

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Apendiksitis (Konsep Penyakit)

2.1.1. Pengertian

Apendisitis adalah kondisi peradangan mendadak yang terjadi pada apendiks vermiformis, yaitu tabung ramping yang terhubung ke bagian bawah sekum (usus besar). Walaupun peran apendiks masih belum sepenuhnya dipahami, organ ini bisa terisi dan dikosongkan saat makanan melewati sistem pencernaan. Apendisitis umumnya disebabkan oleh adanya hambatan atau peradangan pada apendiks, yang mengakibatkan iritasi, pembesaran pembuluh darah, terhentinya aliran darah, serta penyumbatan arteri. Hal ini menciptakan kondisi yang memungkinkan pertumbuhan bakteri, yang pada gilirannya dapat memicu gangren atau kematian jaringan. Apendisitis adalah penyebab utama rasa sakit mendadak di bagian kanan bawah perut dan termasuk dalam situasi darurat bedah yang sering terjadi. Oleh sebab itu, pasien yang mengalami apendisitis perlu segera dirujuk dan mendapatkan penanganan yang cepat untuk mencegah komplikasi yang serius (Hartoyo, 2022).

2.1.2. Etiologi

Radang usus buntu atau apendisitis dapat disebabkan oleh sumbatan pada lumen apendiks, yang bisa berasal dari fekalit (tinja yang mengeras), jaringan limfoid yang hipertrofi, benda asing, atau infeksi parasit seperti *Enterobius vermicularis*. Selain itu, tumor seperti karsinoid dan adenokarsinoma juga dapat menjadi penyebab obstruksi. Ketika lumen tersumbat, bakteri seperti *Escherichia coli* dan *Bacteroides* spp. berkembang biak, menyebabkan peradangan akut yang dapat berlanjut menjadi perforasi

dan pembentukan abses. Jika tidak segera ditangani, apendisitis dapat menyebabkan komplikasi serius seperti peritonitis (radang selaput perut) dan sepsis, yang berpotensi mengancam jiwa. Risiko kematian meningkat saat peritonitis menyebar luas dan antibiotik terbatas. Diagnosis dan penanganan cepat penting untuk mencegah komplikasi serius. (Putu, Sintya Arlinda Arsa; Ni, 2023)

2.1.3. Patofisiologi

Apendiks adalah kantong berbentuk tabung kecil yang terletak di bawah katup ileosekal, biasanya di regio iliaka kanan. Meskipun fungsinya belum sepenuhnya dipahami, apendiks diduga berperan sebagai penyimpan bakteri usus yang bermanfaat. Obstruksi pada lumen proksimal apendiks merupakan temuan umum pada kasus apendisitis akut, dengan penyebab tersering berupa fekalit atau massa feses yang mengeras. Faktor lain yang dapat memicu sumbatan meliputi kalkulus, benda asing, proses inflamasi, neoplasma, parasit seperti *Enterobius vermicularis*, serta edema jaringan limfoid. Akibat obstruksi tersebut, terjadi akumulasi cairan mukosa yang menyebabkan distensi lumen dan peningkatan tekanan intraluminal. Kondisi ini mengganggu perfusi darah lokal, memicu inflamasi, edema, ulserasi mukosa, dan infeksi bakteri. Pembentukan eksudat purulen memperburuk distensi, dan dalam kurun waktu 24–36 jam dapat terjadi nekrosis jaringan serta gangren. Jika tidak ditangani secara tepat, proses ini berlanjut menjadi perforasi apendiks yang mengakibatkan peritonitis bakterial. (Riska Wani Eka Putri, 2023). Apendisitis diklasifikasikan menjadi tiga tahap berdasarkan tingkat keparahan: sederhana, gangrenosa, dan perforatif. Pada tahap sederhana, apendiks hanya mengalami inflamasi tanpa kerusakan jaringan. Pada tahap gangrenosa, terjadi nekrosis dan perforasi mikroskopik. Sedangkan pada tahap perforatif, ditemukan perforasi luas yang menyebabkan kontaminasi rongga peritoneum, berisiko menimbulkan komplikasi sistemik. (LeMone, 2016).

