

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1.Konsep Apendisitis

2.1.1. Pengertian

Apendisitis adalah penyebab paling umum dari nyeri perut bedah akut yang dijumpai pada bagian departemen bedah hal ini dikemukakan oleh Biricik et al. (2019). Sedangkan menurut Guy & Wysocki (2018) Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis (kantong cacing) yang merupakan darurat bedah paling umum pada anak-anak dan dewasa muda dengan nyeri perut. Apendisitis diduga disebabkan oleh obstruksi lumen apendiks oleh faecalith, stasis faecal, hiperplasia limfoid atau caecal neoplasma dan berbagai infeksi oleh patogen.

Apendisitis perforasi adalah pecahnya apendiks yang dapat mengakibatkan masuknya pus kedalam rongga perut sehingga menimbulkan komplikasi peritonitis. Apendisitis perforasi umumnya ditandai dengan munculnya jaringan di sekitar daerah perforasi.

Dapat disimpulkan bahwa apendisitis adalah peradangan pada apendiks yang disebabkan oleh obstruksi lumen dan bila tidak ditangani akan menyebabkan pecahnya dinding apendiks atau biasa disebut perforasi.

2.1.2. Etiologi

Udkhiyah et al (2020) menyebutkan penyebab pada apendisitis ada dua faktor yaitu faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

a. Faktor Predisposisi

1. Faktor yang paling sering adalah obstruksi lumen. Biasanya kendala ini terjadi karena:
 - a) Hiperplasia folikular limfoid, yang merupakan penyebab paling umum
 - b) Adanya fekalit pada lumen apendiks
 - c) Adanya benda asing seperti biji
 - d) Penyempitan lumen fibrotik akibat peradangan sebelumnya
2. Infeksi bakteri usus besar yang paling umum adalah *Escherichia coli* dan *Streptococcus*
3. Laki-laki lebih banyak daripada perempuan, kebanyakan pada usia 15-30 tahun (remaja dewasa). Hal ini disebabkan oleh peningkatan jaringan limfoid selama periode ini.
4. Menurut bentuk apendiks:
 - a) Apendiks terlalu panjang
 - b) Massa apendiks pendek
 - c) Penonjolan jaringan limfoid di rongga apendiks
 - d) Katup abnormal di pangkal apendiks

b. Faktor Presipitasi

1. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hiperplasia jaringan limfe, tumor apendiks dan cacing askaris.

2. Erosi mukosa apendiks karena parasit seperti *E.histolytica*
3. Gaya hidup yang tidak sehat, seperti kebiasaan mengonsumsi makanan rendah serat. Konstipasi menarik area usus, menyebabkan tekanan dan obstruksi usus dan meningkatkan pertumbuhan flora kolon.

2.1.3. Patofisiologi

Menurut Azwar (2021) Apendisitis terjadi karena penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, striktur karena fibrosis akibat peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Makin lama mucus tersumbat makin banyak, namun elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema, diapedesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium.

Bila sekresi mucus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat. Hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di daerah kanan bawah. Keadaan ini disebut appendicitis supuratif akut.

Bila kemudian aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang dan apendiks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis.

Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadinya perforasi. Bila semua proses berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak ke arah apendiks sehingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrate apendikularis. Peradangan apendiks tersebut dapat menjadi abses atau menghilang. Pada anak-anak, karena omentum lebih pendek, apendiks lebih panjang, dinding apendiks lebih tipis. Keadaan tersebut ditambah dengan daya tahan tubuh yang masih kurang memudahkan terjadinya perforasi.

Sedangkan pada orang tua perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah. Diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan appendicitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh ini pecah, akan terjadi apendisitis perforasi.

2.1.4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala menurut Liwang et al (2020) antara lain :

- a. Nyeri diawali difus pada regio periumbilikal, kemudian bermigrasi ke kuadran kanan bawah
- b. Mual, muntah, anoreksia
- c. Konstipasi atau diare
- d. Demam, Takikardia
- e. Pasien tampak kesakitan
- f. Nyeri tekan, nyeri lepas (tanda Blumberg)

