

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Apendisitis

Apendisitis adalah kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada usus buntu, atau apendiks, yaitu struktur kecil berbentuk seperti Organ menyerupai tabung yang posisinya di bagian kanan bawah rongga perut. Peradangan ini biasanya disebabkan oleh penyumbatan atau infeksi pada apendiks, yang dapat memicu gejala seperti nyeri hebat di perut bagian kanan bawah, mual, muntah, dan demam. Jika tidak segera diobati, apendisitis dapat berkembang menjadi komplikasi serius seperti pecahnya apendiks atau infeksi yang menyebar ke rongga perut, sehingga memerlukan penanganan medis (Jaya, 2023).

Apendisitis adalah kondisi medis yang ditandai dengan peradangan pada usus buntu atau umbai cacing akibat infeksi, yang dapat menyebabkan pembengkakan dan nyeri. Jika tidak ditangani dengan cepat, kondisi ini berpotensi menimbulkan komplikasi serius seperti perforasi atau pecahnya usus buntu, yang berbahaya bagi kesehatan. Peradangan akut pada apendisitis biasanya membutuhkan tindakan bedah segera untuk mencegah risiko yang lebih fatal. Gejala yang umumnya muncul meliputi rasa nyeri yang bermula di area epigastrium atau sekitar pusar, kemudian berpindah ke perut kanan bawah. Selain itu, gejala lain termasuk mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan kadang-kadang demam. Apendisitis merupakan salah satu penyakit inflamasi yang menyerang organ kecil berbentuk cacing yang disebut apendiks, yang terletak di awal usus besar. (Kartika Nugrahani, 2023).

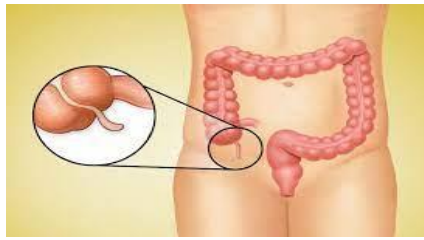
2. Etiologi

Apendisitis merupakan kondisi infeksi akibat bakteri yang dipengaruhi oleh berbagai faktor pemicu. Salah satu faktor utama adalah tersumbatnya lumen apendiks, yang bisa terjadi karena beberapa hal, seperti pembesaran

jaringan limfoid, terbentuknya fekalit, adanya tumor di apendiks, atau infestasi cacing *Ascaris*. Selain itu, kerusakan mukosa apendiks yang disebabkan oleh infeksi parasit seperti *Entamoeba histolytica* juga diduga berperan dalam timbulnya apendisitis. Berdasarkan hasil studi epidemiologis, pola makan rendah serat dan kebiasaan mengalami konstipasi sangat memengaruhi perkembangan penyakit ini. Konstipasi dapat meningkatkan tekanan di sekum, yang kemudian memicu penyumbatan fungsional pada apendiks dan mendukung pertumbuhan berlebih bakteri normal dalam usus besar. Seluruh faktor tersebut saling berkaitan dan memperbesar kemungkinan terjadinya infeksi serta peradangan, yang pada akhirnya dapat menyebabkan apendisitis akut dan membutuhkan penanganan medis segera guna mencegah komplikasi yang lebih serius. (Erwin, 2022).

Apendisitis akut dapat terjadi akibat berbagai faktor pencetus yang beragam, seperti adanya sumbatan pada lumen apendiks yang disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfoid, fekalit, tumor pada apendiks, atau infestasi cacing *Ascaris*, yang semuanya dapat memicu terjadinya penyumbatan. Selain itu, kebiasaan mengonsumsi makanan yang rendah kandungan serat juga menjadi salah satu faktor yang dapat menyebabkan terjadinya apendisitis, karena pola makan ini sering kali memicu terjadinya konstipasi. Konstipasi dapat meningkatkan tekanan di dalam sekum secara signifikan, yang pada akhirnya mengakibatkan sumbatan pada apendiks sekaligus meningkatkan pertumbuhan bakteri flora normal yang ada di dalam kolon, sehingga memperparah kondisi tersebut.

3. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Apendisitis

Sumber: Buku Anatomi Fisiologi 2021

Appendiks vermiformis, yang lebih dikenal dengan sebutan apendiks, adalah organ berbentuk tabung sempit yang memiliki struktur otot dan mengandung banyak jaringan limfoid. Panjang apendiks vermiformis ini bervariasi antara 3 hingga 5 inci (8-13 cm), tergantung individu. Bagian dasarnya terhubung erat pada permukaan *posteromedial caecum*, sekitar 2,5 cm di bawah junctura iliocaecal, sementara bagian lainnya bebas dan tidak terhubung ke organ lain. Lumennya melebar di bagian distal dan semakin menyempit pada bagian proksimalnya. Apendiks vermiformis terletak di kuadran kanan bawah abdomen, pada titik sepertiga bagian bawah yang menghubungkan antara spina iliaca anterior superior dan umbilikus, yang juga sering menjadi titik referensi dalam penilaian lokasi apendisitis. Struktur ini berperan penting dalam sistem kekebalan tubuh (Windy & Sabir, 2016).

