

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar Apendisitis

2.1.1 Defenisi

Apendisitis adalah suatu proses inflamasi akut atau kronis yang terjadi pada Apendiks vermiformis akibat tersumbatnya rongga Apendiks. Peradangan tersebut terjadi akibat infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme yang menembus submukosa Apendiks dan akhirnya menutupi seluruh lapisan dinding (Yulis, 2023).

2.1.2 Etiologi

Menurut Andra dan Yessie (2019) dalam Ariani (2020) penyebab Apendisitis adalah :

- 1) Ulkus pada mukosa
- 2) Penyumbatan usus besar akibat feses (fekalit)
- 3) Tumor
- 4) Penyempitan akibat fibrosis pada dinding usus

Sjamsuhidayat & De Jong (2012) dalam Ibrahim (2019) menyatakan, kebiasaan makan rendah serat dan efek sembelit berperan penting dalam terjadinya Apendisitis. Sembelit meningkatkan tekanan intrasekal, menyebabkan obstruksi sekum fungsional dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon. Hal ini memudahkan timbulnya Apendisitis.

2.1.3 Klasifikasi

Smeltzer (2018) dalam Yusmini (2023) menyatakan pembagian Apendisitis ialah:

1) Apendisitis Akut

a) Apendisitis Akut Sederhana (*Cataral Apendisitis*)

Proses peradangan baru terjadi di mukosa serta sub mukosa disebabkan obstruksi. Sekresi mukosa menumpuk pada lumen Apendiks dan terjadi peningkatan tekanan pada lumen yang merusak sirkulasi limfe, mukosa Apendiks menjadi tebal, bengkak, dan kemerahan. Tanda-tanda diawali dengan rasa nyeri pada daerah umbilikus, mual, muntah, anoreksia, malaise, dan demam ringan. Di Apendisitis *Cataral* terjadi leukositosis serta Apendiks terlihat normal, hiperemia, edema, serta tidak terdapat eksudat serosa.

b) Apendisitis Akut Purulenta (*Purulent Apendisitis*)

Tekanan pada lumen yang terus bertambah disertai edema mengakibatkan terbungungnya sirkulasi vena di dinding Apendiks serta menyebabkan trombosis. Keadaan ini memperberat iskemia serta edema di Apendiks. Mikroorganisme yang terdapat pada usus besar berinvansi ke dalam dinding Apendiks mengakibatkan infeksi serosa akibatnya serosa menjadi suram sebab dilapisi eksudat serta fibrin. Apendiks terjadi edema, hiperemia, serta pada dalam lumen ada eksudat fibrinopurulen. Digejalai dengan rangsangan peritoneum

lokal mirip nyeri tekan, nyeri lepas pada titik *Mc Burney*, serta nyeri di gerak aktif serta pasif.

c) Apendisitis Akut Gangrenosa

Jika tekanan pada lumen terus bertambah, sirkulasi darah arteri mulai terganggu sehingga terjadi infark serta ganggren. Selain ditemukan tanda-tanda supuratif, Apendiks mengalami gangren di bagian tertentu. Dinding Apendiks berwarna ungu, hijau keabuan atau merah kehitaman. Di Apendisitis akut gangrenosa terdapat mikroporasi serta kenaikan cairan peritoneal yang purulen.

d) Apendisitis Infiltrat

Apendisitis infiltrat ialah proses radang Apendiks yang penyebarannya dibatasi oleh omentum, usus halus, sekum, kolon serta peritoneum sebagai akibatnya menghasilkan gumpalan massa flegmon yang menempel erat satu dengan yang lainnya.

e) Apendisitis Abses

Apendisitis abses terjadi jika massa lokal yang terbentuk berisi nanah (pus), umumnya pada fossa iliaka kanan, lateral dari sekum, retrocaecal, subcaecal, serta pelvic.

f) Apendisitis Perforasi

Apendisitis perforasi ialah pecahnya Apendiks yang telah ganggren menyebabkan pus masuk ke pada rongga perut sehingga terjadi peritonitis umum. Di dinding Apendiks tampak wilayah perforasi dilingkupi oleh jaringan nekrotik. Phan (2023) menyatakan

pasien dengan radang Apendiks yang mengalami perforasi memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi daripada yang tidak memiliki perforasi.