2.1.5. Komplikasi

Menurut Liwang et al. (2020) Perforasi, peritonitis, dan abses adalah kemungkinan komplikasi dari apendisitis akut. Komplikasi yang sering terjadi adalah perforasi apendiks yang menyebabkan peritonitis. Risiko perforasi meningkat 5% setiap 12 jam setelah lewat 36 jam pertama sejak awitan gejala. Komplikasi pasca operasi dapat berupa abses, atau *stump appendicitis* yaitu gejala berulang biasanya pada 9 tahun pasca operasi karena tidak keseluruhan bagian dari apendiks berhasil diangkat.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Liwang et al. (2020) :

a. Pemeriksaan Laboratorium

Leukositosis ($>18000/\text{mm}^3$, kemungkinan telat terjadi komplikasi), peningkatan proporsi neutrofil pada hitung jenis, peningkatan CRP, pemeriksaan urinalisis (untuk menyingkirkan sumber infeksi lain), dan beta-HCG (untuk menyingkirkan adanya kemungkinan kehamilan ektopik terganggu)

b. Pemeriksaan Radiologi

1. Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit.
2. Ultrasonografi (USG) untuk melihat diameter anteroposterior apendiks, adanya penebalan dinding dan adanya cairan periapendiks
3. CT Scan untuk melihat adanya dilatasi lumen apendiks dan penebalan dinding apendiks. Dapat juga disertai gambaran

jaringan lemak periapendiks yang edematous, penebalan mesoapendiks, flegmon periapendiks, dan cairan bebas.

2.1.7. Penatalaksanaan

a. Sebelum operasi

1. Observasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala apendisitis seringkali masih belum jelas. Dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilakukan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Laktasif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis ataupun bentuk peritonitis lainnya. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik. Foto abdomen dan thorak tegak dilakukan untuk mencari kemungkinan adanya penyulit lain. Pada kebanyakan kasus, diagnosis ditegakkan dengan lokalisasi nyeri di daerah kanan bawah dalam 12 jam setelah timbulnya keluhan.

2. Antibiotik

Apendisitis tanpa komplikasi biasanya tidak perlu diberikan antibiotik, kecuali apendisitis ganggrenosa atau apendisitis perforasi.

b. Operasi

1. Apendiktomi

Penatalaksanaan apendisitis dengan prosedur pembedahan apendiktomi adalah pengangkatan apendiks yang terinflamasi. Pada prosedur apendiktomi, insisi dilakukan pada bagian titik Mc. Burney saja.

2. Laparotomi

Laparotomi adalah prosedur yang membuat irisan vertikal besar pada dinding perut ke dalam rongga perut dan mencari sumber kelainannya (eksplorasi). Setelah ditemukan sumber kelainannya, biasanya dokter bedah akan melanjutkan tindakan yang spesifik sesuai dengan kelainan yang ditemukan.

3. Laparoscopi

Laparoscopi adalah teknik melihat ke dalam rongga perut tanpa melakukan pembedahan besar. Menurut sumber lain, laparoscopi adalah teknik bedah invasif minimal yang menggunakan alat-alat berdiameter kecil untuk menggantikan tangan dokter bedah melakukan prosedur pembedahan di dalam rongga perut.

c. Pasca operasi

Penatalaksanaan klien Post Operasi yaitu berupa observasi tanda-tanda vital dan manajemen nyeri. Observasi tanda-tanda vital perlu dilakukan untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia, dan gangguan pernapasan. Klien dikatakan baik bila

dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Selama itu klien dipuasakan sampai bising usus kembali normal. Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi atau peritonitis umum, puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal. Setelah 4-5 jam keluar dari kamar operasi klien bisa diberikan test feeding dengan berkolaborasi terlebih dahulu dengan dokter dan petugas instalasi gizi (cek bising usus terlebih dahulu). Keesokan harinya diberikan makanan saring, dan hari berikutnya diberikan makanan lunak (sesuai diit yang dianjurkan). Satu hari pasca operasi klien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur.”

2.2.Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan untuk pasien yang menjalani laparotomi eksplorasi pasca operasi meliputi anamnesis, pemeriksaan fisik, evaluasi diagnostik dan pengkajian penatalaksanaan medis. Pada saat anamnesa keluhan utama yang kemungkinan besar muncul pada klien post operasi laparotomi eksplorasi adalah nyeri. Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan pendekatan PQRST, dimana pendekatan ini mampu membantu perawat dalam menentukan rencana atau intervensi keperawatan. Komponen-komponen dalam pengkajian diantaranya:

a. Pengumpulan data

1. Identitas klien

Pengkajian identitas klien berupa nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor medrec, diagnosa medis dan alamat.

2. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab baik ayah, ibu, suami, istri, atau pun anak yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

3. Riwayat Kesehatan

a) Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan utama saat masuk Rumah Sakit

Klien yang mengalami apendisitis biasanya datang ke RS dengan keluhan nyeri abdomen di kuadran kanan bawah.

2) Keluhan utama saat dikaji

Klien dengan post operasi laparotomi eksplorasi mempunyai keluhan utama nyeri saat dikaji, hal ini dikarenakan terputusnya kontinuitas jaringan. Keluhan utama saat dikaji kemudian dikembangkan dengan teknik PQIRST.

P: Provokatif atau paliatif atau penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada post operasi laparotomi eksplorasi nyeri bertambah saat klien bergerak dan berkurang saat klien beristirahat.

Q: Kualitas atau kuantitas. Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana klien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan klien. Pada klien post operasi laparatomi eksplorasi biasanya merasakan nyeri seperti ditekan-tekan, panas, perih seperti kesemutan.

R: Region/area radiasi. Dimana saja gejala nyeri dirasakan timbul. Nyeri post operasi laparatomi eksplorasi dirasakan di daerah luka operasi, yaitu di abdomen/perut.

S: Severity/skala. Seberapa berat nyeri yang dirasakan dan apakah nyeri mengganggu aktivitas atau tidak. Nyeri post operasi laparatomi eksplorasi biasanya memiliki skala 4-5 (1-10).

T: Time/waktu. Kapan nyeri timbul, seberapa sering nyeri tersebut timbul dan apakah nyeri dirasakan bertahap atau tiba-tiba. Saat post operasi laparatomi eksplorasi nyeri bisa dirasakan hilang timbul.

b) Riwayat kesehatan dahulu

Perlu dikaji adanya riwayat gangguan saluran pencernaan pada masa lalu seperti diare, dyspepsia, gangguan lambung, usus, hati, pankreas, dan sebagainya. Tanyakan apakah klien pernah sampai dirawat di rumah sakit, berapa lama, dan pulang dengan status apa (sembuh, dirujuk, dan sebagainya). Riwayat pembedahan juga perlu dikaji baik pembedahan abdomen atau

sistem yang lain. Adanya fluktuasi berat badan juga perlu diperhatikan untuk dikaji, karena berat badan sering menjadi parameter utama gangguan saluran pencernaan.

c) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga perlu dikaji secara hati-hati namun detail, karena banyak penyakit saluran pencernaan terjadi akibat pola kebiasaan pada keluarga yang kurang baik seperti penyiapan dan penyimpanan makanan, pola diet keluarga, dan bahkan pola sanitasi keluarga yang kurang seperti cuci tangan, tempat BAB, dan pola memasak makanan.

4. Pola aktivitas sehari-hari

Disini dikaji pola aktivitas klien di rumah (sebelum sakit) dan selama di RS. Pengkajian pola aktivitas ini meliputi pola nutrisi, eliminasi, istirahat tidur, personal hygiene dan aktivitas. Pada klien post operasi laparotomi eksplorasi biasanya dipuaskan terlebih dahulu sampai bising ususnya kembali normal. Untuk klien post operasi laparotomi eksplorasi aktivitasnya jadi sedikit terhambat akibat proses pembedahan sehingga perlu bantuan keluarga dan perawat dalam memenuhi kebutuhan aktivitasnya.

a) Pola nutrisi

Pola nutrisi yang harus dikaji meliputi frekuensi, jenis makan minum, porsi makan minum, dan keluhan saat makan atau setelah makan seperti mual dan muntah. Kemudian kaji pola kebiasaan makan makanan yang rendah serat karena makan rendah serat merupakan faktor pencetus terjadinya apendisitis.

b) Pola eliminasi

Pada klien post operasi biasanya susah BAB atau susah flatus karena pengaruh dari anestesi yang menurunkan peristaltik usus.

c) Pola istirahat tidur

Pada pola istirahat tidur yang perlu dikaji adalah frekuensi periode istirahat dan jumlah jam tidur serta kualitas tidur, kaji adanya gangguan pemenuhan kebutuhan tidur, karena biasanya pada klien dengan post operasi nyeri yang dirasakan dapat menimbulkan gangguan pada pola istirahat tidur.

d) Pola personal hygiene

Pada pola personal hygiene yang perlu dikaji adalah kemampuan klien perawatan diri seperti mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku dan lain lain. Pada klien post operasi biasanya tidak mampu melakukan sendiri karena nyeri yang dirasakan.

e) Pola aktivitas

Pada pola aktivitas apakah klien melakukan tugas secara mandiri atau dibantu oleh keluarga ataupun perawat, pada klien dengan post operasi biasanya dengan adanya nyeri pola aktivitas dibantu.

5. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yang dilakukan biasanya menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dilakukan persistem secara berurutan dimulai dari sistem pernafasan, kardiovaskular, pencernaan, genitourinaria, endokrin, persyarafan, integumen, musculoskeletal, penglihatan, wicara dan THT. Sebelum melakukan pemeriksaan fisik persistem, terlebih dahulu dilakukan pemeriksaan TTV dan antropometri.

a) Sistem pernapasan

Klien post operasi laparatomi eksplorasi biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (takipneu) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa jadi diakibatkan karena nyeri.

b) Sistem kardiovaskuler

Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri post operasi

c) Sistem pencernaan

Terdapat luka post operasi laparatomi eksplorasi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Klien post

operasi laparotomi eksplorasi biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual.

d) Sistem genitourinaria

Penurunan jumlah output urine dapat terjadi pada klien post operasi laparotomi eksplorasi. Hal tersebut dapat terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral pada awal post operasi laparotomi (biasanya klien dipuasakan).

e) Sistem endokrin

Mengkaji apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening atau tidak. Umumnya klien post operasi laparotomi eksplorasi tidak mengalami gangguan pada sistem endokrin.

f) Sistem persarafan

Mengkaji tingkat kesadaran klien, respon sensorik dan motorik, fungsi saraf kranial dan serebral. Pada klien post operasi laparotomi eksplorasi klien biasanya tidak mengalami kelainan pada sistem persarafan.

g) Sistem integumen

Adanya luka post operasi laparotomi eksplorasi pada abdomen. Sehingga perlu dikaji tanda-tanda radang pada daerah luka,

kemerahan atau dekubitus pada daerah yang tertekan. Kemudian turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

h) Sistem musculoskeletal

Pada klien post operasi laparatomi eksplorasi dapat mengalami kelemahan post operasi. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot secara berangsur-angsur.

i) Sistem penglihatan

Pada klien post operasi laparatomi eksplorasi biasanya tidak mengalami gangguan pada sistem penglihatan.

6. Data psikologis

Data psikologi yang dikaji pada klien meliputi status emosi klien, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri. Klien post operasi laparatomi eksplorasi biasanya memiliki kekhawatiran pada proses penyembuhan luka, dan terkadang jadi cepat merasa tersinggung atau cepat marah.

7. Data sosial

Dikaji hubungan klien dengan keluarganya sendiri, klien dengan petugas pelayanan kesehatan tempat klien dirawat dan hubungan klien dengan sesama pasien di ruangan tempat klien dirawat.

8. Data spiritual

Menyangkut keyakinan kepada Tuhan Yang Maha Esa, keyakinan akan kesembuhan, harapan kesembuhan serta kegiatan ibadah sebelum dan selama dirawat. Dan mengkaji keyakinan klien akan Tuhan yang berhubungan dengan kondisi sakit klien saat ini.

9. Data penunjang

Pada klien apendisitis biasanya penegakkan diagnosa medik akan ditunjang oleh hasil pemeriksaan laboratorium, dan USG abdomen. Pada kasus apendisitis biasanya terjadi peningkatan jumlah leukosit.

b. Analisa Data

Analisa Data Setelah semua data terkumpul kemudian data akan dianalisis dan digolongkan menjadi data subjektif dan objektif sesuai dengan masalah keperawatan yang timbul.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosis keperawatan dengan penderita post operasi apendisitis menurut Doenges (2019) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)
- b. Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar Informasi (D.0080)

- c. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (D.0054)
- d. Resiko Hipovolemia berhubungan dengan keluarnya cairan secara aktif (D.0034)
- e. Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (D.0142)