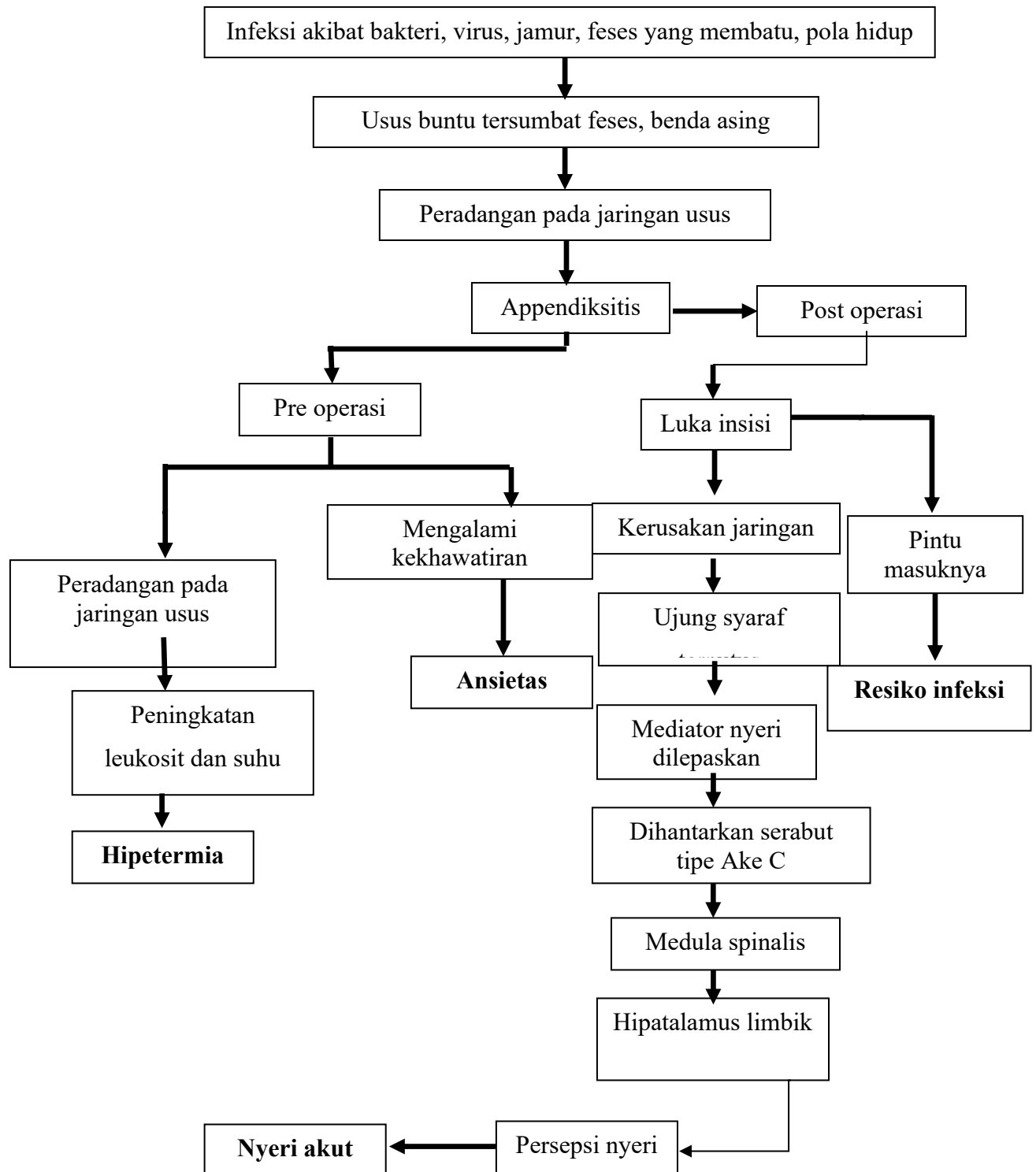
4. Patofisiologi

Apendisitis terjadi akibat obstruksi pada lumen apendiks, yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti apendikolit, tumor apendiks, hiperplasia folikel limfoid submukosa, fekalit (bahan yang terdiri dari garam kalsium dan debris feses), atau parasit *Entamoeba histolytica*. Kebiasaan makan rendah serat yang menyebabkan konstipasi juga berpotensi memicu apendisitis. Obstruksi tersebut meningkatkan tekanan intraluminal dan mempercepat pertumbuhan bakteri, yang menyebabkan dinding apendiks menjadi lebih tebal dan kurang perfusi, yang pada akhirnya mengarah pada nekrosis dan peradangan. Pada tahap awal ini,

pasien akan merasakan nyeri di sekitar periumbilikal. Ketika peradangan semakin berkembang, eksudat terbentuk pada permukaan serosa apendiks. Ketika eksudat ini menyentuh peritoneum parietal, nyeri akan semakin intens.

Seiring berlanjutnya obstruksi, bakteri akan berkembang biak dengan pesat, meningkatkan tekanan intraluminal, dan menyebabkan infiltrasi pada mukosa dinding apendiks. Penurunan perfusi pada dinding apendiks akan mengarah pada iskemia dan nekrosis jaringan, dan peningkatan tekanan intraluminal memperburuk risiko terjadinya perforasi apendiks. Pembentukan nanah atau abses dalam lumen apendiks menunjukkan adanya respon fagositik terhadap infeksi bakteri. Jika apendisitis berlanjut, kemungkinan besar akan terjadi perforasi dan pembentukan massa periapendikular. Perforasi apendiks yang disertai dengan abses dapat menyebabkan nyeri lokal akibat akumulasi nanah, yang kemudian mengarah pada inflamasi pada permukaan peritoneum atau peritonitis. Gejala umum dari perforasi apendiks mencakup peningkatan nyeri perut yang tajam, demam, dan tanda-tanda peritonitis (Triani, 2020).

