang dapat menahan sakit, dan kita akan merasakan seperti tumor dititik Mc. Burney.

b) Test Rectal

Pada pemeriksaan rectal toucher akan teraba benjolan dan penderita merasa nyeri pada daerah prolitotomi.

c) Pemeriksaan laboratorium

- 1) Leukosit meningkat sebagai respon fisiologis untuk melindungi tubuh terhadap mikroorganisme yang menyerang pada appendicitis akut dan perforasi akan terjadi leukositosis yang lebih tinggi lagi.
- 2) Hb (hemoglobin) nampak normal.

- 3) Laju endap darah (LED) meningkat pada keadaan appendicitis infiltrat.
 - 4) Urine penting untuk melihat apa ada infeksi pada ginjal.
- d) Pemeriksaan Radiologi.

Pada foto tidak dapat menolong untuk menegakkan diagnosa appendicitis akut, kecuali bila terjadi peritonitis, tapi kadang kala dapat ditemukan gambaran sebagai berikut :

- 1) Adanya sedikit fluid level disebabkan karena adanya udara dan cairan.
- 2) Kadang ada fekolit (sumbatan)

h. Penatalaksanaan

Perawatan prabedah perhatikan tanda-tanda khas dari nyeri :

- 1) Kuadran kanan bawah abdomen dengan rebound tenderness (nyeri tekan lepas), peninggian laju endap darah, tanda psoas yang positif, nyeri tekan rectal pada sisi kanan.
- 2) Terapi antibiotik :

Terapi antibiotik harus diberikan selama 5-7 hari jika appendicitis telah mengalami perforasi.

7. Implementasi Diagnosa *NANDA*, *NIC*, dan *NOC* pada pasien post Apendictomi.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien post apendectomy dengan menggunakan diagnosa *NANDA* antara lain adalah :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan.
- b. Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan
- c. Kurang perawatan diri berhubungan dengan nyeri
- d. Imobilitas fisik berhubungan dengan pasca anestesi
- e. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan diet pre dan pasca operasi.
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat.

Implementasi dari masing-masing diagnosa *NANDA*, *NIC* dan *NOC* secara lengkap bisa dilihat dalam table berikut:



Tabel 2.1 Implementasi *NANDA*, *NOC*, *NIC* pada pasien post apendictomi dengan diagnose Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan

Diagnosa Keperawatan <i>NANDA</i>	<i>NOC</i>	<i>NIC</i>
a. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan.	<i>NOC</i> yang diharapkan ; Tingkat nyeri dapat dihilangkan atau diturunkan. Indikator ; a. Melaporkan nyeri hilang atau berkurang. b. Ekpresi wajah rileks c. Toleran terhadap aktifitas d. Tanda tanda vital normal.	<i>NIC</i> yang diterapkan; Manajemen nyeri : a. Kaji keluhan nyeri, lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, dan beatnya nyeri. b. Observasi respon ketidaknyamanan secara verbal dan non verbal. c. Monitoring perubahan nyeri baik aktual maupun potensial. d. Sediakan informasi tentang nyeri baik aktual maupun potensional. e. Kurangi faktor-faktor yang dapat menambah nyeri, f. Ajarkan penggunaan teknik relaksasi. g. Kolaborasi dengan tim kesehatan dokter, fisioterapi. h. Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri.

Tabel 2.2 Implementasi *NANDA*, *NOC*, *NIC* pada pasien post apendictomidengan diagnosa Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Diagnosa Keperawatan <i>NANDA</i>	<i>NOC</i>	<i>NIC</i>
b. Cemas berhubungan dengan perubahan status kesehatan	<i>NOC</i> : Mengontrol kecemasan Definisi : tindakan personal untuk menghilangkan atau mengurangi perasaan ketakutan dan ketegangan dari sumber yang tidak dikenal. Indikator ; - Secara verbal dapat menunjukkan cara mengontrol cemas. - Tanda- tanda vital normal. - Sikap tubuh, ekspresi wajah dan tingkat aktifitas normal. - Pasien dapat mengungkapkan kembali keterampilan dalam pemecahan masalah.	<i>NIC</i> yang diterapkan : Pengurangan kecemasan: - Gunakan pendekatan dengan ketenangan dan ketentraman. - Jelaskan tingkah laku yang diharapkan. - Jelaskan semua prosedur,tindakan. - Anjurkan pasien untuk mengerti situasi yang terjadi. - Dengarkan dengan penuh perhatian. - Beri pujian pada tingkah laku yang positif. - Ciptakan lingkungan yang penuh kenyamanan. - Anjurkan pasien untuk mengungkapkan - Anjurkan pasien untuk menggunakan tehknik relaksasi. - Kelola pengobatan untuk menurunkan kecemasan.