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa			INTERVENSI		
	Keperawatan			TUJUAN	TINDAKAN	
1.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (D.0077)	berhubungan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil: (L.08066)	Management Nyeri (I.08238)	Observasi	
	Gejala dan tanda mayor				1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	
	Subjektif		1. Keluhan nyeri menurun		2. Identifikasi skala nyeri	
	1. Mengeluh Nyeri		2. Meringis menurun		3. Identifikasi respon nyeri non verbal	
	Objektif		3. Sikap protektif menurun		4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
	1. Tampak meringis		4. Gelisah menurun		5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	
	2. Bersikap protektif		5. Kesulitan tidur menurun		6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri	
	3. Gelisah				7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup	
	4. Frekuensi nadi meningkat				8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan	
	5. Sulit tidur				9. Monitor efek samping penggunaan analgetik	
	Gejala dan tanda Minor				Terapeutik	
					1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat,	

Subjektif (tidak tersedia)		aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
Objektif		2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
1. Tekanan darah meningkat		3. Fasilitasi istirahat dan tidur
2. Pola nafas berubah		4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
3. Nafsu makan berubah		Edukasi
4. Proses berpikir terganggu		1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
5. Menarik diri		2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
6. Berfokus pada diri sendiri		3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
7. Diaphoresis		4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
		5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
		Kolaborasi
		1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2. Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar Informasi (D.0080)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil (L.09093):	Reduksi Ansietas (I.09314)
Gejala dan Tanda Mayor		Observasi
Subjektif	1. Verbalisasi kebingungan menurun	1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)
	2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi	2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
		3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

1. Merasa bingung yang dihadapi menurun 2. Merasa khawatir dengan 3. Perilaku gelisah menurun akibat dari kondisi yang 4. Perilaku tegang menurun dihadapi 3. Sulit berkonsentrasi	Terapeutik 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang
Objektif 1. Tampak gelisah 2. Tampak tegang 3. Sulit tidur	Edukasi 1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu 4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan 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
Gejala dan tanda minor Subjektif 1. Mengeluh pusing 2. Anoreksia 3. Palpitasi 4. Merasa tidak berdaya	
Objektif 1. Frekuensi nafas meningkat 2. Frekuensi nada meningkat 3. Tekanan darah meningkat	Kolaborasi

4. Diaphoresis 5. Tremor 6. Muka tampak pucat 7. Suara bergetar 8. Kontak mata buruk 9. Sering berkemih Berorientasi pada masa lalu				1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
3.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri (D.0054)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil (L.05042):	Dukungan Mobilisasi (I.05173)	
	Tanda mayor		Observasi	
	Subjektif	1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat		1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
	1. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas		Terapeutik	
	Objektif			1. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
	1. Kekuatan otot menurun 2. Rentang gerak (ROM) menurun		Edukasi	
	Tanda minor			1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

1. Nyeri saat bergerak 2. Enggan melakukan pergerakan 3. Merasa cemas saat bergerak		3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
Tanda mayor 1. Sendi kaku 2. Gerakan tidak terkoordinasi 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah		
4. Resiko Hipovolemia berhubungan dengan keluarnya cairan secara aktif (D.0034)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status cairan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Kekuatan nadi membaik 2. Turgor kulit membaik 3. Output urine membaik	Manajemen hipovolemia (I.03116) 1. Observasi 2. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 3. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi modified Trendelenburg

				3. Berikan asupan cairan oral
				Edukasi
				1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
				2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
				Kolaborasi
				1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL)
				2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
				3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate)
				4. Kolaborasi pemberian produk darah
5.	Resiko Infeksi berhubungan dengan Efek Prosedur Invasif (D.0142)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: (L.14137)	Pencegahan Infeksi (I.14539)	
			Observasi	
			1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik	
			Terapeutik	
			1. Batasi jumlah pengunjung	
			2. Berikan perawatan kulit pada area edema	
			3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
			4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi	
			Edukasi	
			1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	

-
2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
 3. Ajarkan etika batuk
 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
-

Sumber: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Nursalam (2015) mengatakan implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan.

Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu berfokus pada masalah keperawatan nyeri akut dengan mengobservasi frekuensi, intensitas nyeri dan memberikan posisi yang dapat mengurangi nyeri.

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2015), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu sebagai berikut

- a. Evaluasi formatif : Evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif ini penulis menilai klien mengenai perubahan warna kulit sebelum dan sesudah dilakukan tindakan perawatan luka dan proses penyembuhan luka setelah operasi.
- b. Evaluasi sumatif : Merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (subjektif, objektif, assessment, perencanaan).