5. Pathway



Bagan 3.1 Pathway Apendisititis (Weking dan Dikson, 2023)

6. Manifestasi klinis

Menurut Akai, (2023) tanda dan gejala apendisitis terdiri dari:

- a. Nyeri dan kram di daerah perumbilikus menjalar ke kuadran kanan
Demam tinggi
- b. Mual muntah
- c. Malaise
- d. Anoreksia
- e. Nyeri tekan lepas
- f. Konstipasi nyeri bertambah parah jika dipakai beraktivitas seperti berjalan, batuk dan mengedan.

7. Komplikasi

Komplikasi terjadinya apendisitis. Adapun jenis komplikasi menurut Roza et al., (2023) adalah:

a. Abses

Peradangan usus buntu yang disertai pembentukan nanah disebut abses. Kondisi ini ditandai dengan adanya massa lunak yang dapat diraba di perut bagian kanan bawah atau daerah panggul. Massa tersebut awalnya berupa selulitis, namun kemudian berkembang menjadi rongga berisi nanah. Abses terjadi ketika omentum menutupi apendiks yang mengalami gangren atau perforasi mikro. Pada kasus ini, tindakan apendektomi dapat dilakukan segera (apendektomi dini) atau ditunda (apendektomi interim). Apendektomi interim dilakukan setelah perawatan awal menggunakan terapi konservatif, seperti pemberian antibiotik intravena yang intensif selama beberapa minggu, sementara apendektomi dini dilakukan segera setelah pasien masuk ke rumah sakit untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

b. Perforasi

Perforasi terjadi ketika apendiks yang telah terisi nanah mengalami pecah, sehingga memungkinkan bakteri menyebar ke dalam rongga perut. Umumnya, perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak timbulnya gejala, namun risikonya meningkat secara signifikan setelah

24 jam. Sekitar 70% kasus perforasi dapat dikenali sebelum operasi, terutama jika gejala berlangsung lebih dari 36 jam, seperti demam di atas 38,5°C, nyeri tekan di seluruh bagian perut, serta peningkatan jumlah sel darah putih, khususnya neutrofil (PMN). Baik perforasi kecil (mikroperforasi) maupun perforasi besar dapat menyebabkan peritonitis. Penanganan medis darurat sangat diperlukan segera setelah perforasi terjadi, guna mencegah penyebaran lebih lanjut atau kebocoran isi saluran pencernaan ke dalam rongga peritoneum. Untuk menangani peritonitis, tindakan pembedahan dapat dilakukan untuk menutup perforasi, menghilangkan sumber infeksi, atau dalam kondisi tertentu, mengangkat bagian organ yang terdampak.

c. Peritonitis

Peradangan yang terjadi pada peritoneum disebut peritonitis. Ini dapat terjadi jika infeksi menyebar ke seluruh permukaan peritoneum menyebabkan peritonitis umum. Berkurangnya aktivitas peristaltik menyebabkan ileus paralitik, regangan usus, dan hilangnya cairan elektrolit, yang menyebabkan syok, gangguan sirkulasi, dan oliguria. Selain itu, peritonitis disertai dengan muntah, nyeri perut, demam, dan leukositosis yang meningkat. Mereka yang menderita peritonitis akan disarankan untuk dirawat di rumah sakit. Beberapa cara untuk menangani penderita peritonitis adalah sebagai berikut:

- 1) Pemberian obat bertujuan untuk menangani dan mencegah infeksi menyebar ke seluruh tubuh. Jenis obat yang diberikan, seperti antibiotik atau anti jamur, disesuaikan dengan tipe infeksi yang diderita pasien. Durasi pengobatan ditentukan berdasarkan tingkat keparahan kondisi pasien.
- 2) Tindakan pembedahan. Tindakan pembedahan dilakukan dengan tujuan untuk mengangkat jaringan yang terinfeksi atau yang menutupi luka pada organ dalam tubuh.

8. Penatalaksanaan

Ada dua metode pembedahan yang dapat digunakan untuk melakukan pembedahan (apendiktomi). Yang pertama adalah pembedahan terbuka juga dikenal sebagai laparaskopi, yang merupakan metode pembedahan minimal infasif dan sangat efektif.

Menurut Jaya, (2023). Penatalaksanaan apendisitis meliputi:

- a. Pembedahan, (konvensional maupun laparaskopi) harus dilakukan segera setelah diagnosis dibuat untuk mengurangi risiko perforasi;
- b. Pemberian antibiotik dan cairan intravena selama prosedur pembedahan.
- c. Setelah diagnosis dibuat, analgesik dapat diberikan.
- d. Operasi (apendiktomi): Setelah diagnosa telah ditetapkan, operasi membuang apendiks harus dilakukan apendiktomi. Pemberian antibiotik yang ditunda dapat menyebabkan abses dan perforasi. Abses apendiks didrainasi.

B. Konsep Nyeri

1. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman yang melibatkan indera dan perasaan yang tidak nyaman, bersifat subjektif dan terjadi karena kerusakan jaringan. Tingkat keparahan nyeri dapat bervariasi antar individu, mulai dari nyeri ringan, sedang, hingga sangat intens. Faktor pengalaman sebelumnya terhadap nyeri dapat memengaruhi bagaimana seseorang merasakan nyeri tersebut. (Wati & Ernawati, 2020)

Nyeri adalah pengalaman sensori yang tidak menyenangkan, yang menciptakan perasaan tidak nyaman, baik dalam tingkat ringan maupun berat.