Tabel 2.3 Implementasi *NANDA*, *NOC*, *NIC* pada pasien post apendictomi dengan diagnosa Kurang perawatan diri berhubungan dengan nyeri

Diagnosa Keperawatan <i>NANDA</i>	<i>NOC</i>	<i>NIC</i>
c..Kurang perawatan diri berhubungan dengan nyeri	<i>NOC</i> yang diharapkan Perawatan diri terpenuhi Indikator; a. Badan/tubuh bersih dan bebas bau tidak sedap. b. Gigi dan mulut bersih bebas bau tidak sedap. c. Rambut bersih.	<i>NIC</i> yang diterapkan a. Observasi keadaan kebersihan pasien b. bantu pasien membersihkan diri, gosok gigidan keramas. c. Monitor kebersihan gigi dan mulut d. Bantu klien untuk ke kamar mandi. e. Jelaskan kepada pasien pentingnya kebersihan diri

Tabel 2.4 Implementasi *NANDA*, *NOC*, *NIC* pada pasien post apendictomi dengan diagnosa Imobilitas fisik berhubungan dengan pasca anestesi

Diagnosa Keperawatan <i>NANDA</i>	<i>NOC</i>	<i>NIC</i>
d. Imobilitas fisik berhubungan dengan pasca anestesi	<i>NOC</i> yang diharapkan Tingkat mobolitas fisik Meningkat. Indikator: a. Mampu miring kanan dan kiri setelah sadara. b. Mampu duduk setelah post op hari pertama. c. Mampu berjalan pada hari kedua post op.	<i>NIC</i> yang diterapkan a. Observasi keadaan pasien setelah post op. b. Jelaskan tahap-tahap mobilisasi pasca operasi. c. Jelaskan manfaat mobilisasi dan akibat kurang mobolitas. d. Bantu pasien untuk beraktifitas secara bertahap. e. Kaji respoan pasien setelah mobilisasi.

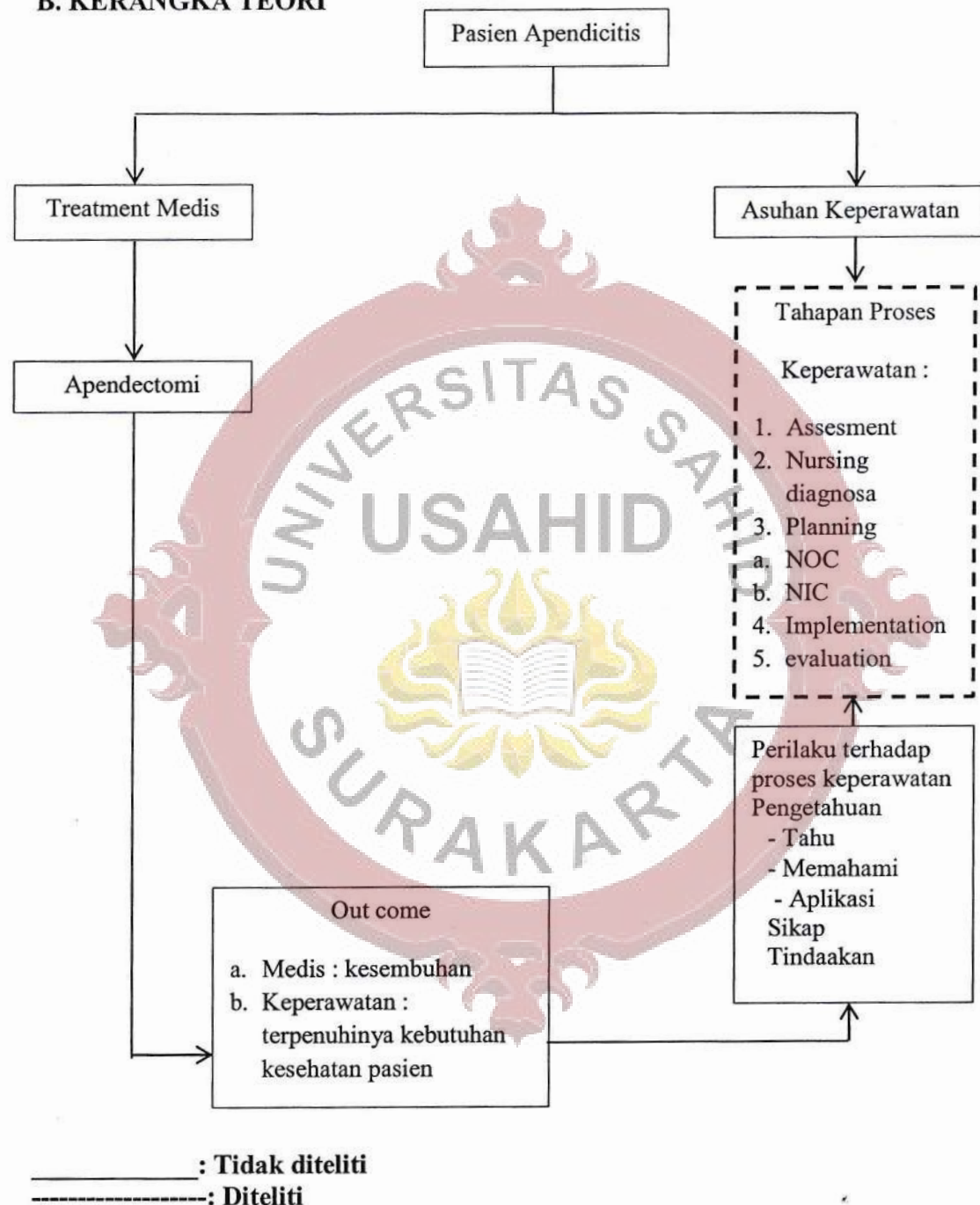
Tabel 2.5 Implementasi *NANDA*, *NOC*, *NIC* pada pasien post apendictomi dengan diagnosa Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan diet pre dan pasca operasi