Evaluasi keperawatan yang dilakukan terhadap pasien dengan masalah :

- a. Nyeri akut yaitu dilakukan dengan menilai kemampuan pasien dalam merespon rangsangan nyeri, diantaranya tingkat nyeri, kontrol nyeri, mobilitas fisik, penyembuhan luka, pola tidur dan status kenyamanan klien.
- b. Ansietas dinilai dalam tingkat ansietas, kontrol diri, proses informasi, dan tingkat pengetahuan klien
- c. Gangguan mobilitas fisik dinilai dalam koordinasi pergerakan, motivasi dan toleransi aktivitas.

- d. Resiko hipovolemia dinilai dari status cairan
- e. Resiko infeksi dinilai dalam tingkat infeksi, kondisi integritas kulit dan jaringan

2.3.Konsep Post Op Laparatomi

2.3.1. Definisi Post Op Laparatomi

Menurut AORN (2013) Pembedahan merupakan pengalaman unik perubahan terencana pada tubuh dan terdiri dari tiga fase yaitu praoperatif, intra operatif, dan pasca operatif. Keperawatan perioperatif merupakan proses keperawatan untuk mengembangkan rencana asuhan secara individual dan mengkoordinasikan serta memberikan asuhan pada pasien yang mengalami pembedahan atau prosedur invasif. Perawat kamar bedah dalam pelayanannya berorientasi pada respon pasien secara fisik, psikologi spiritual, dan sosial-budaya.

Menurut Hidayat & Uliyah (2015) Post Operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya.

Menurut Dictara et al. (2018) Laparotomi adalah tindakan insisi pembedahan melalui dinding perut atau peritoneum. Tindakan laparotomi biasanya dipertimbangkan untuk pasien yang mengalami nyeri pada bagian abdomen, baik abdomen akut maupun abdomen kronik.

Jadi dapat disimpulkan bahwa post op laparatomi adalah keadaan dimana pasien telah dilakukannya pembedahan dengan membuka cavum abdomen dan pasien telah dipindahkan ke ruangan pemulihan.

2.3.2. Indikasi Laparatomi

Adapun indikasi dilakukannya laparatomi menurut Haryono (2016) diantaranya yaitu:

- a. Trauma abdomen (tumpul atau tajam) / rupture hepar

- b. Peritonitis
- c. Perdarahan saluran pencernaan (Internal Bleeding)
- d. Sumbatan pada usus halus dan usus besar
- e. Massa pada abdomen

2.3.3. Manifestasi Post Laparatomi

Manifestasi yang biasa timbul pada pasien post laparotomi menurut Jitowiyono (2017) diantaranya :

- a. Nyeri tekan pada area sekitar insisi pembedahan
- b. Dapat terjadi peningkatan respirasi, tekanan darah, dan nadi.
- c. Kelemahan
- d. Mual, muntah, anoreksia
- e. Konstipasi
- f. Kulit dingin dan terasa basah

2.3.4. Perawatan Post Laparatomi

Perawatan post laparatomi adalah bentuk pelayanan perawatan yang diberikan kepada pasien-pasien yang telah menjalani operasi pembedahan perut. Bentuk latihan yang diajarkan ke pasien diantaranya adalah latihan nafas dalam, latihan batuk, menggerakkan otot kaki, menggerakkan otot bokong, latihan alih baring dan turun dari tempat tidur. Tujuan perawatan post laparatomi menurut Haryono (2016) adalah sebagai berikut:

- a. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan.
- b. Mempercepat penyembuhan.
- c. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi.
- d. Mempertahankan konsep diri pasien.
- e. Mempersiapkan pasien pulang.

2.4.Konsep Nyeri

2.4.1. Definisi Nyeri Akut

Berdasarkan Potter & Perry (2015) Nyeri adalah respon subjektif terhadap stresor fisik dan psikologi. Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik dan/atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu

Nyeri Akut menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2.4.2. Penyebab Nyeri Akut

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), penyebab nyeri akut adalah :

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

2.4.3. Tanda Gejala Nyeri Akut

Tanda gejala menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diantaranya:

Gejala dan Tanda Mayor:

- a. Subjektif: mengeluh nyeri
- b. Objektif: tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.

Gejala dan Tanda Minor:

- a. Subjektif: tidak tersedia
- b. Objektif: tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

2.4.4. Penatalaksanaan Nyeri

a. Manajemen Nyeri Farmakologi

Menurut Andarmoyo (2017) Manajemen nyeri farmakologi menggunakan obat analgetik. Pemberian obat analgetik yang diberikan guna untuk mengganggu atau memblok transmisi stimulus agar terjadi perubahan persepsi dengan cara mengurangi kortisol terhadap.

b. Manajemen Nyeri Non-Farmakologi

Manajemen Nyeri Non-Farmakologi untuk mengurangi nyeri menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) diantaranya:

- Hipnosis (hipnoterapi) yaitu teknik yang dilakukan untuk meningkatkan fokus dan konsentration, sehingga pikiran lebih mudah menerima sugesti positif. Sugesti positif ini akan membantu mengubah hal-hal negatif yang bersumber dari otak, mulai dari rasa nyeri, emosi negatif seperti stres, hingga adiksi alias kecanduan.
- Akupresur adalah terapi komplementer alternatif yang efektif dalam menurunkan tingkat nyeri akut maupun kronis sehingga dapat mengurangi penggunaan obat-obat farmakologi yang mempunyai efek samping.
- Terapi music menurut Potter & Perry (2015) dapat memberikan hasil yang sangat efektif dalam upaya mengurangi nyeri pasca operasi pasien

- Aromaterapi berpengaruh dalam penurunan intensitas nyeri pada pasien pasca operasi bedah mayor ditandai dengan penurunan nilai rata-rata intensitas nyeri sebelum dan sesudah diberikan aromaterapi
- *Guided imagery*, adalah upaya efektif dalam menurunkan intensitas nyeri pada pasien pasca operasi yang dapat dipadukan dengan farmakologi hal ini dikatakan oleh Rustiawati et al (2022). Menurut Lolo & Novianty (2017) fokus pasien dialihkan dengan imajinasi yang menyenangkan, sehingga mengurangi intensitas rasa sakit dan stimulasi imajinatif yang dilakukan ke batang otak dan memformat sensor thalamus. Stimulasi dikirim ke amigdala dan hipotalamus, dan beberapa ke korteks serebral. Di hipotalamus, hal-hal yang menyenangkan diproses sebagai ingatan, dan ketika dirangsang dalam bentuk imajinasi, ingatan muncul kembali. Begitu berada di hipotalamus, rangsangan yang berarti dikirim ke amigdala, yang membentuk pola respons sesuai dengan pentingnya rangsangan yang diterima dan terlibat dalam mengurangi sensasi rasa sakit yang dialami subjek. Penelitian lain Savfaringga (2020) juga menunjukkan teknik *guided imagery*, korteks visual otak yang memproses imajinasi mempunyai hubungan yang kuat dengan sistem syaraf otonom, yang mengontrol gerakan involunter diantaranya: nadi, pernapasan dan respon fisik terhadap stres dan membantu mengeluarkan hormon endorpin (substansi ini dapat menimbulkan efek analgesik yang sebanding dengan yang ditimbulkan morfin dalam dosis 10-50 mg/kg BB) sehingga terjadi proses relaksasi dan mengurangi nyeri. Langkah-langkah penerapan *guided imagery* menurut Darmadi (2020) yaitu dilakukan dengan memerintahkan pasien untuk menutup mata dan membayangkan atau menggambarkan hal yang menyenangkan. Membimbing pasien untuk

menggambarkan bayanganya tanyakan tentang suara, cahaya, benda yang tampak dan bau-bauan yang terbayangkan. Selanjutnya minta pasien untuk menggambarkan dengan lebih rinci. Hal ini akan mengalihkan konsentrasi pasien pada imajinasinya dan perlahan-lahan menurunkan dan membebaskan dirinya dari rasa nyeri.

- Kompres hangat/dingin, Teknik ini berkaitan dengan teori gate control dimana stimulasi kulit berupa kompres dingin dapat mengaktivasi transmisi serabut saraf sensorik A-Beta yang lebih besar dan lebih cepat. Kompres hangat menimbulkan efek vasodilatasi pembuluh darah sehingga meningkatkan aliran darah. Peningkatan aliran darah dapat menyingkirkan produk produk inflamasi seperti bradikinin, histamin, dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri lokal.