2.1.4. Tanda dan gejala

Menurut (Riska Wani Eka Putri, 2023) pada apendisitis dapat di tandai gejala-gejala sebagai berikut:

- a. Nyeri kuadran kanan bawah dan biasanya demam ringan
- b. Mual, muntah
- c. Anoreksia, malaise
- d. Nyeri lepas lokal pada titik Mc. Burney
- e. Spasme otot
- f. Konstipasi, diare

2.1.5. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi post operasi appendiktomi menurut (Putu, Sintya Arlinda Arsa; Ni, 2023) Komplikasi pasca operasi apendisitis dapat mencakup terbentuknya abses, hematoma, dan infeksi luka bedah. Luka yang tidak dirawat secara steril dan sesuai prosedur berisiko terkontaminasi oleh bakteri patogen seperti *Bacteroides*, yang dapat memperburuk proses penyembuhan. Apendisitis rekuren juga dapat terjadi apabila sisa jaringan apendiks yang tertinggal melebihi 0,5 cm, karena jaringan tersebut masih berpotensi mengalami obstruksi dan infeksi seperti pada episode awal. Jika tidak ditangani secara adekuat, apendisitis dapat berkembang menjadi abses intra-abdomen yang berisiko membentuk fistula enterokutaneus. Selain itu, komplikasi berat seperti peritonitis difus dan sepsis sistemik dapat muncul, yang berkontribusi terhadap peningkatan angka morbiditas dan mortalitas pasien. Komplikasi lain yang terjadi diantaranya:

1. Periapendikuler infiltrate

Peradangan pada jaringan sekitar apendiks dapat terjadi akibat mikroperforasi yang memungkinkan keluarnya isi lumen ke jaringan sekitarnya. Kondisi ini sering kali menyebabkan terbentuknya perlengketan antara apendiks dan struktur intra-abdomen lain, sehingga

membentuk massa periappendikular. Penatalaksanaan awal dapat dilakukan secara konservatif untuk meredakan inflamasi dan mengurangi massa adhesi, sebelum dilanjutkan dengan tindakan appendiktomi sebagai terapi definitif.

2. Perforasi appendiks

Diawali oleh pecahnya appendiks yang mengandung nanah, yang menyebabkan penyebaran bakteri ke dalam rongga perut. Perforasi dapat diidentifikasi melalui gejala demam di atas 38 derajat Celsius dan nyeri tekan di seluruh area perut yang muncul sekitar 36 jam setelah gejala pertama kali muncul.

3. Periapendikuler abses

Periapendikuler abses merupakan komplikasi dari proses peradangan pada apendiks yang telah berkembang hingga menghasilkan akumulasi nanah. Secara klinis, kondisi ini ditandai dengan terbentuknya massa lunak yang dapat teraba melalui palpasi, biasanya terlokalisasi di kuadran kanan bawah abdomen atau di area pelvis, tergantung pada posisi apendiks dan luas penyebaran inflamasi.

4. Appendisitis perforate/peritonitis

Perforasi pada apendiks dapat menyebabkan keluarnya isi lumen ke dalam rongga peritoneum, yang kemudian memicu terjadinya peritonitis atau peradangan pada selaput perut. Komplikasi ini tergolong serius dan berpotensi mengancam jiwa, dengan manifestasi yang dapat bersifat akut maupun berkembang menjadi kondisi kronis apabila tidak ditangani secara tepat dan cepat.

2.1.6. Pemeriksaan penunjang

Diagnosis apendisitis perlu dipertimbangkan pada pasien yang menunjukkan gejala nyeri perut akut, terutama di kuadran kanan bawah. Untuk memastikan kecurigaan klinis tersebut, dilakukan pemeriksaan pencitraan

seperti ultrasonografi (USG) atau computed tomography (CT) scan abdomen, yang memiliki sensitivitas tinggi dalam mendeteksi peradangan apendiks dan komplikasi yang menyertainya (Putu, Sintya Arlinda Arsa; Ni, 2023).

a. Hasil laboratorium

Pengukuran laboratorium, termasuk jumlah leukosit total, persentase neutrophil, dan konsentrasi protein C-reaktif (CRP).