Diagnosa Keperawatan <i>NANDA</i>	<i>NOC</i>	<i>NIC</i>
e. Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan pembatasan diet pre dan pasca operasi	<i>NOC</i> yang diharapkan Mencegah dehidrasi Indikator; a. Turgor kulit baik b. Kulit lembab tidak kering c. Out put urine adekuat d. Mulut tidak kering.	<i>NIC</i> yang diterapkan: a. Kaji membrane mukosa. b. Kaji turgor kulit c. Monitoring intake <i>out put</i> cairan. d. Beri perawatan mulut e. Monitoring warna urine. f. Kolaborasi pemberian cairan infus.

Tabel 2.6 Implementasi *NANDA*, *NOC*, *NIC* pada pasien post apendictomi dengan diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat.

Diagnosa Keperawatan <i>NANDA</i>	<i>NOC</i>	<i>NIC</i>
f. Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan primer tidak adekuat	<i>NOC</i> yang diharapkan Status infeksi teratasi/infeksi tercegah. Indikator; a. Pasien tidak demam b. Tidak tampak tanda-tanda infeksi pada luka post op c. Kadar leukosit terpantau normal.	<i>NIC</i> yang diterapkan untuk pencegahan Infeksi a. Observasi luka insisi operasi b. Gunakan tehnik aseptik saat perawatan luka. c. Lakukan perawatan luka 2 hari pasca operasi atau setiap saat luka kotor. d. Monitor tanda-tanda infeksi. e. Tingkatkan kecukupan nutrisi. f. Beri anti biotik sesuai yang diresepkan/ g. Ajarkan pada pasien dan minta segera melaporkan jika ada tanda-tanda infeksi.

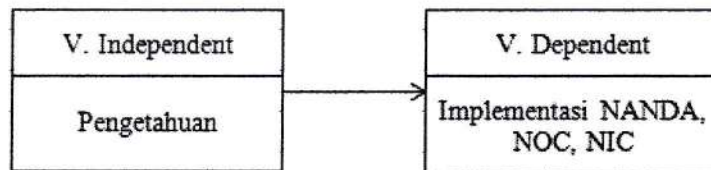
B. KERANGKA TEORI



Gambar 2.1

(Doengus,2004) (Barbara C Long, 2003)

C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2

D. Hipotesis Penelitian

Sesuai dengan judul penelitian yang diambil yaitu "Hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang proses keperawatan dengan implementasi diagnosa *NANDA*, *NIC* dan *NOC* pada pasien post apendictomi di Rumah Sakit At-Turots Yogyakarta" maka hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ada hubungan antara tingkat pengetahuan perawat tentang proses keperawatan dengan implementasi diagnosa *NANDA*, *NIC*, *NOC* pada pasien post apendictomi di Rumah Sakit At-Turots Yogyakarta ?