

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Appendiksitis

2.1.1 Definisi Appendiksitis

Appendisitis adalah proses peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing atau disebut apendiks. Infeksi ini bisa mengakibatkan komplikasi apabila tidak segera mendapatkan tindakan bedah segera untuk penanganannya. Appendisitis adalah penyebab utama inflamasi akut di kuadran kanan bawah abdomen. Meskipun dapat dialami oleh semua kelompok usia, appendisitis paling sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun (Hariyanto & Sulistyowati, 2015).

Appendisitis merupakan peradangan pada apendiks vermiformis atau sumbatan pada apendiks yang bersifat Episodik dan hilang timbul dalam waktu yang lama yang menyebabkan nyeri abdomen akut dan memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi (Amalina, 2018)

Appendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (cecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Saputro, 2018)

2.1.2 Etiologi Appendiksitis

Menurut (Jay & Marcks, 2016) menjelaskan bahwa etiologi pada appendiksitis yaitu sebagai berikut :

1. Penyebab terjadinya apendisitis dapat terjadi karena adanya makanan keras (biji-bijian) yang masuk ke dalam usus buntu dan tidak bisa keluar lagi. Setelah isi usus tercemar dan usus meradang timbullah kuman-kuman yang dapat memperparah keadaan tadi
2. Mucus maupun feses kemudian mengeras seperti batu (fekalit) lalu menutup lubang penghubung antara apendiks dengan caecum
3. Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus disamping hyperplasia jaringan limfe, tumor apendiks dan cacing askaris.
4. Obstruksi yang diakibatkan juga karena gaya hidup manusia yang kurang dalam mengkonsumsi makanan tinggi serat
5. Penelitian Epidemiologi mengatakan peran kebiasaan makan makanan yang rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya apendisitis. Konstipasi akan menarik bagian intrasekal, yang berakibat timbulnya tekanan intrasekal dan terjadi penyumbatan sehingga meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon.

2.1.3 Klasifikasi Appendiksitis

Menurut (Wedjo & Musa, 2019) Klasifikasi apendisitis terbagi menjadi dua yaitu :

1. Appendiksitis Akut

Apendisitis akut sering ditandai dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak pada apendiks yang memberikan tanda setempat, disertai maupun tidak disertai rangsang peritoneum lokal. Gejala apendisitis akut ialah nyeri samar dan tumpul yang merupakan nyeri viseral di daerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual, muntah dan umumnya nafsu makan menurun. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik Mc.Burney. Nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

2. Appendiksitis Kronik

Diagnosis apendisitis kronik baru dapat ditegakkan jika ditemukan adanya riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik. Apendisitis kronik memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik apendiks secara mikroskopik (fibrosis menyeluruh di dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik), dan keseluruhan menghilang setelah apendiktomi.

2.1.4 Manifestasi Klinis Appendiksitis

Keluhan apendektomi dimulai dari nyeri diperiumbilikus dan muntah dan rangsangan peritonium viseral. Dalam waktu 2-12 jam seiring dengan iritasi peritoneal, kerusakan integritas kulit, nyeri perut akan berpindah kekuadran kanan bawah yang menetap 7 dan diperberat dengan batuk dan berjalan. Nyeri akan semakin progresif dan dengan pemeriksaan akan menunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Gejala lain yang dapat ditemukan adalah anoreksia, malaise demam tek terlalu tinggi konstipasi diare, mual, dan muntah (Lestari et al., 2023)

Menurut Baughman dan Hackley (2016), manifestasi klinis apendisitis meliputi :

1. Nyeri kuadran bawah disertai dengan demam, mual dan seringkali muntah
2. Pada titik McBurney (terletak dipertengahan antara umbilicus dan spina anterior dari ilium) nyeri tekan setempat karena tekanan dan sedikit kaku dari bagian bawah otot rektus kanan
3. Nyeri alih mungkin saja ada, letak apendiks mengakibatkan sejumlah nyeri tekan, spasme otot, dan konstipasi atau diare kambuhan
4. Tanda rovsing (dapat diketahui dengan mempalpasi kuadran kanan bawah, yang menyebabkan nyeri pada kuadran kiri bawah).

5. Jika terjadi rupture apendiks, maka nyeri akan menjadi lebih melebar, terjadi distensi abdomen akibat ileus paralitik dan kondisi memburuk.

2.1.5 Patofisiologi Appendiksitis

Appendicitis terjadi karena penyumbatan lumen apendiks oleh hyperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, 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 appendicitis 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 (Wedjo & Musa, 2019)

2.1.6 Penatalaksanaan Appendiksitis

Menurut (Hidayat, 2021) penatalaksanaan pada appendiksitis yaitu :

1. Sebelum operasi

Dalam 8-12 jam setelah timbulnya keluhan, tanda dan gejala appendisitis seringkali belum jelas, dalam keadaan ini observasi ketat perlu dilaksanakan. Klien diminta melakukan tirah baring dan dipuasakan. Pemeriksaan abdomen dan rektal serta pemeriksaan darah (leukosit dan hitung jenis) diulang secara periodik, foto abdomen dan toraks 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. Operasi

Operasi apendiktomi dapat dilakukan dengan 2 teknik, yaitu operasi apendiktomi terbuka dan laparaskopi apendiktomi. Apendiktomi terbuka dilakukan dengan cara membuat sebuah sayatan dengan panjang sekitar 2 – 4 inci pada kuadran kanan bawah abdomen dan apendiks dipotong melalui lapisan lemak dan otot apendiks. Kemudian apendiks diangkat atau dipisahkan dari usus. Sedangkan laparaskopi apendiktomi membuat 3 sayatan kecil di perut sebagai akses, lubang pertama dibuat dibawah pusar, fungsinya untuk memasukkan kamera super mini yang terhubung ke monitor ke dalam tubuh, melalui lubang ini pula sumber cahaya dimasukkan. Sementara dua lubang lain di posisikan sebagai jalan masuk peralatan bedah seperti penjepit atau gunting.

Ahli bedah mengamati organ abdominal secara visual dan mengidentifikasi apendiks. Apendiks dipisahkan dari semua jaringan yang melekat, kemudian apendiks diangkat dan dikeluarkan melalui salah satu sayatan

3. Pasca Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, syok, hipertermia atau gangguan pernapasan. Klien dibaringkan dalam posisi terlentang. Klien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan. Puasa diteruskan sampai fungsi usus kembali normal.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Appendiksitis

Menurut (Saputro, 2018) pemeriksaan penunjang apendiks meliputi sebagai berikut :

1. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi

Akan tampak adanya pembengkakan pada rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi)

b. Palpasi

Didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (Blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendiksitis akut

- c. Dengan tindakan tungkai bawah kanan dan paha diteku kuat/tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (proas sign)
- d. Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga
- e. Suhu dubur yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

2. Pemeriksaan Laboratorium

- a. SDP: Leukositosis diatas 12.000/mm³, Neutrofil meningkat sampai 75%
- b. Urinalisis: Normal, tetapi eritrosit/leukosit mungkin ada

3. Pemeriksaan Radiologi

- a. Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit.
- b. Ultrasonografi (USG)
- c. CT Scan
- d. Rontgen foto abdomen

2.1.8 Komplikasi Appendiksitis

Menurut (Sulekale, 2016) komplikasi terjadi akibat keterlambatan penanganan appendicitis yaitu :