- 1) pada pemeriksaan urin ditemukan keton, dan protein C-reaktif mungkin meningkat.
 - 2) Kombinasi hasil WBC dan CRP normal mempunyai spesifitas 98% untuk menyingkirkan apendisitis akut. Selain itu, hasil WBC dan CRP mempunyai nilai prediksi positif untuk membedakan apendisitis tanpa komplikasi, tanpa komplikasi.
 - 3) Leukosit (WBC) sebesar 10.000 sel/mm³ dikaitkan dengan terjadinya apendisitis akut.
 - 4) LED meningkat menandakan adanya apendisitis infiltrate
 - 5) Hitung jenis : segmen lebih banyak
- b. Rontgen, Pemeriksaan appendicogram dapat menunjukkan hasil positif berupa gambaran radiologis seperti non-filling, partial filling, mouse tail, dan cut-off, yang masing-masing mengindikasikan adanya gangguan pada lumen apendiks. Sementara itu, pemeriksaan radiografi abdomen (rontgen) umumnya tidak memberikan informasi diagnostik yang signifikan, kecuali pada kondisi lanjut seperti peritonitis, di mana tanda-tanda radiologis menjadi lebih jelas dan relevan untuk evaluasi klinis.
- c. USG
- Ultrasonografi (USG) merupakan modalitas pencitraan awal yang umum digunakan untuk mendiagnosis apendisitis akut, terutama pada anak-anak dan wanita hamil karena tidak melibatkan radiasi. USG dapat

mendeteksi tanda-tanda sugestif seperti diameter apendiks >6 mm dan nyeri tekan di titik McBurney. Namun, sensitivitas dan spesifisitasnya lebih rendah dibandingkan CT scan, serta sangat bergantung pada keahlian operator dan kondisi pasien, seperti obesitas atau posisi apendiks yang retrosekal. Studi terbaru menunjukkan bahwa meskipun USG berguna sebagai pemeriksaan awal, hasil yang tidak meyakinkan tetap memerlukan konfirmasi dengan pencitraan lanjutan seperti CT atau MRI untuk diagnosis yang lebih akurat (Iman et al., 2023)

d. CT Scan

CT scan merupakan modalitas pencitraan yang sangat akurat dalam mendiagnosis apendisitis akut, dengan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi. Kriteria radiologis pada CT meliputi pembesaran diameter apendiks >6 mm, penebalan dinding >2 mm, peningkatan densitas lemak peri-apendiks, dan adanya apendikolit. Meskipun CT scan melibatkan paparan radiasi sekitar 4 mSv, angka ini masih tergolong aman dan tidak memengaruhi hasil klinis secara signifikan. Pemeriksaan ini juga harus mempertimbangkan fungsi ginjal pasien, terutama saat menggunakan kontras intravena, dengan batas aman laju filtrasi glomerulus (GFR) ≥ 30 mL/menit. Oleh karena itu, CT scan tetap menjadi pilihan utama dalam menegakkan diagnosis apendisitis akut, terutama ketika hasil USG tidak konklusif (Susanto, 2021).

e. MRI

Dalam identifikasi apendisitis akut, MRI memiliki sensitivitas dan spesifitas MRI tinggi. Indikasinya terutama terbatas pada kelompok pasien tertentu, tidak dianjurkan pada wanita hamil karena paparan radiasi yang tinggi.

2.1.7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada pasien dengan apendisitis dapat dilakukan melalui pendekatan konservatif maupun tindakan operatif. Penanganan konservatif biasanya melibatkan pemberian antibiotik pada kasus apendisitis tanpa komplikasi, meskipun terdapat risiko kekambuhan dalam jangka waktu tertentu. Sementara itu, tindakan operatif berupa appendiktomi merupakan terapi definitif yang umum dilakukan, terutama pada kasus dengan komplikasi seperti perforasi atau abses intra-abdomen. (Putu, Sintya Arlinda Arsa; Ni, 2023).

a. Penanggulangan konservatif

Penanganan secara konservatif umumnya diberikan kepada pasien yang tidak dapat melakukan operasi, yang berupa pemberian antibiotik. Penggunaan antibiotik ini penting untuk menghindari terjadinya infeksi.

- 1) Cairan intravena; Jika terjadi akumulasi cairan secara masif di rongga peritoneum, maka penggantian cairan harus segera dilakukan melalui pemberian cairan intravena. Apabila kondisi pasien menunjukkan tanda-tanda toksisitas sistemik atau mengalami perburukan klinis, maka diperlukan pemasangan alat pengukur tekanan vena sentral (CVP) untuk memantau status hemodinamik dan mendukung pengambilan keputusan terapi lanjutan.
- 2) Antibiotik; Pemberian antibiotik intravena dilakukan sebagai langkah awal untuk mengantisipasi infeksi akibat bakteri patogen pada kasus apendisitis perforasi. Jika kondisi pasien menunjukkan perbaikan klinis melalui terapi cairan infus, antibiotik, serta pemasangan pipa nasogastrik, maka tindakan pembedahan perlu direncanakan sebagai terapi definitif untuk menangani perforasi apendiks secara menyeluruh.