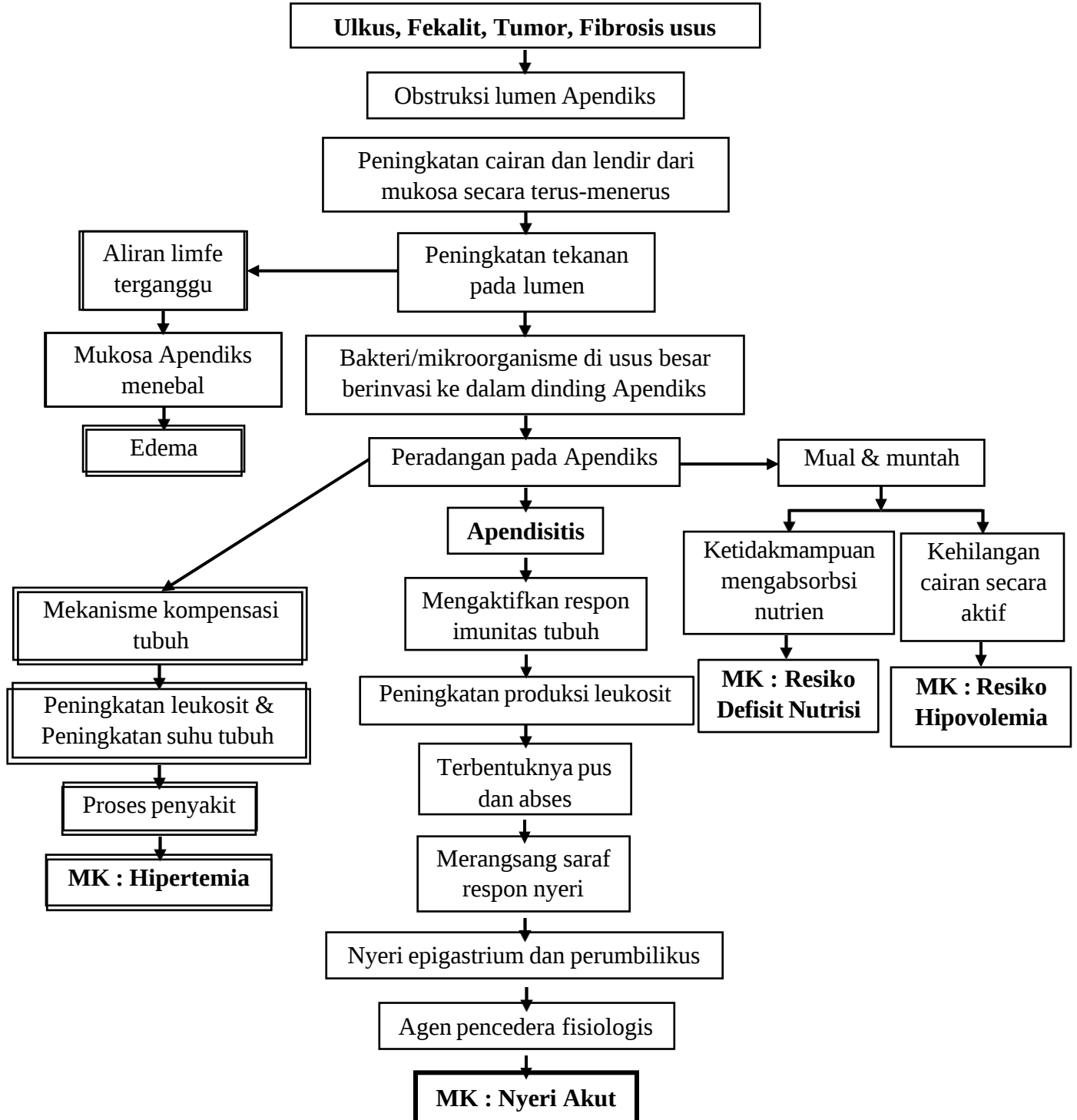
2) Apendisitis Kronik

Apendisitis kronik ialah nyeri perut kanan bawah lebih dari 2 minggu, radang kronik Apendiks secara makroskopik serta mikroskopik, dan keluhan menghilang sesudah Apendiktomi. Kriteria mikroskopik Apendiks merupakan fibrosis menyeluruh dinding Apendiks, adanya jaringan parut serta ulkus lama pada mukosa, dan infiltrasi sel inflamasi.

2.1.4 Patosiologi

Apendisitis umumnya disebabkan adanya penyumbatan lumen Apendiks yang bisa diakibatkan oleh fekalit/atau apendikolit, ulkus pada mukosa, tumor, penyempitan akibat fibrosis pada dinding usus. Hambatan lumen yang terjadi mendukung perkembangan bakteri serta sekresi mukus sehingga mengakibatkan distensi lumen serta peningkatan tekanan dinding lumen. Tekanan yang semakin tinggi akan merusak aliran limfe sehingga menyebabkan edema, diapedesis bakteri serta pulserasi mukosa. Sekresi mukus yang terus berlanjut serta tekanan yang terus semakin tinggi mengakibatkan obsruksi vena, peningkatan edema, dan pertumbuhan bakteri yang menyebabkan Apendisitis. Peradangan yang muncul meluas serta mengenai pritoneum sehingga timbul nyeri daerah kanan bawah (Hanifah, 2019) dalam (Mitha, 2022).