2. Klasifikasi Nyeri

Secara umum, klasifikasi nyeri dibagi menjadi dua kategori: nyeri akut dan nyeri kronis.

a. Nyeri Akut

Nyeri akut umumnya terjadi secara mendadak dan sering kali berkaitan

dengan kondisi fisik tertentu. Sebagai contoh, nyeri pasca operasi merupakan indikasi adanya kerusakan jaringan serta respons biologis terhadap cedera. Biasanya, nyeri akut akan berkurang seiring dengan pemulihan jaringan yang rusak. Namun, apabila nyeri tersebut bukan disebabkan oleh penyakit sistemik, maka rasa sakitnya tidak akan mereda. Durasi nyeri akut biasanya berlangsung kurang dari satu bulan hingga maksimal enam bulan.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri yang berlangsung dalam jangka waktu panjang, baik secara konstan maupun datang dan pergi. Rasa nyeri yang muncul akibat cedera atau kondisi tertentu dapat terjadi berulang atau menetap selama berbulan-bulan hingga bertahun-tahun, dan tidak selalu berkaitan langsung dengan penyebab nyeri akut. Umumnya, nyeri ini bertahan melebihi durasi penyembuhan normal, terutama jika sudah melewati enam bulan.(Andriani, 2022).

- c. Nyeri tumpul merupakan tipe nyeri yang umumnya dirasakan sebagai tekanan, rasa pegal, atau ketidaknyamanan yang tidak terlalu tajam. Jenis nyeri ini cenderung bertahan dalam jangka waktu tertentu dan dapat menyebar ke area yang lebih luas dibandingkan dengan nyeri tajam. Umumnya, nyeri tumpul berkaitan dengan gangguan pada otot, sendi, atau organ dalam.
- d. Nyeri tajam merupakan jenis nyeri yang dirasakan sebagai sensasi menusuk, teriris, atau seperti tertusuk jarum. Nyeri ini umumnya terjadi secara mendadak, memiliki intensitas tinggi, dan terfokus pada area tertentu. Biasanya, nyeri tajam berkaitan dengan cedera jaringan, peradangan, atau gangguan pada sistem saraf.
- e. Nyeri menyebar merupakan jenis nyeri yang tidak hanya terfokus pada satu area tertentu, tetapi dapat dirasakan diberbagai bagian tubuh secara bersamaan. Jenis nyeri ini umumnya berlangsung secara menetap atau berpindah dari satu area ke area lain, dan sering kali terkait dengan

kondisi kronis seperti *fibromyalgia*, inflamasi sistemik, atau gangguan pada sistem saraf.

3. Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri dengan prinsip PQRST menurut(Pertiwi et al., 2024)

a. *Provokatif/paliatif*

Rasa nyeri ini umumnya disebabkan oleh trauma pada bagian tubuh yang menjalani operasi.

b. *Quality*/jumlah mengacu pada tingkat nyeri yang dialami pasien pasca operasi seringkali terasa seperti tusukan atau luka sayatan

c. *Region/radiation* adalah tempat terjadinya rasa nyeri akibat pasca operasi

d. *Severity* adalah tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien, dapat dinilai dengan skala 0-10

e. *Time* adalah waktu terjadinya nyeri, selama nyeri berlangsung dan dalam kondisi seperti apa nyeri itu muncul (Nazhalia, 2022)

4. Penilaian skala nyeri

Ada beberapa cara yang umumnya dipakai untuk menilai skalanyeri, sebagai berikut:

a. *Visual Analog Scale (VAS)*

Scale yang ini kerap dipakai untuk menilai rasa pedih. Skala ini memakai parut vertikal dengan panjang 100 mm yang menjelaskan dari kondisi tidak nyeri hingga nyeri. Penilaian ini tidak bisa digunakan pada anak umur dibawah 8 tahun dan bisa jadi sulit untuk diterapkan pada klien dengan rasa nyeri yang hebat (Abdul et al., 2020)

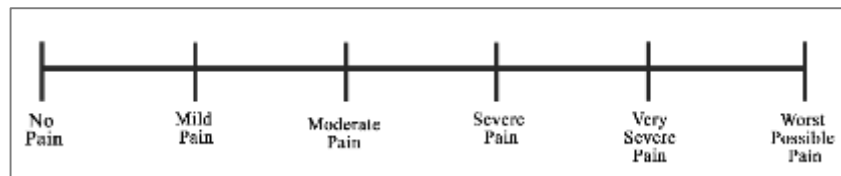


Gambar 2.2 *Visual Analog Scale (VAS)*

Sumber : Rhandy, (2020)

b. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Penilaian ini menggunakan nilai 0-10 guna menjelaskan tingkatan rasa nyeri. Skala ini lebih bermanfaat terlalu mengandalkan saat post operasi, dikarenakan wajar kata-kata tidak terlalu menuntun komposisi motorik serta visual. Penilaian ini umumnya memakai tulisan tidak memakai angka atau goresan vertikal (Abdul et al., 2020)

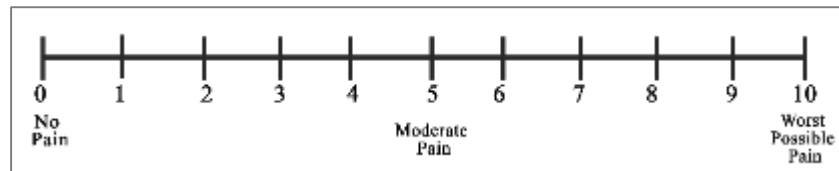


Gambar 2.3 *Verbal Rating Scale (VRS)*

Sumber : Rhandy, (2020)

c. *Numeric Rating Scale (NRS)*

Skala ini mudah untuk dimengerti. Skala ini lebih bagus dari VAS. Namun, kekurangannya ialah terbatasnya dalam pemilihan kata-kata guna menjelaskan perasaan nyerinya, sulit untuk menyeleksi perasaan nyeri secara intens dan umumnya dianggap memiliki jeda yang mirip antar kata satu dan lainnya (Abdul et al., 2020).



Gambar 2.4 *Numeric Rating Scale (NRS)*

Sumber: Rhandy, (2020)

d. *The Faces Pain Scale*



Gambar 2 5 *The Faces Pain Scale*

Skala disebut juga sebagai *wong-baker faces*, biasanya digunakan untuk menilai nyeri pada anak usia >3 dari tahun yang tidak bisa menjelaskan dengan angka rasa nyerinya (Abdul et al.,2020).

C. Konsep Relaksasi

1. Definisi Relaksasi Napas Dalam

Relaksasi napas dalam adalah suatu tindakan untuk meningkatkan toleransi terhadap nyeri, membantu mengurangi stres dan ketegangan fisik serta mental (Hidayat et al.,2023). *Relaksasi napas dalam* adalah tindakan keperawatan yang mengajarkan pasien teknik pernapasan dan napas dalam perlahan (tahan inspirasi secara maksimal) dan menghembuskan napas perlahan Sudirman et al.,(2023).

Dari definisi di atas dapat disimpulkan bahwa *Relaksasi napas dalam* adalah suatu tindakan menghirup dan menghembuskan oksigen dan membantu mengurangi stres dan ketegangan fisik serta mengurangi nyeri. Relaksasi Napas Dalam memiliki keterkaitan yang kuat dengan pengurangan nyeri, baik dari segi fisik maupun mental. Saat seseorang mengalami nyeri, tubuh secara otomatis merespons dengan meningkatkan ketegangan otot dan aktivitas sistem saraf simpatik, yang justru dapat memperparah rasa sakit. Dengan menerapkan Relaksasi Napas Dalam yang lambat dan terkontrol, tubuh dapat merangsang sistem saraf parasimpatis, yang berperan dalam menurunkan stres, melemaskan otot yang tegang, serta memperlancar aliran oksigen dan darah ke area yang mengalami

nyeri. Selain itu, teknik ini juga dapat memicu pelepasan endorfin, yaitu hormon alami yang berfungsi sebagai pereda nyeri, sehingga membantu mengurangi sensasi nyeri. Berfokus pada pola pernapasan juga dapat mengalihkan perhatian dari rasa sakit, memberikan efek menenangkan, dan meningkatkan kemampuan seseorang dalam mengelola nyeri dengan lebih baik. Oleh sebab itu, teknik relaksasi napas dalam sering dimanfaatkan sebagai metode non-obat yang efektif dalam menangani berbagai jenis nyeri.

2. Tujuan Relaksasi Napas Dalam

- a. Relaksasi napas dalam dimaksudkan untuk mengatasi atau menurunkan kecemasan, mengurangi ketegangan dan nyeri pada otot dan tulang, serta mengurangi nyeri dan ketegangan otot yang terkait dengan fungsi tubuh
- b. Teknik relaksasi pernapasan dalam dapat mengurangi nyeri pada pasien pasca operasi. Efek ini terjadi karena peran otot-otot skeletal dalam nyeri pasca operasi relatif minimal, serta kebutuhan pasien untuk mempraktikkan teknik relaksasi pernapasan dalam.
- c. Setelah melakukan teknik relaksasi dengan napas dalam, tubuh memproduksi hormon adrenalin dan kortison. Proses ini menyebabkan peningkatan kadar PaCO_2 dan penurunan pH, yang pada akhirnya dapat meningkatkan kadar oksigen dalam darah. (Triani, 2020)

3. Posisi Relaksasi Napas Dalam

Terdapat beberapa metode yang dapat digunakan untuk melakukan relaksasi, yaitu:

a. Posisi relaksasi terlentang

Berbaring dengan posisi terlentang, kaki dibiarkan sedikit terpisah, dan jari-jari kaki diarahkan ke luar. Letakkan lengan di samping tubuh tanpa menyentuh sisi tubuh, jaga agar kepala tetap sejajar dengan tulang belakang, dan gunakan bantal kecil serta tipis di bawah kepala.

- b. Posisi relaksasi miring
Berbaring miring dengan kedua lutut ditekuk. Gunakan bantal di bawah kepala, serta tambahkan bantal di bawah perut untuk menghindari posisi perut yang menggantung
 - c. Posisi relaksasi terlentang dengan lutut ditekuk
Berbaring telentang dengan kedua lutut ditekuk, dan posisikan kedua lengan di samping kepala atau di dekat telinga.
 - d. Posisi relaksasi duduk
Duduklah dengan punggung menempel sepenuhnya pada sandaran kursi, kedua kaki menapak rata di lantai dengan jarak sedikit renggang. Lengan dapat dibiarkan menggantung di sisi tubuh atau diletakkan di atas sandaran kursi, sementara kepala dijaga tetap sejajar dengan tulang belakang. (Pulungan, 2021).
4. Teknik Relaksasi Napas Dalam
- 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan pastikan tubuh tetap rileks serta pikiran tenang
 - 2. Tarik napas dalam-dalam melalui hidung secara perlahan, hingga paru-paru terisi udara, sambil menghitung hingga tiga.
 - 3. Lakukan pernapasan dengan irama normal sebanyak tiga kali, kemudian tarik napas dalam lagi melalui hidung dan hembuskan perlahan melalui mulut.
 - 4. Biarkan tangan dan kaki dalam kondisi rileks, fokuskan konsentrasi sambil memejamkan mata, terutama pada area tubuh yang mengalami nyeri.
 - 5. Lakukan prosedur ini secara berulang hingga rasa nyeri mulai berkurang.
 - 6. Ulangi sebanyak 15 kali, dengan jeda istirahat singkat setiap lima kali pengulangan.
 - 7. Atur Napas Jika nyeri hebat, bernapas dangkal dan cepat. (Rahmawati, 2018).