b. Operasi

Jika diagnosis apendisitis telah ditegakkan secara akurat, maka tindakan bedah berupa appendiktomi perlu segera dilakukan untuk mencegah komplikasi. Penundaan prosedur dengan hanya memberikan terapi antibiotik berisiko menimbulkan abses atau perforasi pada apendiks. Dalam kasus abses apendikular, intervensi berupa drainase diperlukan untuk mengeluarkan nanah dan mengurangi risiko infeksi intra-abdomen lebih lanjut.

Laparotomi merupakan tindakan pembedahan mayor yang dilakukan melalui sayatan pada dinding abdomen untuk memperoleh akses langsung ke organ-organ dalam rongga perut. Prosedur ini umumnya diindikasikan pada kasus-kasus medis serius seperti keganasan intra-abdomen, perdarahan aktif, obstruksi saluran cerna, maupun perforasi organ viseral. (Kusuma & Surakarta, 2024).

c. Pencegahan tersier

Pencegahan tahap ketiga bertujuan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang serius, terutama yang berkaitan dengan area perut seperti infeksi pada luka bedah dan pembentukan abses di dalam rongga peritoneum. Apabila ada tanda-tanda perforasi, penting untuk melakukan irigasi pada rongga perut dengan menggunakan larutan garam atau antibiotik. Setelah menjalani operasi pengangkatan usus buntu, pasien memerlukan perawatan yang lebih ketat, termasuk pemberian antibiotik yang durasinya disesuaikan dengan tingkat keparahan infeksi dalam rongga perut yang dialami.

d. Perawatan pasca operasi

Pada pasien dengan apendisitis yang tidak disertai komplikasi, proses pemulihan pasca operasi umumnya berlangsung baik tanpa memerlukan pemberian antibiotik tambahan. Sebaliknya, pada pasien dengan apendisitis yang mengalami komplikasi, diperlukan perencanaan terapi

antibiotik lanjutan selama kurang lebih empat hari sebagai bagian dari manajemen infeksi dan pemulihan klinis.

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Appendisitis

2.2.1. Pengkajian

a. Data Demografi

Identitas klien : Nama, usia, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku/bangsa, tingkat pendidikan, pekerjaan, alamat, dan nomor register.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama yang disampaikan pasien berupa rasa nyeri yang terlokalisasi di area abdomen bagian kanan bawah.

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengeluhkan adanya nyeri yang terlokalisasi di regio abdomen kanan bawah, dengan penyebaran ke area punggung, disertai dengan peningkatan suhu tubuh yang signifikan (demam tinggi).

3) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan terdahulu mencakup pertanyaan apakah pasien pernah menjalani tindakan pembedahan sebelumnya pada area kolon.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga mencakup penelusuran apakah terdapat anggota keluarga yang pernah mengalami kondisi penyakit serupa dengan yang dialami oleh pasien saat ini.

c. Pemeriksaan fisik

Ini yang kemungkinan akan muncul pada pasien pasca operasi laparatomi menurut (Soleha, 2022)

1) Sistem pernafasan

kepatenan jalan napas, kedalaman, frekuensi, serta karakteristik pernapasan, termasuk sifat dan bunyi napas, perlu dievaluasi pada pasien pascaoperasi. Pernapasan yang cepat dan dangkal sering dijumpai dan bisa disebabkan oleh rasa nyeri. Bunyi napas yang tidak normal, seperti napas berbunyi akibat sumbatan oleh lidah, serta suara krekels saat auskultasi dada, juga mungkin ditemukan.

2) System kardiovaskuler

Pada pasien pascaoperasi umumnya dapat dijumpai gejala-gejala syok, seperti detak jantung yang cepat (takikardi), keringat berlebih, kulit pucat, tekanan darah rendah (hipotensi), serta penurunan suhu tubuh.

3) System gastrointestinal

Pada pasien pascaoperasi sering dijumpai distensi abdomen dan perut kembung akibat akumulasi gas, mukosa bibir yang kering, serta penurunan aktivitas peristaltik usus. Selain itu, muntah dan konstipasi juga merupakan kondisi yang umum terjadi sebagai dampak dari tindakan pembedahan.