Gambar 2.1 Pathway / Patofisiologi Apendisitis



Sumber : Ariani (2020) dan SDKI (2017)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Ilda (2020) klien yang mengalami Apendisitis mengalami gejala klinis seperti :

- 1) Nyeri lepas dan tekan di daerah perumbilikus menjalar ke kuadran kanan bawah, nyeri bertambah jika beraktivitas.
- 2) Demam tinggi
- 3) Mual dan muntah
- 4) Malaise
- 5) Anoreksia
- 6) Konstipasi

2.1.6 Komplikasi

Albert (2016) dalam Lisa (2023) menyatakan Apendisitis dapat menyebabkan komplikasi sebagai berikut :

- 1) Abses

Terdapat pus pada Apendiks yang teraba lunak pada daerah pelvis dan kuadran kanan bawah.

- 2) Perforasi

Pecahnya pus pada Apendiks yang menyebabkan bakteri menyebar ke rongga perut.

- 3) Peritonitis

Peradangan peritoneum yang terjadi dalam bentuk akut maupun kronis, ditandai dengan rasa nyeri perut, muntah dan demam.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien dengan Apendisitis adalah :

1) Operasi

Bila diagnosa sudah ditegakkan maka tindakan yang dilakukan adalah operasi membuang Apendiks (Apendektomi). Penundaan operasi dengan pemberian antibiotik dapat menyebabkan abses dan perforasi. Jika terjadi abses, dilakukan drainase untuk mengeluarkan nanah.

2) Pemberian antibiotik untuk mencegah infeksi dan cairan IV sampai pembedahan dilakukan.

3) Pemberian analgesik setelah diagnosa ditegakkan (Putu dkk, 2023).

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada radang Apendiks Saputro (2018) dalam (Ariani,2020) adalah :

1) Pemeriksaan fisik :

a) Inspeksi : Adanya pembengkakan pada rongga perut, dimana dinding perut terasa distensi (mengencang).

b) Palpasi : Nyeri tekan pada kuadran abdomen lower dextra dan bila tekanan dilepaskan juga terasa nyeri (tanda Blumberg)

c) Bila kaki kanan digerakkan dan paha difleksikan kuat/kaki diangkat, nyeri perut bertambah parah (tanda Proas).

d) Suhu rektal lebih tinggi dari suhu aksila semakin mendukung adanya radang usus buntu.

2) Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan leukosit hingga 10.000- 18.000/mm³. Jika lebih dari itu, maka kemungkinan Apendisitis sudah mengalami perforasi.

3) Pemeriksaan Radiologi

- a) USG, ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada Apendiks
- b) CT-Scan, ditemukan bagian yang menyilang dengan fekalit dan perluasan dari Apendiks yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran sekum.

2.2 Konsep Dasar Post Operasi Apendisitis

2.2.1 Defenisi

Apendiktomi merupakan pengangkatan Apendiks yang terimplamasi dengan mekanisme atau pendekatan endoskopi. Saat diagnosa Apendisitis sudah ditetapkan, maka perlu diadakan operasi Apendiktomi. Tindakan Apendiktomi wajib dilakukan beberapa jam setelah diagnosis ditegakkan serta umumnya dikerjakan melalui insisi kuadran kanan bawah (Hanifah & Evi, 2019) dalam (Mitha, 2022).

2.2.2 Etiologi

Operasi Apendisitis menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan, hal ini mempengaruhi sensitivitas ujung saraf, kemudian merangsang jaringan untuk mengaktifkan pelepasan zat-zat kimia sebagai respon, inilah

penyebab nyeri akut post operasi Apendisitis (Potter dan Perry, 2015) dalam (Andari, 2021).

2.2.3 Klasifikasi

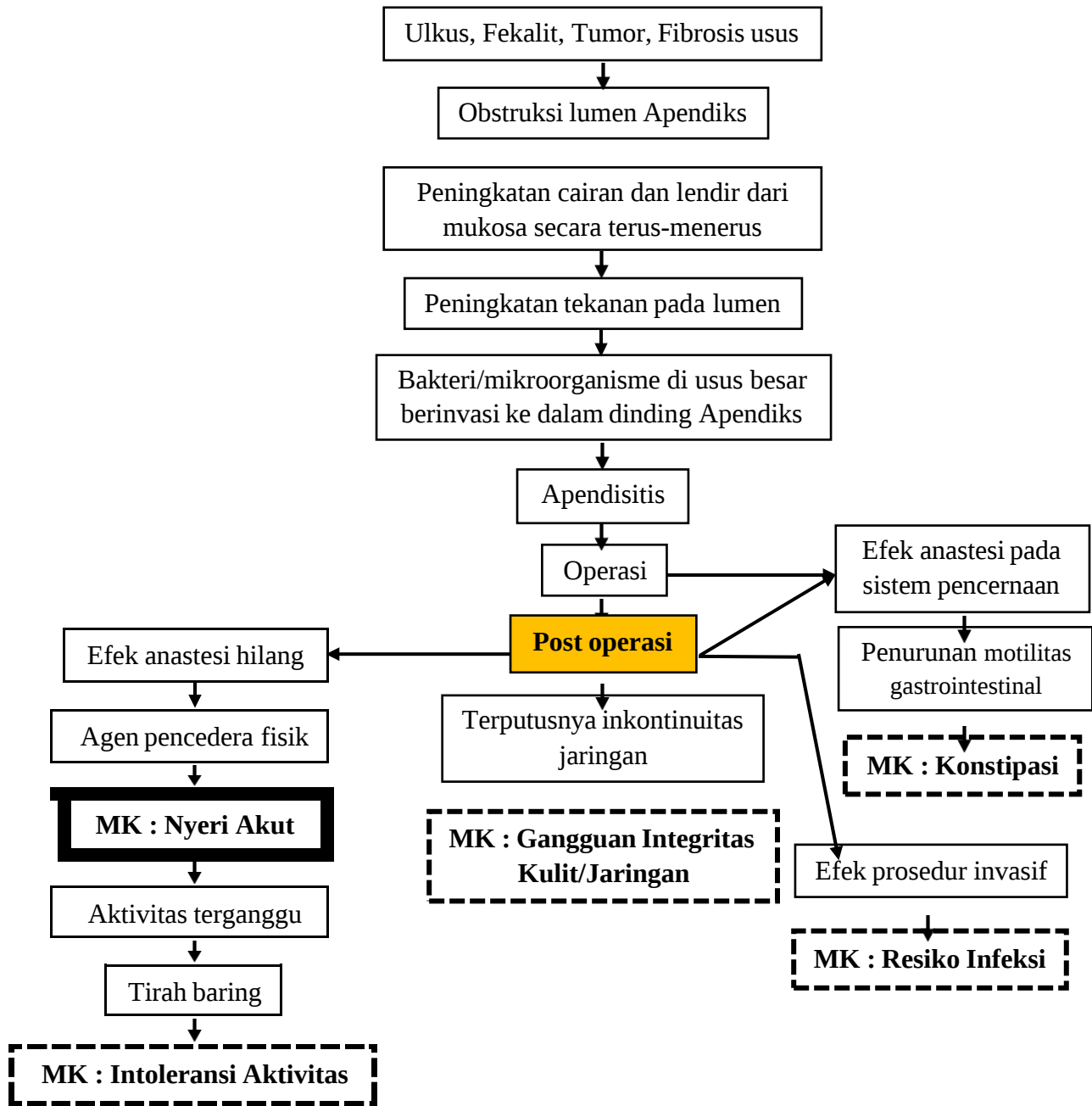
Adapun klasifikasi dari operasi Apendisitis adalah :

- 1) Appendectomy Cito (Apendiks akut, perforasi, abses)
- 2) Appendectomy Elektif (Apendiks kronik)
- 3) Konservatif kemudian operasi elektif (Apendiks infiltrate) (Manurung, 2018) dalam (Ariani. 2020)

2.2.4 Patofisiologi

Apendektomi merupakan tindakan untuk mengatasi Apendisitis. Dengan pembedahan maka akan menimbulkan luka insisi dan kerusakan akibat terputusnya jaringan dan stimulasi ujung serabut saraf oleh zat-zat kimia yang dikeluarkan selama iskemia jaringan yang disebabkan oleh pembedahan berdampak pada terganggunya suplai darah. Akibat terjadi spasme otot, sirkulasi darah terganggu kemudian terjadi pelepasan prostaglandin dan akan menstimulasi nyeri, diantarkan oleh saraf khusus yang berperan sebagai reseptor, pendeteksi stimulus, penguat dan penghantar menuju saraf pusat. Kemudian menghasilkan rekonstruksi susunan saraf pusat tentang influksi nyeri yang diterima dan pasien akan merasakan nyeri hebat. Lokasi pembedahan mempunyai efek yang sangat penting yang hanya dapat dirasakan oleh pasien yang mengalami nyeri akut post Apendisitis (Mandjoer, 2018) dalam (Evi, 2019).