 PRODI D-III KEPERAWATAN WAIKABUBAK POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG	NAMA SOP IMPLEMENTASI TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM
Sasaran	Dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menunjang nyeri
Pengertian	Pengertian Relaksasi napas dalam adalah proses yang bertujuan untuk meningkatkan daya tahan terhadap rasa sakit, serta membantu mengurangi stres dan ketegangan baik fisik maupun mental.
Ruang Lingkup	Program Studi Keperawatan Waikabubak
Langkah-langkah	
Tahap Pra Interaksi	1. Mahasiswa menyiapkan diri 2. Membaca instruksi tindakan yang akan dilakukan 3. Menyiapkan alat dan bahan
Tahap Orientasi	1. Ucapkan salam terapeutik 2. Perkenalkan diri kepada pasien dan keluarga 3. Lakukan evaluasi dan validasi 4. Kontrak waktu, tempat dan prosedur terapi relaksasi napas dalam

	5. Minta persetujuan dan kesediaan pasien dan keluarga pasien praktik terapi relaksasi napas dalam
Tahap Kerja	1. Melakukan cuci tangan 6 langkah 2. Siapkan pasien ditempat yang telah ditentukan 3. Instruksikan pasien untuk melakukan tarik napas dalam, ambil napas secara perlahan melalui hidung dan tahan selama 7 detik, hembuskan napas melalui mulut secara perlahan selama 2-4 detik 4. Setelah pasien sudah paham, minta pasien untuk melakukan secara mandiri, dan ulangi latihan napas dalam ini pada saat merasakan nyeri pasca operasi dalam waktu 5-10 menit.
Tahap Terminasi	1. Kaji respon pasien selama dan setelah terapi relaksasi napas dalam 2. Mengakhiri komunikasi 3. Kaji respon pasien dan keluarga selama pemberian dan sesudah tindakan
Tahap Dokumentasi	1. Mencatat hari, tanggal, bulan, tahun dan jam dilakukan tindakan 2. Dokumentasi hasil tindakan pada catatan perawatan 3. Respon pasien selama pemberian dan sesudah tindakan 4. Nama dan tanda tangan perawat

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Erwin, (2022) konsep asuhan keperawatan yaitu:

a. Identitas Klien

Mencakup nama, usia, etnis/suku, tempat tinggal, agama, status pernikahan, dan pekerjaan.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama saat dikaji

Dalam anamnesis, keluhan utama yang paling umum dijumpai adalah rasa nyeri.

2) Riwayat Kesehatan sekarang, klien mengeluhkan rasa nyeri pada area perut bagian kanan bawah yang menjalar ke punggung serta disertai dengan demam tinggi. Pengukuran nyeri dilakukan memakai pendekatan PQRST.

P : *Provokatif/Paliatif*: Pengkajian untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menjadi predisposisi terjadinya nyeri. Pada pasien dengan apendisitis akut, sering kali ditemukan gejala khas yang dipicu oleh peradangan yang terjadi secara tiba-tiba, yang bisa disertai atau tidak dengan iritasi pada peritoneum lokal.

Q : *Quality*. Pengkajian untuk menilai persepsi subjektif klien terhadap rasa nyeri, termasuk bagaimana rasa nyeri tersebut dirasakan dan bagaimana klien menggambarkan sifat dari nyeri yang dialami. Pada klien apendisitis keluhan klasiknya ialah nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral di daerah epigastrium disekitar umbilicus.

R : *Region/Radiasi*. Pengkajian wilayah untuk menentukan lokasi nyeri secara akurat, termasuk radiasi dan penyebaran nyeri tersebut Pada klien apendisitis nyeri dirasakan di abdomen kanan bawah.

S : *Scale* Pengkajian untuk menilai sejauh mana intensitas nyeri yang dirasakan oleh klien. Proses ini dilakukan dengan menggunakan skala nyeri atau gradasi. Skala nyeri pada klien dengan apendisitis dapat bervariasi, tergantung pada berbagai faktor seperti tingkat kerusakan mukosa akibat peradangan apendiks dan cara klien merespon nyeri.

T : *Time* Pengkajian untuk mengetahui durasi nyeri, kapan dimulai, dan apakah nyeri semakin memburuk atau membaik. Keluhan nyeri pada klien apendisitis juga bervariasi Onset nyeri biasanya dimulai secara perlahan dan sulit untuk dipastikan.

- 3) Memprediksi keluhan samar-samar mulai dirasakan.
- 4) Riwayat kesehatan dahulu Apakah klien pernah mengalami operasi sebelumnya pada colon.
- 5) Riwayat kesehatan keluarga Apakah anggota keluarga ada yang mengalami jenis penyakit yang sama.
- 6) Keadaan umum: kesadaran compos mentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis.

c. Riwayat keperawatan

1) Pola Persepsi dan Tata laksana Hidup Sehat

Kebiasaan seperti merokok, konsumsi obat-obatan, alkohol, serta aktivitas olahraga (termasuk durasi dan frekuensi) dapat memengaruhi proses penyembuhan luka.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Klien mungkin mengalami gangguan pemenuhan nutrisi akibat pembatasan asupan makanan atau minuman sampai peristaltik usus kembali normal.