4) System perkemihan

Penurunan volume aliran urine disertai perubahan warna urine menjadi lebih pekat atau gelap dapat terjadi, serta ditemukan distensi pada kandung kemih dan adanya retensi urine.

5) System muskuloskeletal

Kelemahan dan kesulitan dalam berjalan sering kali disebabkan oleh nyeri di area perut. Efek samping umum dari anestesi meliputi mual, muntah, dan kekakuan otot pascaoperasi, yang biasanya berlangsung beberapa jam dan umumnya diatasi dengan pemberian antibiotik. Selain itu, pasien juga dapat mengalami nyeri tenggorokan, terutama jika selama prosedur operasi digunakan

selang bantu napas. Rasa nyeri ini biasanya bersifat sementara dan dapat diatasi dengan obat pereda nyeri.

6) System integument

Luka bekas pembedahan biasanya ditemukan di area abdomen, dan karakteristik luka tersebut bervariasi tergantung pada waktu yang telah berlalu sejak operasi. Proses pengkajian luka meliputi beberapa aspek, antara lain:

a) Lokasi

Letak luka berperan penting dalam proses penyembuhan, karena tidak semua bagian tubuh memiliki tingkat aliran darah yang sama. Secara fisiologis, area tubuh dengan suplai pembuluh darah yang lebih banyak akan menerima aliran darah yang lebih tinggi, sehingga penyembuhan luka cenderung berlangsung lebih cepat dibandingkan dengan area yang aliran darahnya terbatas.

b) Ukuran

c) Pengukuran luka mencakup panjang, lebar, dan diameter—terutama jika lukanya berbentuk bulat—dengan satuan sentimeter. Untuk menggambarkan bentuk luka secara lebih akurat, dapat digunakan lembar transparan yang memiliki pola kotak-kotak berukuran sentimeter sebagai panduan visual.

d) Kedalaman luka

Kedalaman luka dapat diukur dengan menggunakan kapas lidi steril yang telah dilembapkan dengan larutan normal saline. Lidi dimasukkan secara perlahan dan hati-hati ke dalam luka dengan posisi tegak lurus (90°) hingga mencapai dasar luka. Setelah itu, beri tanda pada lidi sejajar dengan permukaan kulit di sekitar luka, lalu keluarkan dan ukur panjang lidi yang masuk menggunakan penggaris atau alat ukur dalam satuan

sentimeter. Teknik ini sederhana namun efektif untuk menilai kedalaman luka, terutama pada luka yang dalam atau memiliki rongga tersembunyi.

e) Goa atau Terowongan

Goa atau terowongan luka dapat dikenali dengan palpasi tepi luka untuk mendeteksi adanya saluran abnormal. Larutan saline disuntikkan ke dalam lubang dan kapas lidi steril dimasukkan secara perlahan mengikuti saluran hingga dasar luka. Setelah diberi tanda sejajar kulit, lidi diukur untuk menentukan kedalaman.

f) Warna dasar Luka

Pengkajian warna dasar luka merupakan aspek krusial dalam menentukan pendekatan terapi topikal dan pemilihan jenis balutan yang sesuai. Setiap tipe warna dasar menunjukkan kondisi spesifik yang memerlukan penatalaksanaan berbeda:

- Jaringan nekrotik ditandai dengan warna hitam, permukaan yang kering dan keras, dan sering disebut sebagai keropeng.
- Jaringan slough memiliki tampilan kekuningan, dengan eksudat yang tinggi dan permukaan yang tampak lembap atau basah.
- Jaringan granulasi berwarna merah, menunjukkan proses penyembuhan aktif dengan pembentukan jaringan baru.
- Proses epitelisasi ditandai dengan warna pink, yang menunjukkan pertumbuhan sel epitel pada permukaan luka..

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan hasil dari penilaian klinis terhadap respons individu terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang sedang atau berpotensi terjadi, sebagaimana dijelaskan dalam Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017).

Berdasarkan data hasil pengkajian, beberapa diagnosis keperawatan yang umum ditemukan pada pasien pasca operasi laparatomi meliputi nyeri akut, risiko infeksi, gangguan pola tidur, dan gangguan mobilitas fisik. Menurut Putu, Sintya Arlinda Arsa; Ni, (2023) diagnosis tersebut muncul sebagai respons terhadap trauma bedah, kerusakan jaringan, serta perubahan fisiologis dan psikologis yang dialami pasien. :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi).