1. Abses

Peradangan apendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis

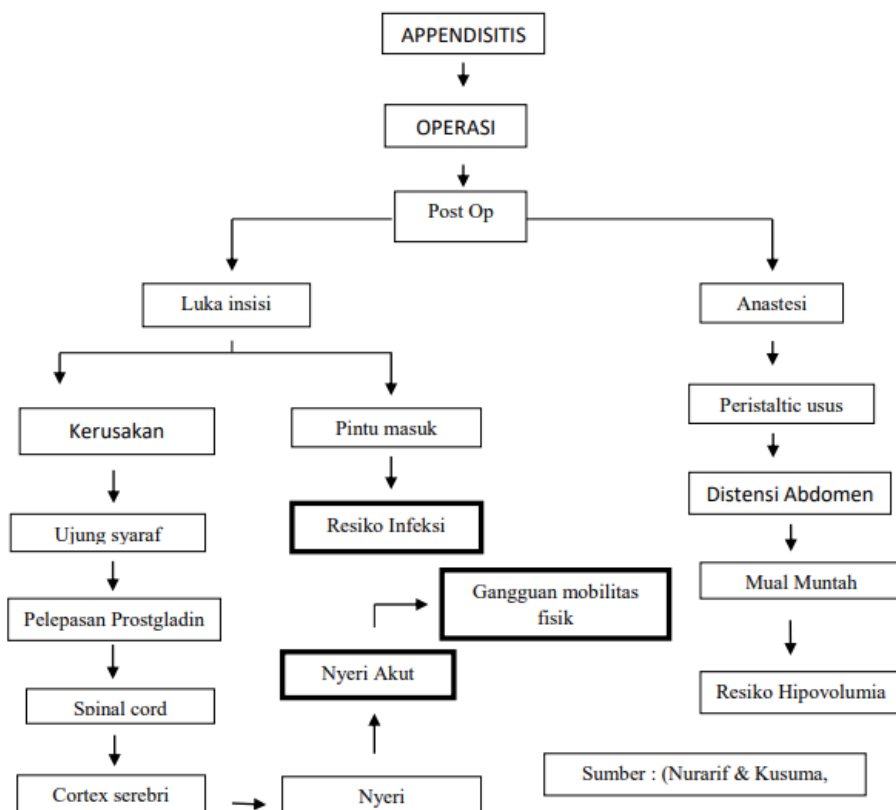
2. Perforasi

Pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam

3. Peritonitis

Peradangan pada peritoneum. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum dapat menyebabkan timbulnya peritonitis umum

2.1.9 Pathway Appendiksitis



2.2 Konsep Appendiktomi

2.2.1 Definisi Appendiktomi

Appendiktomi adalah tindakan pembedahan yang dilakukan untuk memotong jaringan apendiks yang mengalami peradangan. Appendiktomi dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. Appendiktomi dapat dilakukan dibawah anastesi umum atau spinal dengan insisi abdomen bawah atau dengan laparoscopi (Sari, 2016).

2.2.2 Indikasi Appendiktomi

Secara praktis appendiktomi diindikasikan untuk semua kasus apendiksitis akut yang ditemukan dalam 72 jam pertama ini tidak berlaku pada anak-anak. Appendiktomi juga diindikasikan pada apendiksitis kronis. Keadaan-keadaan jarang lainnya yang melibatkan appendiktomi seperti karsinoid, tumor juga harus kedalam daftar indikasi (Sari, 2016).

2.2.3 Kontraindikasi Appendiktomi

1. Wanita dengan kehamilan trimester kedua dan ketiga
2. Penyulit radang pelvis dan endometriosis
3. Tumor abdomen yang sangat besar, sehingga sulit untuk memasukkan trocar ke dalam rongga pelvis oleh karena trocar dapat melukai tumor tersebut

4. Hernia abdominalis, karena dikhawatirkan dapat melukai usus pada saat memasukkan trokar ke dalam rongga pelvis

2.3 Konsep Nyeri Akut

2.3.1 Definisi Nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual ataupun potensial. adalah sesuatu yang menyakitkan pada tubuh individu yang mengalaminya dan dapat terjadi kapan saja sewaktu-waktu. Nyeri dapat digambarkan suatu fenomena kompleks yang tidak hanya melibatkan respon fisik dan mental tetapi juga merupakan reaksi emosional dari seseorang (Potter dan Perry, 2010 dalam S. S. Putri, 2019).

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang dapat berbeda-beda. Dalam hal skala atau pun tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya.

Nyeri akut menurut SDKI 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 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

2.3.2 Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi nyeri menurut (Sari, 2016) adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut

Nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada suatu penyakit arteriosclerosis pada arteri coroner.

2. Nyeri kronis

Nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas dari nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri, dan begitu seterusnya.

Ada pula pola nyeri kronis yang konstan, artinya rasa nyeri tersebut terus menerus terasa semakin lama semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya, pada nyeri karena neoplasma.

2.3.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut (Black & Hawks, 2014) faktor faktor yang mempengaruhi nyeri adalah sebagai berikut :

1. Persepsi Nyeri

Menerima dan menginterpretasikan nyeri juga dirasakan berbeda pada tiap individu. Persepsi nyeri tidak hanya bergantung dari derajat kerusakan fisik, baik stimulus fisik maupun faktor psikososial dapat memengaruhi pengalaman kita akan nyeri.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menjadi faktor dalam respon nyeri, laki-laki jarang melaporkan nyeri dibandingkan anak perempuan.

3. Faktor Sosial Budaya

Ras, budaya, dan etnik merupakan faktor yang memengaruhi seluruh respons sensori, termasuk respons terhadap nyeri. Peneliti menemukan bahwa penilaian perawat mengenai nyeri yang dialami klien dipengaruhi oleh kepercayaan dan budaya mereka sendiri

4. Usia

Terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologis usia. Individu dewasa mungkin tidak melaporkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut mengindikasikan diagnosis yang buruk.

2.3.4 Skala Nyeri

Menurut (Natalia, 2022) skala numerik, Skala yang digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Skala ini efektif digunakan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Tabel 2. 1**Skala Nyeri**

Nilai	Skala Nyeri
0	Tidak nyeri
1	Seperti gatal, tersetrum atau nyut nyut
2	Seperti melilit atau terpukul
3	Seperti perih
4	Seperti kram
5	Seperti tertekan atau tergesek
6	Seperti terbakar atau ditusuk tusuk
7-9	Nyeri tetapi dapat dikontrol oleh klien dengan aktivitas
10	Sangat nyeri dan tidak dapat dikontrol oleh klien.
Keterangan	1 – 3 (Nyeri ringan) 4 – 6 (Nyeri sedang) 7 – 9 (Nyeri berat) 10 (Sangat nyeri)

2.4 Konsep Aromaterapi Lavender**2.4.1 Definisi Aromaterapi**

Aromaterapi adalah terapi komplementer dalam praktek keperawatan dan menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup.

Aromaterapi berasal dari dua kata yaitu, aroma dan terapi. Aroma yang berarti harum, bau wangi, sesuatu yang lembut dan terapi yang berarti penanganan dokter atau orang-orang yang mempelajari ilmu kesehatan. Jadi, aromaterapi adalah penanganan dengan menggunakan minyak yang diambil dari tumbuh-tumbuhan yang berbau harum dan mempunyai efek analgesik (Muchtaridi & Moelyono., 2015)

2.4.2 Manfaat Aromaterapi Lavender

Aroma lavender bermanfaat untuk menurunkan nyeri karena aromaterapi lavender sebagian besar mengandung linalool (35%) dan linalyl asetat (51%) yang memiliki efek sedatif dan narkotik. Kedua zat ini bermanfaat untuk menenangkan, sehingga dapat membantu dalam menghilangkan kelelahan mental, pusing, ansietas, mual dan muntah, gangguan tidur, menstabilkan sistem saraf, penyembuhan penyakit, membuat perasaan senang serta tenang, meningkatkan nafsu makan dan menurunkan nyeri (Nuraini, 2014)

2.4.3 Mekanisme Kerja Aromaterapi

Aromaterapi Lavender merangsang kerja sel neurokimia karena aroma yang menyenangkan akan menstimulus pengeluaran enkafelin yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit alami dan menghasilkan perasaan yang tenang. Aroma terapi bekerja dengan cara merangsang saraf otak dan hidung, Ketika menghirup uap minyak essential, aroma nya akan memasuki rongga hidung dan merangsang sistem saraf di otak yang berperan dalam pengaturan emosi.

2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Teori

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal pada proses asuhan keperawatan yang dikumpulkan secara sistematis dan lengkap

1. Identitas

Klien

Nama, tempat tanggal lahir, usia jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku bangsa, status, No CM, tanggal masuk, tanggal pengkajian, alamat

Penanggung Jawab

Nama, usia jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, hubungan dengan klien

2. Keluhan Utama

Ditemukan nyeri di sekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Timbul keluhan nyeri perut kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri di pusat atau di epigastrium dirasakan. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus-menerus, dapat hilang atau timbul nyeri dalam waktu yang lama.

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Riwayat kesehatan sekarang ditemukan saat pengkajian yaitu diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian.

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Berisi pengalaman kesehatan dahulu, apakah memberi pengaruh kepada penyakit apendiksitis yang diderita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien menderita penyakit apendisitis, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

6. Pola Aktivitas Sehari Hari

a. Kebutuhan Nutrisi dan Cairan

1) Makan

Untuk frekuensi makan/hari pada pasien pascaoperasi apendektomi masih normal 2-3 kali/hari, untuk jenis makanan diit tidak ada, namun ada makanan pantangan yaitu, tidak boleh makan-makanan yang berlemak tinggi, makanan pedas, makanan tinggi gula dll.

2) Minum

Frekuensi minum/hari normal, untuk jenis minuman dianjurkan minum air putih, jumlah minum/hari biasanya 1-2 liter perhari. tidak ada keluhan kemampuan menelan dan tidak ada masalah pada pemenuhan kebutuhan cairan

b. Kebutuhan Eliminasi

Pada pasien pascaoperasi apendektomi kebutuhan eliminasi BAK dan BAB tidak ada mengalami gangguan namun, pasien yang baru saja selesai operasi untuk BAK dan BAB masih dibantu oleh keluarga

c. Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Pada pasien pascaoperasi apendektomi kebutuhan istirahat dan tidur sangat diperlukan, namun adanya masalah dalam kesulitan untuk tidur yaitu pasien gelisah, tampak meringis menahan sakit, dan proses berpikir terganggu. Dengan nyeri yang dirasakan pada saat posisi tidur mengganggu area luka pascaoperasi apendektomi tersebut, sehingga pasien sering terbangun pada saat tidur, merasa tidak puas tidur, dan merasa tidak segar saat bangun tidur.

d. Kebutuhan Aktivitas/Mobilisasi

Untuk melakukan aktivitas, pasien pascaoperasi apendektomi adanya keterbatasan pergerakan. pemunahan personal hygiene mandiri, kemampuan berjalan cukup baik.

7. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Pasien pascaoperasi apendektomi mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung periode akut rasa nyeri. Pasien tampak meringis menahan sakit, tampak gelisah, frekuensi nadi dan pola napas meningkat, kesulitan tidur, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri untuk berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis (keringat dingin).

b. Sistem Pernafasan

Pada pasien pascaoperasi apendektomi akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas (takipneu) serta pernafasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

c. Sistem pencernaan

Keluhan pasien pada saluran pencernaan yaitu, adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpasi. Klien pascaoperasi apendektomi biasanya mengeluh mual muntah, konstipasi pada awal pascaoperasi apendektomi dan penurunan bising usus.

d. Sistem integumen

Tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi disertai kemerahan

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pada pasien apendisitis biasanya terjadi peningkatan leukosit di atas 10.000/mL

b. Pemeriksaan USG

Normal : Tidak tampak ada peradangan pada bagian Mc. Burney.

c. Foto Polos Abdomen

Normal : Tidak tampak ada kelainan pada organ.

2.5.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017). Berdasarkan (PPNI, 2017) data pengkajian diagnosis keperawatan utama yang dapat muncul pada appendiksitis, antara lain:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi) dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri (D.0077)
2. Risiko hipovolemia dibuktikan dengan efek agen farmakologis (D.0034)
3. Risiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (D.0142)

2.5.3 Intervensi

Tabel 2. 2
Intervensi Keperawatan Teori

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur operasi). (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan Kriteria Hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : 1. Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri 2. Identifikasi respon nyeri non verbal 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri	1. Lokasi nyeri pada pasien post appendiks biasanya berada dikuadran kanan bawah dengan karakteristik nyeri akut, lalu durasi nyeri hilang timbul namun terkadang bisa terus menerus, kualitas nyeri seperti ditusuk tusuk dengan intensitas nyeri yang sedang hingga berat dan skala nyeri 4-10 2. Penting dalam manajemen nyeri, terutama untuk pasien yang tidak dapat mengungkapkan rasa sakit mereka secara verbal 3. Membantu dalam menentukan intervensi yang tepat untuk mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan pasien

Terapeutik :

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri | <ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik non farmakologi diberikan agar tidak bergantung dengan teknik farmakologi saja 2. Kontrol lingkungan dapat memperberat rasa nyeri karena faktor-faktor seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan dapat mempengaruhi persepsi dan intensitas nyeri yang dirasakan oleh seseorang 3. Setiap jenis nyeri memiliki karakteristik dan penyebab yang berbeda maka penting untuk mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi |
|---|--|

Edukasi :

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dijelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri agar klien dan keluarga tidak kebingungan 2. Strategi meredakan nyeri dapat melibatkan berbagai pendekatan, baik farmakologis maupun non-farmakologis 3. Mengurangi ketergantungan obat, dan meningkatkan kesejahteraan pasien |
|--|---|
-

		Kolaborasi :	
		1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	Menghambat sekresi prostaglandin sehingga dapat mengurangi nyeri yang dialami oleh pasien
2.	Risiko hipovolemia ditandai dengan efek agen farmakologis (D.0034)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan Status cairan (L.0328) membaik dengan Kriteria Hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Membrane mukosa lembap 3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik. 5. Turgor kulit membaik	Manajemen hypovolemia (I.03116) Observasi : 1. Periksa tanda dan gejala hypovolemia 2. Monitor intake dan output cairan. Terapeutik : Berikan asupan cairan oral Edukasi : 1. Menjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Menjurkan menghindari perubahan posisi mendadak
			1. Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia sangat penting karena kondisi ini menunjukkan penurunan volume cairan dalam tubuh yang dapat menyebabkan berbagai komplikasi serius 2. Memonitor intake dan output cairan untuk menjaga keseimbangan cairan pada pasien, membantu dalam pengobatan dan menghindari adanya komplikasi Mengganti cairan yang hilang, mencegah terjadinya dehidrasi 1. Mencegah terjadinya dehidrasi, membantu dalam proses penyembuhan pasien 2. Mengurangi resiko cedera

			Kolaborasi : Kolaborasi pemberian cairan IV.	Memantau kondisi pasien, memastikan kebutuhan cairan pasien, mencegah terjadinya komplikasi dan pemberian obat yang aman
3.	Resiko Infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi (L.14137) dengan Kriteria Hasil : 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat 3. Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun 4. Kadar sel darah putih meningkat	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 5. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi.	1. Mendeteksi dini adanya infeksi dan mencegah komplikasi lebih lanjut 2. Pembatasan jumlah pengunjung penting untuk diterapkan karena akan berdampak juga pada kesehatan dan keamanan pasien 3. Menghindari masalah kulit yang lebih serius 4. Mencegah terjadinya penyebaran infeksi dan penyakit, sebagai perlindungan untuk diri sendiri dan juga klien 5. Mengurangi resiko infeksi, meningkatkan pemulihan, menjaga keselamatan pasien

Edukasi :

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi

1. Tanda dan gejala infeksi dapat bervariasi tergantung pada jenis mikroorganisme penyebabnya, seperti bakteri, virus, jamur, atau parasit. Tanda dan gejala infeksi adalah timbulnya rasa nyeri, kemerahan, panas, bengkak dan perubahan fungsi

2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

2. Mencuci tangan dengan benar adalah salah satu cara menghindari penyebaran kuman atau bakteri

3. Ajarkan etika batuk

3. Menghindari penyebaran infeksi

4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

4. Nutrisi yang baik akan mempercepat penyembuhan luka pasien post operasi

5. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

5. Menjaga keseimbangan cairan tubuh

Kolaborasi :

Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu.

Penguatan sistem kesehatan setiap individu

2.5.4 Implementasi

Menurut (Potter, P., & Perry, 2014) Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Komponen tahap implementasi :

1. Tindakan keperawatan mandiri
2. Tindakan keperawatan edukatif
3. Tindakan keperawatan kolaboratif
4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan

2.5.5 Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Nanda, 2017).