3) Pola Eliminasi

Eliminasi Urine: Penurunan kontraksi kandung kemih, rasa nyeri, atau ketidakbiasaan buang air kecil di tempat tidur dapat memengaruhi pola eliminasi urine.

Eliminasi Alvi: Gangguan sementara pada pola buang air besar dapat terjadi akibat efek anestesi yang menyebabkan penurunan fungsi.

4) Pola Aktivitas

Aktivitas klien sering kali terbatas karena kondisi tubuh, rasa nyeri, atau keharusan untuk bedrest dalam jangka waktu tertentu setelah pembedahan.

5) Pola Istirahat dan Tidur

Rasa nyeri akibat insisi pembedahan dapat mengganggu kenyamanan dan pola tidur klien.

6) Pola Sensorik dan Kognitif

Perlu diperhatikan adanya gangguan sensorik seperti nyeri, penglihatan, atau pendengaran. Selain itu, kemampuan berpikir, mengingat, serta orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang lain juga perlu dievaluasi.

7) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Ketergantungan terhadap orang lain untuk memenuhi kebutuhan dasar akibat keterbatasan gerak dapat memunculkan kecemasan, emosi yang tidak stabil, dan gangguan konsep diri pada klien.

8) Pola Hubungan

Keterbatasan gerak dapat membuat klien tidak mampu menjalankan perannya di keluarga maupun masyarakat, yang berpotensi menimbulkan emosi tidak stabil.

9) Pola Nilai dan Kepercayaan

Nilai-nilai dan keyakinan yang dimiliki klien dapat menjadi sugesti kuat yang memengaruhi gaya hidup serta berdampak pada kesehatan mereka.

d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Pada pemeriksaan fisik didapatkan takikardia dan peningkatan frekuensi napas.
- 2) Sistem Pernapasan klien pasca operasi apendisitis dapat mengalami perubahan dalam pola pernapasan, seperti peningkatan frekuensi napas (takipnea) dan pernapasan dangkal, tergantung pada toleransi individu.
- 3) Sistem persarafan secara umum, tidak terdapat gangguan pada sistem persarafan. Pemeriksaan fungsi persarafan meliputi evaluasi tingkat kesadaran, saraf kranial, dan refleks.
- 4) Sistem pencernaan klien biasanya merasakan nyeri di lokasi luka operasi di bagian kanan bawah abdomen saat disentuh. Pasien pasca operasi apendisitis sering mengeluhkan mual, muntah, konstipasi pada tahap awal, serta penurunan bising usus. Luka operasi akibat sayatan akan terlihat di bagian kanan bawah perut. Pemeriksaan dilakukan dengan inspeksi abdomen untuk mendeteksi perut kembung akibat akumulasi gas. Asupan oral pasien yang muntah perlu dipantau secara cermat.
- 5) Sistem perkemihan pada awal periode pasca operasi, pasien mungkin mengalami penurunan jumlah keluaran urin. Hal ini disebabkan oleh pembatasan asupan cairan oral selama fase awal pemulihan setelah operasi apendisitis.
- 6) Sistem muskuloskeletal klien bisa mengalami kelemahan otot akibat tirah baring pasca operasi dan kekakuan. Namun, kekuatan otot akan berangsur-angsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi terhadap aktivitas.
- 7) Sistem muskuloskeletal secara umum, pasien dapat merasakan kelemahan otot karena istirahat total setelah operasi serta kekakuan, tetapi kekuatan otot akan pulih seiring peningkatan kemampuan beraktivitas.

- 8) Sistem integumen luka operasi akan terlihat di area kanan bawah abdomen akibat insisi bedah. Pada fase awal, luka tersebut dapat menunjukkan kemerahan.
- 9) Sistem panca indera
 - a) Rambut warna, distribusi, kebersihan, kutu, ketombe
 - b) Muka: kelopak mata, warna, kebersihan, jerawat, luka
 - c) Mata: kelopak mata, konjungtiva, pupil, sclera, lapang pandang, bola mata dan ketajaman penglihatan.
 - d) Hidung: kebersihan, sekresi, dan pernapasan cuping hidung
 - e) Mulut: bibir, mukosa mulut, lidah, dan tonsil
 - f) Gigi: jumlah, karies, gusi, dan kebersihan
 - g) Telinga: kebersihan, sekresi, dan pemeriksaan pendengaran
 - h) Leher Pembesaran kelenjar limfe, tiroid, posisi trakea, distensi vena jugularis, kaku kuduk.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) adalah evaluasi klinis terhadap reaksi klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang sedang dialami, baik yang bersifat aktual maupun yang berpotensi terjadi.

- 1. Nyeri Akut
- 2. Hipertermi
- 3. Ansietas
- 4. Resiko infeksi

3. Intervensi Keperawatan

(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) dan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1.	Nyeri Akut (D. 0077)	Tingkat nyeri (L. 08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x dalam 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Menarik diri menurun 7. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun	Manajemen nyeri (1.08238) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan durasi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	Observasi: 1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. untuk mengetahui skala nyeri yang dialami pasien 3. untuk mengetahui respon nyeri non verbal 4. untuk mengetahui pengaruh nyeri pada kualitas hidup

		8. Ketegangan otot menurun 9. Frekuensi nadi membaik 10. Pola napas membaik 11. Fungsi berkemih membaik 12. Nafsu makan membaik 13. Pola tidur membaik	6. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik: 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Fasilitasi istirahat dan tidur 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi untuk meredakan nyeri	5. untuk mengetahui keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 6. untuk mengetahui efek samping dari penggunaan analgetik Terapeutik: 1. untuk mengetahui pengaruh terapi teknik nonfarmakologis dalam menurunkan rasa nyeri 2. untuk membantu pasien dalam memfasilitasi istirahat dan tidur 3. untuk mengetahui sumber nyeri sehingga dapat memilih strategi yang untuk mengatasi nyeri
--	--	---	--	--

			Edukasi: 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri 2. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.	Edukasi: 1. Untuk mengetahui strategi meredakan nyeri 2. Agar pasien dapat memonitor nyeri secara mandiri 3. Agar pasien tidak salah menggunakan analgetik pereda nyeri Kolaborasi: 1. Untuk mengurangi nyeri yang dialami pasien
2.	Ansietas (D.0080)	Tingkat Ansietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun	Terapi Relaksasi (1. 09326) Observasi: 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala	Observasi: 1. Untuk mengetahui penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala

		2. Verbalisasi rasa khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 7. Frekuensi pernapasan menurun 8. Frekuensi nadi menurun 9. Diaforesis menurun 10. Tremor menurun 11. Pucat menurun 12. Konsentrasi membaik 13. Pola tidur membaik 14. Kontak mata membaik 15. Pola berkemih membaik 16. Orientasi membaik	lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi efektif yang pernah digunakan 3. Monitor respon terhadap terapi relaksasi. Terapeutik: 1. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman, jika memungkinkan. 2. Gunakan pakaian longgar. 3. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai. Edukasi:	lain yang mengganggu kemampuan kognitif 2. Untuk mengetahui teknik relaksasi efektif yang pernah digunakan 3. Untuk mengetahui respon nyeri terhadap relaksasi Terapeutik: 1. Agar pasien merasa tenang, dan nyaman 2. Agar pasien tidak merasa sesak saat menggunakan pakaian yang ketat 3. Agar nyeri yang dialami pasien bisa mereda Edukasi:
--	--	---	--	---

			1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif). 2. Anjurkan mengambil posisi nyaman 3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.	1. Agar pasien mengetahui tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. Musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif). 2. Agar Pasien tetap merasa Nyaman 3. Agar Pasien Tetap Merasa rileks 4. Agar Pasien Bisa melakukannya sendiri dan nyeri yang di alami segera menurun
3.	Resiko infeksi (D. 0141)	Tingkat infeksi (L. 14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x dalam 24	Pencegahan infeksi (1. 14539) Observasi:	Observasi:

		jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Nafsu makan meningkat 4. Demam menurun 5. Kemerahan menurun 6. Nyeri menurun 7. Bengkak menurun 8. Kadar sel darah putih membaik	1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik: 1. Berikan perawatan kulit pada area edema 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak 3. Pertahankan aseptik pada pasien resiko tinggi Edukasi: 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi	1. Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal atau sistemik yang dialami pasien sehingga dapat dicegah Terapeutik: 1. Agar tidak terjadi luka maupun infeksi 2. Agar kebersihan tangan tetap terjaga 3. Untuk mencegah infeksi pada pasien Edukasi: 1. Agar pasien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi 2. Agar pasien dapat mengetahui cara mencuci tangan yang benar sehingga pasien dapat melakukannya
--	--	--	---	--

			4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	3. Agar pasien dapat mengetahui kondisi luka yang dialaminya 4. Agar nutrisi pasien dalam keadaan seimbang 5. Agar pasien tidak kekurangan cairan Kolaborasi: 1. Untuk mencegah penyebaran penyakit yang dialami pasien
--	--	--	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang di kerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan diantaranya observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi. Implementasi diperlukan kemampuan perawat terhadap teknik keperawatan, kemampuan hubungan interpersonal, dan kemampuan intelektual untuk menerapkan teori keperawatan

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Yunus, (2023) Evaluasi merupakan langkah akhir yang bertujuan untuk menilai efektivitas dari intervensi keperawatan yang telah dilakukan. Pada tahap ini, perawat mengevaluasi sejauh mana diagnosis keperawatan, perencanaan, serta tindakan yang telah diberikan berhasil dicapai. Untuk memantau perubahan respons klien, salah satu format yang umum digunakan adalah format SOAP, yang mencakup:

- S : (Subjektif), adalah informasi yang disampaikan langsung oleh penderita atau keluarga penderita sesudah dilakukan tindakan keperawatan.
- O : (Objektif), merupakan data yang diperoleh dari hasil observasi/pengamatan, pemeriksaan, pengukuran, setelah diberikan tindakan keperawatan
- A : (Analisis), adalah perbandingan data perbandingan antara hasil pemeriksaan atau data objektif dengan informasi yang diperoleh dari yang disampaikan penderita atau keluarga penderita. Bagian ini Berguna untuk menentukan apakah prosedur keperawatan harus diteruskan.
- P : (Planning) adalah tahap pembuatan rencana tindakan keperawatan. yang dilanjutkan apabila data dari hasil analisis diatas masih ada yang abnormal sesuai dengan pemeriksaan maupun yang disampaikan penderita (Zeithml, 2021).