Definisi :

Pengalaman yang melibatkan indra atau emosi yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang nyata atau yang berfungsi, dengan awal yang cepat atau perlahan dan intensitas dari ringan sampai berat yang berlangsung tidak lebih dari 3 bulan.

Penyebab :

1. Agen pencedera fisik (mis, inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (mis, terbakar, bahan kimia iritan)
3. Agen pencedera fisik (mis, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)

Gejala dan tanda mayor

Subjek : mengeluh nyeri

Objektif :

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri)

3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Gejala dan tanda minor

Subjektif : tidak tersedia

Objektif :

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri

- b. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur infasif.

Definisi :

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor risiko :

1. Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)
2. Efek prosedur invasif
3. Malnutrisi
4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Definisi :

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

Penyebab :

1. Kerusakan integritas struktur tulang
2. Perubahan metabolisme
3. Ketidakbugaran fisik
4. Penurunan kendali otot
5. Penurunan massa otot
6. Penurunan kekuatan otot
7. Keterlambatan perkembangan
8. Kekuatan sendi
9. Kontraktur
10. Malnutrisi
11. Gangguan muskuloskeletal
12. Gangguan neuromuskular
13. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
14. Efek agen farmakologis
15. Program pembatasan gerak
16. Nyeri
17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
18. Kecemasan
19. Gangguan kognitif
20. Keengganan melakukan pergerakan
21. Gangguan sensoripersepsi

Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif :

1. Kekuatan otot menurun
2. Rentang gerak (rom)

Gejala dan tanda minor :

Subjektif :

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Objektif :

1. Sendi kaku
2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik lemah

2.2.3. Perencanaan

**Tabel 2.1 Perencanaan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi
Laparotomi Apendisitis Akut (SDKI, SLKI, SIKI, 2017)**

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi). (D.0077)	Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama 2x9 jam diharapkan tingkat nyeri (L.08066) klien menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Frekuensi nadi membaik 	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi b. Identifikasi respon nyeri non-verbal c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> d. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri e. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri f. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> g. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

			h. Jelaskan strategi meredakan nyeri i. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu.
2.	Risiko infeksi berhubungan dengan (D.0142)	Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama 2x9 jam diharapkan tingkat infeksi (L.08066) klien menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Kebersihan tangan meningkat - Kebersihan badan meningkat - Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun. - Kadar sel darah putih meningkat 	Pencegahan infeksi (I.14539) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> b) Batasi jumlah pengunjung c) Berikan perawatan kulit pada area edema d) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien. e) Pertahanan teknik asptic pada klien beresiko tinggi. Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> f) Jelaskan tanda dan gejala infeksi g) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar. h) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none"> i) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
3.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan (D.0054)	Setelah dilakukan Asuhan keperawatan selama 2x9 jam diharapkan mobilitas fisik (L.05042) klien meningkat dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Nyeri menurun 	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi : <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : <ul style="list-style-type: none"> c) Fasilitasi melakukan pergerakan, bila perlu

- Kecemasan menurun
- Kelemahan fisik menurun
- d) Libatkan keluarga untuk membantu pasien.
- Edukasi :
 - e) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
 - f) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

2.2.4. Pelaksanaan

Implementasi merupakan tahap pelaksanaan dari rencana intervensi keperawatan yang bertujuan untuk membantu klien mencapai tujuan spesifik, seperti peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan, dan dukungan koping. Dalam praktiknya, implementasi keperawatan dilakukan oleh perawat berdasarkan rencana yang telah disusun, dan harus mengikuti Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai panduan agar tindakan yang dilakukan konsisten, aman, dan sesuai standar pelayanan (Purba, 2020).

Pada fase implementasi, perawat mendampingi klien dalam merefleksikan intervensi atau rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan skala prioritas yang disepakati bersama. Pendampingan ini bertujuan untuk memastikan bahwa tindakan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan tujuan klien. Selanjutnya, pada tahap evaluasi, perawat berperan membimbing klien dalam menilai hasil intervensi dan membantu klien menentukan tujuan berikutnya berdasarkan identifikasi masalah yang masih ada atau muncul kembali (Purba, 2020).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap penting dalam proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk menilai respons pasien terhadap intervensi yang telah diberikan. Proses ini mencakup peninjauan ulang terhadap efektivitas tindakan keperawatan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Pada fase pasca operasi, evaluasi dilakukan dengan membandingkan hasil yang dicapai dengan kriteria keberhasilan, yang didokumentasikan menggunakan pendekatan sistematis melalui format SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan). (Wahyudha, 2022).