Gambar 2.2 Pathway / Patofisiologi Post Operasi Apendisitis



Sumber : (Hanifah, 2019) dalam (Mitha, 2022) dan SDKI (2017)

2.2.5 Manifestasi Klinis

Menurut Wijaya dan Putri (2013) dalam Andari (2021) klien yang menjalani operasi Apendisitis mengalami gejala klinis antara lain:

- a) Perubahan tanda-tanda vital
- b) Nyeri pada luka operasi
- c) Integritas kulit rusak
- d) Kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri
- e) Sembelit dan terkadang diare sering terjadi.

2.2.6 Komplikasi

Post operasi Apendisitis dapat menyebabkan komplikasi seperti abses pasca operasi, hematoma, serta infeksi pada luka jika tidak dilakukan perawatan steril. Apendiktomi yang menyisakan Apendiks terlalu panjang dapat menyebabkan Apendisitis berulang. Bila tidak diobati, Apendisitis bisa mengakibatkan pembentukan abses dengan berkembangnya fistula enterokutaneus. Peritonitis difus serta sepsis pula dapat terjadi, yang bisa berkembang menjadi morbiditas yang signifikan dan hingga kematian (Jones, 2023) dalam (Ns.Putu, 2023).

2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pasien post operasi Apendisitis :

- 1) Observasi TTV
- 2) Pemberian infuse ringer laktat
- 3) Pemberian terapi antibiotik
- 4) Pemberian terapi analgesik

- 5) Lepaskan selang lambung saat pasien sadar untuk menghindari aspirasi cairan lambung.
- 6) Tempatkan pasien dalam posisi semi-Fowler.
- 7) Seorang pasien dikatakan baik bila tidak muncul masalah dalam waktu 12 jam, selama pasien berpuasa.
- 8) Jika operasinya besar, misalnya perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal.
- 9) Berikan minuman mulai 15 ml/jam selama 4-5 jam lalu tambahkan 30 ml/jam. Berikan makanan yang disaring keesokan harinya dan makanan lunak selama hari berikutnya.
- 10) Sehari setelah operasi, pasien diminta duduk di tempat tidur selama 2 x 30 menit.
- 11) Pada hari kedua, pasien dapat berdiri dan duduk.
- 12) Pada hari ke 7 jahitan sudah bisa dilepas dan pasien bisa pulang (Mitha, 2022).

2.3 Konsep Dasar Nyeri Akut

2.3.1 Definisi Nyeri Akut

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)

Kurtin dan Funtio (2019) dalam (Widya dkk, 2024) menjelaskan nyeri sebagai sensasi sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang

disebabkan oleh cedera jaringan aktual atau prospektif. Nyeri juga dapat diartikan sebagai pengalaman sensorik multifaset dimana kejadian ini dapat bervariasi dalam hal waktu (sementara, intermiten persisten) kekuatan (ringan, sedang dan berat), kualitas (tumpul, seperti terbakar, akut, dan dispersi (dangkal atau dilisensikan atau tersebar).

2.3.2 Etiologi Nyeri Akut

Penyebab Nyeri Akut yaitu : agen pencedera fisiologis (mis. infarmasi, lakemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis.abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (SDKI DPP PPNI, 2017).

2.3.3 Manifestasi Nyeri Akut

Menurut (SDKI DPP PPNI, 2018), data mayor dan data minor pada Nyeri Akut antara lain :

Tabel 2.1 Tanda dan Gejala Nyeri Akut Berdasarkan SDKI

Data	Subjektif	Objektif
Mayor	(Tidak tersedia)	Tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur
Minor	(Tidak tersedia)	Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

2.3.4 Pengukuran Skala Nyeri Akut

Jones (2023) dalam Ns.Putu (2023) menyatakan pengukuran skala nyeri akut sebagai berikut :

1) *Numerical Rating Scale* (Skala Numerik Angka)

Pasien menunjukkan intensitas nyeri berdasarkan angka 0-10. Skor 0 berarti tidak nyeri, skor 1-3 berarti nyeri ringan, skor 4-5 berarti nyeri sedang, dan skor 7-10 berarti nyeri berat yang tidak tertahankan. Metode ini digunakan untuk mengetahui berbagai perubahan skala nyeri dan juga mengevaluasi reaksi pasien terhadap terapi yang diberikan.

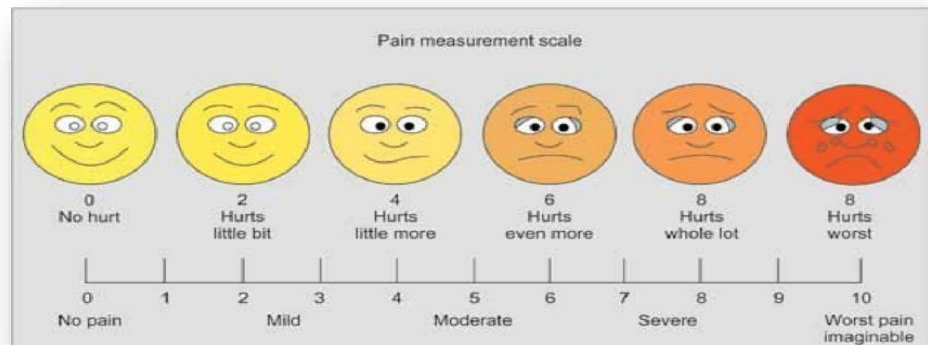
Gambar 2.3 *Numerical Rating Scale*



2) *Wong-Baker Faces Scale* (Skala Wajah)

Pasien diarahkan melihat skala gambar wajah. Gambar pertama tidak nyeri, kedua sedikit nyeri dan selanjutnya lebih nyeri dan gambar paling akhir, adalah orang dengan ekspresi nyeri yang sangat berat. Setelah itu, pasien disuruh menunjuk gambar yang cocok dengan nyeri yang dirasakan.

Gambar 2.4 Wong-Baker Faces Scale



2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Yang Mengalami Post Operasi Apendisitis

2.4.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Saputro (2018) dalam (Ariani, 2020) fokus pengkajian pada klien pasca operasi Apendisitis antara lain :

1) Identitas

Identitas klien pasca operasi Apendisitis yang menjadi pengkajian dasar meliputi: nama, umur, jenis kelamin, nomor rekam medis, tanggal masuk rumah sakit, pekerjaan, umur, dan agama.

2) Keluhan utama

Berisi keluhan utama pasien saat dikaji, klien pasca operasi Apendisitis biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi karena ada kerusakan integritas kulit akibat terputusnya kontinuitas jaringan.

3) Riwayat penyakit

a) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat Penyakit Sekarang ditemukan saat pengkajian yaitu diuraikan dari masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian. Keluhan sekarang dikaji dengan menggunakan PQRST (*Provokatif* yaitu pemicu terjadinya nyeri dikarenakan apa, *Quality* yaitu nyeri yang dirasakan klien berbeda-beda, *Region* daerah nyeri yang dirasakan oleh klien, *Severities cale* yaitu nyeri mempunyai skala yang berbeda-beda sesuai dengan skala yang ditunjuk klien (skala 0-10) and *Time* nyeri terjadi mempunyai waktu sendiri). Klien yang telah menjalani operasi Apendisitis pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi, yang semakin parah seiring bila digerakkan atau ditekan dan umumnya berkurang setelah diberi obat dan diistirahatkan. Selain menggunakan metode PQRST, metode *Numerical Rating Scale* dan *Wong-Baker Face Scale* juga sering digunakan untuk mengkaji skala nyeri.

b) Riwayat Penyakit Sebelumnya

Termasuk riwayat kesehatan masa lalu, apakah mempengaruhi radang Apendiks Anda saat ini, dan apakah klien telah pernah dioperasi sebelumnya.

c) Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti penderita radang Apendiks, keberadaan

penyakit keturunan atau infeksi dan penyakit menular dalam keluarga juga dinilai.

d) Riwayat Psikologis

Secara umum klien dengan pasca operasi Apendisitis tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi psikologis. Namun kelima konsep diri klien (*body image*, identitas diri, fungsi peran, ideal diri, dan harga diri) masih perlu diobservasi.

e) Riwayat Sosial

Klien dengan pasca operasi Apendisitis tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosial dengan orang lain, akan tetapi harus dibandingkan hubungan sosial klien antara sebelum dan sesudah menjalani operasi.

f) Riwayat Spiritual

Pada umumnya klien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas begitu pula dalam hal ibadah. Perlu dikaji mengenai persepsi klien terhadap penyakitnya dan keinginan atau motivasi untuk kesembuhan.

4) Kebiasaan Sehari-hari

Klien yang menjalani operasi pengangkatan Apendiks pada umumnya mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri yang akut dan kelemahan. Klien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri. Klien akan mengalami pembatasan masukan oral sampai fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Kemungkinan klien

akan mengalami mual muntah dan konstipasi pada periode awal pasca operasi karena pengaruh anastesi. Intake oral dapat mulai diberikan setelah fungsi pencernaan kembali ke dalam rentang normalnya. Klien juga dapat mengalami penurunan haluaran urin karena adanya pembatasan masukan oral. Pola istirahat klien dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakan.

5) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Klien post Apendiktomi mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam ketika klien kembali dari ruang operasi, penampilannya menunjukkan sakit ringan sampai berat tergantung periode akut rasa nyeri. Tanda vital (TD, suhu tubuh, respirasi, nadi) umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan akibat pecahnya usus buntu.

b) Pemeriksaan Fisik

(1) Inspeksi : Adanya tanda pembengkakan (swelling), rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).

(2) Palpasi : Dibagian perut kanan bawah akan terasa nyeri (Blumbeng Sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis Apendisitis akut.

(3) Dengan tindakan tungkai dan paha kanan ditebuk kuat / tungkai di angkat tingi-tinggi, maka rasa nyeri akan semakin parah (Psoas Sign).

(4) Suhu dubur atau rectal yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang Apendiks.

6) Sistem pernapasan

Pasca operasi Apendisitis akan mengalami laju pernapasan menurun atau meningkat (takipnea) dan pernapasan menjadi dangkal, bergantung pada area mana dan rentang yang dapat ditoleransi oleh pasien.

7) Sistem Kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stress dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisian kapiler biasanya normal, kondisi konjungtiva dikaji, adanya sianosis dan auskultasi bunyi jantung juga dievaluasi.

8) Sistem Pencernaan

Adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpasi. Klien pasca operasi usus buntu sering mengeluh mual, muntah, konstipasi pada periode awal pasca operasi, dan penurunan bising usus. Akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi.

9) Sistem Perkemihan

Awal post operasi klien akan mengalami penurunan jumlah output urin, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post Apendiktomi. Output urin akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

10) Sistem Muskuloskeletal

Secara umum, klien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan kekakuan. Kekuatan otot secara bertahap meningkat seiring dengan menurunnya intoleransi aktivitas.

11) Sistem Integumen

Selanjutnya akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas insisi pada bagian operasi disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik saat dilakukan perawatan luka yang tepat dan mobilisasi sering dan terpantau.

12) Sistem Persarafan

Pengkajian fungsi persarafan meliputi: tingkat kesadaran, saraf kranial dan reflek untuk menganalisis ada tidaknya kekakuan otot karena tidak dilakukan mobilisasi dini dan secara bertahap dengan baik.

13) Sistem Pendengaran

Pengkajian yang dilakukan meliputi: bentuk dan kesimetrisan telinga, ada tidaknya peradangan dan fungsi pendengaran.

14) Sistem Endokrin

Klien post Apendiktomi tidak mengalami kelainan fungsi endokrin. Akan tetapi tetap perlu dikaji keadekuatan fungsi endokrin (tiroid dan lain-lain).

15) Pemeriksaan Laboratorium

Di lihat dari kenaikan leukosit 10.000-18.000/mm³, bila lebih maka sudah terjadi perforasi. Normalnya tidak terjadinya peningkatan leukosit melebihi batas normal.

16) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan USG Normal : Tidak tampak ada peradangan pada bagian Mc. Burney.

b) Foto polos Normal : Tidak tampak ada kelainan pada organ.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI, diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan post operasi Apendisitis adalah :

- 1) (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur.
- 2) (D.0056) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring dibuktikan dengan merasa lemah, merasa tidak nyaman saat beraktivitas, dan dispnea saat/setelah beraktivitas.
- 3) (D.0142) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.
- 4) (D.0129) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas jaringan dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.
- 5) (D.0049) Konstipasi Penurunan berhubungan dengan motilitas gastrointestinal dibuktikan dengan pengeluaran fases lama dan sulit.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang dapat dilakukan berdasarkan diagnosis adalah sebagai berikut :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	(D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Tingkat Nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil : 1) Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2) Keluhan nyeri menurun 3) Meringis menurun 4) Sikap protektif menurun 5) Gelisah menurun 6) Kesulitan tidur menurun 7) Frekuensi nadi membaik 8) Pola napas membaik 9) Tekanan darah membaik 10) Fokus membaik 11) Pola tidur membaik	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respon nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5) Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, relaksasi nafas dalam, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) Edukasi 7) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 8) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 9) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi 10) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2	(D.0056) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan	Manajemen Energi (I.05178) Observasi

	dibuktikan dengan merasa lemah, merasa tidak nyaman saat beraktivitas, dan dispnea saat/setelah beraktivitas	Toleransi Aktivitas (L.05047) menurun dengan kriteria hasil : 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 3) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 4) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 5) Keluhan lelah menurun 6) Perasaan lemah menurun 7) Tekanan darah membaik 8) Frekuensi napas membaik	1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional 3) Monitor pola dan jam tidur 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misalnya: cahaya, suara, kunjungan) 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 9) Anjurkan tirah baring 10) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 11) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 12) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
3	(D.0142) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Tingkat Infeksi (L.14137) menurun dengan kriteria hasil : 1) Kebersihan tangan meningkat 2) Kebersihan tangan meningkat 3) Demam menurun 4) Kemerahan menurun 5) Nyeri menurun 6) Bengkak menurun 7) Periode malaise menurun 8) Periode menggigil 9) Kadar sel darah putih membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 2) Batasi jumlah pengunjung 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 5) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 6) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

			Kolaborasi Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
4	(D.0129) Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan terputusnya inkontinuitas dibuktikan dengan kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) membaik dengan kriteria hasil : 1) Kerusakan jaringan menurun 2) Kerusakan lapisan kulit menurun 3) Nyeri menurun 4) Kemerahan menurun 5) Hematoma menurun 6) Pigmentasi abnormal menurun 7) Abrasi kornea menurun 8) Suhu kulit membaik 9) Tekstur membaik 10) Pertumbuhan rambut membaik	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1) Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau) 2) Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 3) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4) Bersihkan jaringan nekrotik 5) Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6) Pasang balutan sesuai jenis luka 7) Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 8) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien Edukasi 10) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 11) Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 12) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 13) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
5	(D.0049) Konstipasi Penurunan berhubungan dengan motilitas gastrointestinal dibuktikan dengan pengeluaran feses lama dan sulit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam maka diharapkan Eliminasi Fekal (L.04033) membaik dengan kriteria hasil : 1) Kontrol pengeluaran feses meningkat 2) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3) Mengejan saat defekasi menurun 4) Distensi abdomen menurun	Manajemen Eliminasi Fekal (I.04151) Observasi 1) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencabar 2) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal 3) Monitor buang air besar (mis: warna, frekuensi, konsistensi, volume) 4) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi

		5) Konsistensi feses membaik 6) Frekuensi defekasi membaik 7) Peristaltik usus membaik	Terapeutik 5) Berikan air hangat setelah makan 6) Sediakan makanan tinggi serat Edukasi 7) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus 8) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses 9) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, sesuai toleransi 10) Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat 11) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi Kolaborasi 12) Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, jika perlu
--	--	--	---

(Sumber : Tim Pokja SDKI PPNI, 2017; Tim Pokja SIKI PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI PPNI, 2019)

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan bagian keempat dari proses keperawatan setelah penyusunan rencana keperawatan. Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien beralih dari masalah kesehatan yang dihadapinya ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Secara teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan proses keperawatan. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien selalu didasarkan pada intervensi yang dikembangkan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI PPNI, 2017).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi tahap penilaian atau evaluasi merupakan perbandingan kesehatan klien secara sistematis dan terencana untuk menetapkan tujuan, yang dilakukan secara berkesinambungan dengan klien, keluarga dan tenaga kesehatan profesional lainnya. Tujuan penilaian adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan, disesuaikan dengan kriteria kinerja pada tahap perencanaan. Ada dua jenis evaluasi yaitu :

a) Evaluasi formatif (proses)

Evaluasi formatif menitikberatkan pada berjalannya proses keperawatan dan hasil kerja keperawatan. Penilaian formatif ini dilakukan segera setelah perawat melaksanakan rencana perawatan untuk mengevaluasi efektivitas tindakan keperawatan yang dilaksanakan. Desain penilaian formatif ini mencakup empat komponen yang dikenal dengan SOAP, yaitu subjektif, objektif, analisis data, dan desain.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif hasil keluhan klien.
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi perawat.
- 3) A (analisis): Masalah dan diagnosis klien dianalisis atau diselidiki berdasarkan data subjektif dan objektif .
- 4) P (perencanaan) : Merencanakan kembali perkembangan kegiatan pengobatan, baik saat ini maupun yang akan datang, dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan klien.

b) Evaluasi Sumatif (hasil)

Evaluasi Sumatif merupakan penilaian yang dilakukan setelah seluruh kegiatan proses keperawatan selesai. tindakan untuk mengevaluasi dan memantau kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Ada 3 kemungkinan pengkajian terkait pencapaian tujuan keperawatan yaitu. :

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai standar yang ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah terselesaikan sebagian atau jika klien menunjukkan perubahan pada salah satu kriteria yang ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau belum terselesaikan bila klien hanya menunjukkan perubahan kecil dan tidak ada menunjukkan kemajuan sama sekali.

Evaluasi merupakan ukuran intelektual penyelesaian proses keperawatan yang menunjukkan sejauh mana diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan implementasi telah berhasil dicapai. Tujuan dari penilaian adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilakukan dengan membangun hubungan dengan klien berdasarkan bagaimana dia merespon perawatan yang diberikan agar perawat dapat mengambil keputusan (Adinda, 2019).