2.3. Konsep Nyeri Akut Pada Pasien Post Op Laparatomy atas Indikasi Apendisitis Akut

2.3.1. Pengertian Nyeri Akut

Nyeri adalah bentuk gangguan kenyamanan yang menyebabkan sensor tidak menyenangkan dan emosi yang berkaitan. Nyeri menyebabkan kesulitan dan pengganggu dari berbagai penyakit manapun. Nyeri menjadi salah satu tanda dan gejala dalam proses patologis, dimana nyeri sebagai provokatif penghasil ketidaknyamanan atau penderitaan (Dewi, 2022).

2.3.2. Nyeri Akut pada Pasien Post op Laparatomi atas Indikasi Apendisitis Akut

Nyeri akut yang sering terjadi setelah operasi laparatomi karena apendisitis adalah kondisi yang perlu ditangani secara tepat guna mendukung proses penyembuhan pasien. Rasa nyeri ini umumnya muncul akibat kerusakan jaringan akibat tindakan bedah, reaksi peradangan, serta rangsangan pada saraf di sekitar lokasi sayatan (Nadianti & Minardo, 2023)

2.3.3. Pengukuran Skala Nyeri

skala pengukuran nyeri menurut Agency For Health Policy Dan Reseach (AHCPR) terdiri dari :

- a. Skala wajah Wong-Baker/ Wong-Baker Faces Rating Scale

Skala wajah Wong-Baker umumnya digunakan untuk menilai nyeri pada anak-anak berusia di bawah tujuh tahun. Dalam metode ini, pasien diminta memilih ilustrasi wajah yang paling menggambarkan tingkat nyeri yang dirasakan. Setiap gambar menunjukkan ekspresi emosional yang berbeda—mulai dari wajah tersenyum hingga menangis—dan masing-masing diberi skor

numerik dari 0 hingga 5 sebagai representasi intensitas nyeri. (Oktavia et al., 2022)

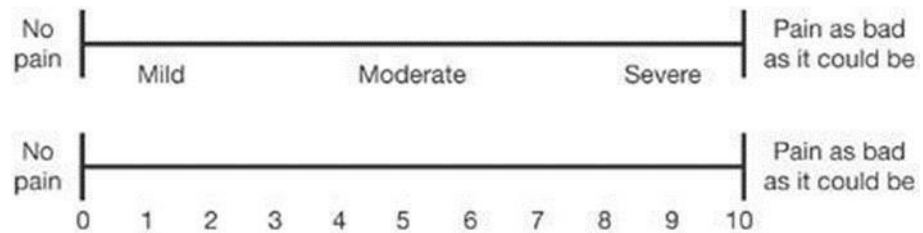


Gambar 2.1 Skala Wajah Wong-baker

b. Skala analog visual / Visual Analogue Scale (VAS)

Skala Analog Visual (VAS) merupakan alat ukur nyeri berupa garis lurus tanpa subdivisi, dengan label verbal di kedua ujungnya yang merepresentasikan intensitas nyeri dari ringan hingga sangat berat. Skala ini memberikan keleluasaan penuh bagi pasien untuk menunjukkan tingkat nyeri yang dirasakan secara lebih fleksibel dan sensitif dibandingkan metode yang membatasi pilihan pada angka atau kata tertentu. Efektivitas VAS sangat bergantung pada kemudahan penggunaan dan pemahaman pasien terhadap instrumen, sehingga desain skala harus praktis dan tidak memakan waktu lama saat diisi.

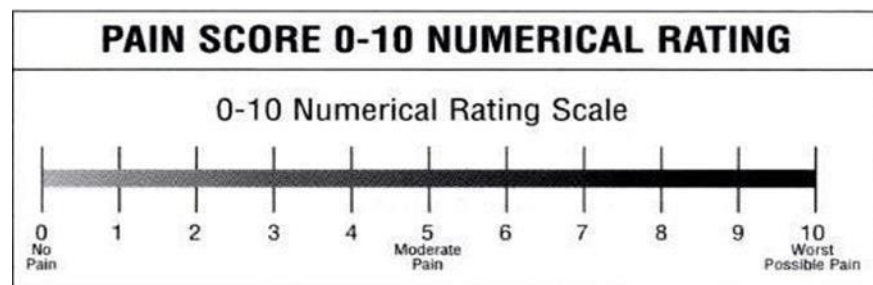
Selain sebagai alat untuk menilai tingkat keparahan nyeri, skala deskriptif juga berperan dalam mengevaluasi perubahan kondisi klinis pasien secara berkelanjutan. Perawat dapat memanfaatkannya setelah pemberian terapi atau saat gejala memburuk, untuk mengidentifikasi adanya peningkatan atau penurunan intensitas nyeri secara akurat. Kepekaan VAS terhadap perubahan nyeri menjadikannya alat yang bermanfaat dalam pemantauan hasil intervensi keperawatan dan pengambilan keputusan klinis. (Oktavia et al., 2022)



Gambar 2.2 Skala Analog Visual/Visual Analog Scale

c. Skala Penilaian Numerik / Numeric Rating Scale

Skala ini memanfaatkan rentang angka mulai dari 0 hingga 10 sebagai indikator intensitas nyeri yang dirasakan pasien. Angka terendah (0) menunjukkan tidak adanya nyeri, sedangkan angka tertinggi (10) merepresentasikan nyeri paling berat yang dapat dialami. Pendekatan ini memungkinkan pengukuran yang sistematis dan mudah dipahami dalam menilai tingkat keparahan nyeri secara subjektif. (Oktavia et al., 2022).



Gambar 2.3 Skala Penilaian Numerik / Numeric Rating Scale

2.3.4. Penatalaksanaan Nyeri Akut Pada Pasien Post operasi Laparatomi Atas Indikasi Apendisititis

Menurut SIKI (2017) Manajemen Nyeri (I.08238) :

Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri non verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i) Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- a) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain)

- Relaksasi Napas Dalam

Teknik relaksasi napas dalam merupakan intervensi keperawatan nonfarmakologis yang efektif untuk mengurangi nyeri, terutama nyeri pascaoperasi. Metode ini bekerja dengan merilekskan ketegangan otot dan menurunkan stimulasi nyeri melalui pengaturan pola napas yang lambat, dalam, dan berirama. Pasien dianjurkan untuk melakukan pernapasan abdomen sambil memejamkan mata dan bernapas perlahan agar tercipta rasa nyaman dan tenang. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa teknik ini tidak hanya menurunkan intensitas nyeri, tetapi juga mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan pasien secara keseluruhan (Widianti, 2020).

- Relaksasi Genggam Jari

Teknik relaksasi genggam jari, atau finger hold, adalah metode sederhana namun efektif yang digunakan untuk mengurangi intensitas nyeri, terutama pada pasien pascaoperasi. Teknik ini bekerja dengan cara menggenggam setiap jari tangan secara bergantian sambil melakukan napas dalam dan perlahan. Setiap jari dipercaya terhubung dengan saluran energi tubuh (meridian), dan dengan memberikan tekanan lembut, teknik ini membantu melancarkan aliran energi, meredakan ketegangan fisik, serta menenangkan emosi. Penelitian menunjukkan bahwa finger hold dapat menurunkan skala nyeri secara signifikan dan meningkatkan kenyamanan pasien (Larasati & Hidayati, 2022). Terapi relaksasi genggam jari merupakan teknik nonfarmakologis yang dilakukan untuk membantu menurunkan intensitas nyeri. Terapi ini dilakukan dengan menggenggam setiap jari tangan secara bergantian selama kurang lebih 3 menit per jari, sehingga total waktu pelaksanaan sekitar 30 menit per sesi. Terapi diberikan sebanyak tiga kali sehari atau kapan pun pasien mengeluh nyeri, dan dilakukan selama tiga hari berturut-turut. Pemberian terapi ini dijadwalkan satu jam sebelum pasien menerima obat injeksi ketorolac 30 mg, dengan tujuan meningkatkan efektivitas analgesik dan membantu pasien mencapai relaksasi fisik serta emosional. Setelah setiap sesi terapi, dilakukan evaluasi untuk menilai respons pasien terhadap terapi dan hasilnya didokumentasikan secara sistematis sebagai bagian dari proses asuhan keperawatan (Wati & Ernawati, 2020).

- b) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- a) Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2.3.5. Edukasi Penangan Nyeri Pada Pasien Post Op Laparatomy Atas Indikasi Apendisitis Akut

Menurut SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) PPNI (2018) edukasi yang di berikan pada pasien dengan nyeri yaitu :

- a. Menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri
- b. Menjelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- d. Menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- e. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri