BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Relaksasi Benson

1. Defenisi Relaksasi Benson

Teknik relaksasi Benson adalah metode relaksasi yang dikembangkan oleh Dr. Herbert Benson pada tahun 1970-an. Teknik ini dikenal sebagai cara sederhana untuk membantu tubuh dan pikiran menjadi lebih rileks. Relaksasi benson bertujuan untuk mengurangi stres, kecemasan, serta keluhan fisk akibat stres (Herien, 2024).

Relaksasi Benson merupakan salah satu metode relaksasi yang menggabungkan teknik pernapasan dengan unsur keyakinan. Teknik ini dilakukan dengan mengucapkan kata, doa, atau ungkapan tertentu secara berulang agar muncul sugesti positif yang dapat membantu mengurangi rasa tidak nyaman. Relaksasi Benson menggabungkan teknik relaksasi tubuh dengan unsur keyakinan, dengan menyebutkan nama Tuhan atau kata kata yang menengkan sesuai kepercayaan agama pasien (Zefrianto dkk., 2024).

2. Tujuan Relaksasi Benson

Tujuan relaksasi Benson yaitu mengurangi tingkat kecemasan khusunya pada pasien pre operasi, menurunkan tingkat nyeri, membantu mengatasi gangguan tidur, dan membantu mengontrol fisiologi tubuh akibat stres. Adapaun manfaat yang dapat dirasakan setelah melakukan terapi relaksasi benson yaitu penurunan tekanan darah, menurunkan skala nyeri, mengatasi kecemasan dan stress, mengatasi gangguan tidur, dan dapat menenangkan pikiran (Suwanda., 2020).

3. Jenis-Jenis Relaksasi

Dalam menurunkan kecemasan pasca operasi *apendiktomi* dapat dilakukan dengan mengajarkan pasien tentang teknik relaksasi menurut (Abdullah dkk., 2024) adapun jenis jenis relaksasi yaitu:

a. Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Pernapasan abdomen lambat, berirama, dan nyaman yang menstimulasi saraf otonom untuk mengurangi respon simpatis dan nyeri.

b. Relaksasi Otot Progresif

Teknik merelaksasikan kelompok otot tertentu untuk menghilangkan ketegangan fisik dan kecemasan.

c. Relaksasi Benson

Teknik yang menggabungkan teknik pernapasan dengan keyakinan (doa atau fokus kata tertentu sesuai kepercayaan agama) teknik ini dilakukan untuk menciptakan lingkungan internal yang rileks.

d. Visualisasi Relaksasi (*Guided Imagery)*

Membayangkan tempat atau situasi yang menenangkan untuk mengalihkan perhatian dari nyeri.

e. Relaksasi Musik

Relaksasi ini dilakukan dengan penggunaan instrumen, untuk menurunkan kecemasan, mengurangi respon simpatis dan nyeri.

4. Indikasi dan Kontraindikasi Relaksasi Benson

a. Indikasi

Terapi relaksasi Benson, yang dikenal juga sebagai relaxation respons (RR), merupakan teknik relaksasi yang digunakan untuk membantu mengurangi stres dan kecemasan serta meningkatkan kesehatan fisik dan mental. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), terapi relaksasi benson dapat diterapkan pada beberapa kondisi, seperti gangguan tidur, hipertensi, nyeri kronis, serta gangguan psikosomatik (Dewi, 2022**).**

b. Kontraindikasi

1) Gangguan psikiatri berat
2) Penurunan kesadaran atau kondisi kritis
3) Gangguan pernapasan berat
4) Nyeri hebat yang tidak terkontrol

5. Standar Operasional Prosedure

Teknik relaksasi benson adalah sebuah metode untuk mengurangi stres, kecemasan, dan nyeri dengan melibatkan pernapasan, doa, atau kata-kata positif, dan visualisasi. Berikut adalah bentuk dan jenis prosedur teknik relaksasi benson meliputi (Latifah, 2023):

a. Persiapan lingkungan dan Klien yaitu dengan cara: Identifikasi Tingkat nyeri klien, Kaji kesiapan dan persiapan klien, Berikan penjelasan tentang terapi relaksasi Benson, Minta klien mempersiapkan mengucapkan kalimat sesuai kepercayaan, Ciptakan lingkungan yang nyaman di sekitar klien
b. Persiapan Alat yang dibutuhkan berupa: Jam tangan, Catatan perkembangan pasien, Buku kecil dan alat tulis
c. Tahap Orientasi: Memberikan salam dan memperkenalkan diri,
d. Menjelaskan tujuan dan prosedur
    1) Pasien diatur dalam senyaman mungkin, baik dengan cara duduk atau berbaring agar tidak menggangu pikiran pasien
    2) Pasien dibimbing agar memejamkan mata dengan rileks dan tidak mengerahkan tenaga yang dapat menggangu pikiran
    3) Pasien dianjurkan agar mampu melemaskan kepala, leher, Pundak, dan otot otot tubuh sampai keadaannya rileks.
    4) Posisi lengan dan tangan pada keadaan rileks dan senyaman mungkin serta pasien dianjurkan untuk tidak memegang lutu, kaki atau mengaitkan kedua tangan dengan erat.
    5) Pasien dianjurkan untuk memilih kata yang akan diucapkan sesuai dengan keyakinannya.
    6) Menganjurkan pasien untuk menarik napas melalui hidung secara perlahan, pusatkan kesadaran pasien pada pengembangan perut tahanlah napas sebentar sampai hitungan ketiga. Lakukan selama 10-20 menit.
    7) Setelah hitungan ketiga keluarkan napas melalui mulut secara perlahan lahan sambil mengucapkan istighfar dan diulang ulang dalam hati selama mengeluarkan napas dalam tersebut.
    8) Menganjurkan pasien untuk mempertahankan sifat pasif. Sifat pasif merupakan aspek penting dalam membangkitkan respon relaksasi, anjurkan pasien untuk tetap berpikir tenang
e. Fase Terminasi yang dilakukan dengan mengobservasi skala nyeri setelah intervensi dan ucapkan salam dilanjutkan dengan dokumentasi.

B. Konsep Masalah Keperawatan Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri adalah kondisi yang tidak menyenangkan dan subjektif yang disebabkan oleh kerusakan jaringan aktual dan potensial yang tidak menyenangkan dan terlokasi secara destruktif pada suatu bagian tubuh, menyebabkan seperti ditusuk, terbakar, atau melilit jaringan (Restu & Indah, 2025).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Nyeri Akut Adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintentesitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan yang tidak menyenangkan, bersifat sangat subjektif. Perasaan nyeri pada setiap orang berbeda dalam hal skala atau pun tingkatannya, dan hanya orang tersebut yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya (SDKI DPP PPNI, 2016).

Internasional association for the study of pain mengatakan bahwa nyeri adalah suatu sensor yang tidak menyenangkan, dan pengalaman emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang potensial atau actual. Nyeri sering muncul bersamaan dengan suatu penyakit, pemeriksaan, atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan dialami lebih banyak orang dibandingkan masalah kesehatan lainnya. Biasanya, nyeri muncul sebagai tanda adanya gangguan dalam tubuh, di mana saraf sensorik nyeri terpicu dan menimbulkan rasa tidak nyaman, stres, atau penderitaan. Dalam keperawatan, nyeri didefinisikan sebagai apa pun yang dirasakan menyakitkan oleh seseorang, dan dianggap ada kapan pun individu tersebut mengatakan ia merasakannya (Nurhafinah & Sari, 2022).

2. Etiologi Nyeri

Penyebab nyeri dapat digolongkan menjadi dua yaitu nyeri yang berhubungan dengan fisik dan nyeri yang berhubungan dengan psikis. Nyeri yang disebabkan oleh faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan

bukan pada fisik, melainkan terjadi akibat adanya trauma yang dialami pada psikologis yang berpengaruh pada fisik (Nurhafinah & Sari, 2022).

3. Klasifikasi Nyeri

Klasifikasi, dan derajat nyeri merupakan alat penting dalam penilaian, dan pengelolaan nyeri. Klasifikasi nyeri membantu dalam memahami sifat, penyebab, dan karakteristik nyeri, serta memberikan Gambaran tentang tingakat keparahan nyeri yang dialami. (Sumarsih, 2023). Nyeri dapat digolongkan berdasarkan beberapa kelompok antara lain:

a. Berdasrkan Waktu Nyeri

1) Nyeri Akut

Nyeri akut adalah jenis nyeri yang muncul secara tiba-tiba sebagai reaksi langsung terhadap cedera atau penyakit. Biasanya berlangsung dalam waktu singkat, terasa tajam, jelas Lokasi sumbernya, dan sering ditandai dengan gejala inflamasi seperti kemerahan, dan pembengkakan.

2) Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah rasa sakit yang berlangsung lebih dari 3 bulan, atau lebih lama dari waktu penyembuhan yang seharusnya. Rasa sakit ini bisa muncul terus- menerus atau datang, dan pergi, dan dapat juga menjadi masalah yang menetap dalam aktivitas sehari-hari. Nyeri kronis biasanya melibatkan hal- hal fisik, emosional, dan sosial yang kompleks.

b. Berdasarkan Mekanisme Nyeri

1) Nyeri Nokiseptif

Nyeri nokiseptif muncul ketika reseptor nyeri (nokiseptor) pada jaringan mengirimkan sinyal ke system saraf pusat sebagai reaksi terhadap adanya kerusakan jaringan, misalnya akibat cedera ataupun proses peradangan.

2) Nyeri Neuropatik

Nyeri ini terjadi ketika muncul kerusakan atau defungsi pada system saraf pusat, atau perifer. Nyeri ini dapat menimbulkan sensasi terbakar, kesemutan, atau rasa sakit yang menusuk, dan tajam.

3) Nyeri Psikologis

Nyeri psikologis berkaitan dengan factor psikologis, seperti stress, merasakan cemas, atau bisa juga menyebabkan depresi. Nyeri ini tidak memiliki dasar fisik yang jelas, dan sulit untuk dijelaskan secara objektif.

c. Berdasarkan Lokasi

1) Nyeri Somatik

Nyeri somatik muncul karena disebabkan jaringan tubuh, tulang otot, tulang, dan kulit. Nyeri ini biasanya terlokalisasi dengan baik, dan dapat dirasakan sebagai tumpul, tajam, atau menusuk.

2) Nyeri Viskeral

Nyeri ini dapat terjadi didalam organ tubuh, seperti jantung, ginjal, atau lambung, nyeri ini sering kali bersifat tumpul atau perasaan tertekan, dan sulit untuk diidentifikasi dengan jelas dimana lokasi tersebut terjadi.

d. Derajat Nyeri

1) Nyeri Ringan

Nyeri ringan adalah nyeri dengan Tingkat intensitas yang lebih tinggi dari nyeri ringan. Secara objektif, pasien tampak meringis atau menyeringai, dapat menunjukan Lokasi nyeri serta menggambarkan, dan masih mampu mengikuti intruksi dengan baik.

2) Nyeri sedang

Nyeri sedang memiliki tingkat intensitas yang lebih tinggi dari nyeri ringan. Secara objektif, pasien tampak meringis atau menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri serta menggambarkannya, dan masih mampu mengikuti instruksi dengan baik.

3) Nyeri berat

Nyeri berat adalah nyeri yang muncul sangat intens. Secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tetapi masih berespon terkait tindakan, mampu menunjukkan tempat nyeri

namun tidak mampu menjelaskannya, tidak dapat diatasi dengan mengubah posisi atau melakukan nafas dalam.

4. Tanda dan Gejala Nyeri
   a. Mengeluarkan suara seperti meringis, merintih, atau menarik napas panjang.
   b. Menunjukkan ekspresi wajah yang tampak menahan sakit.
   c. Melakukan gerakan seperti menggigit bibir atau lidah, mengatupkan gigi, mengerutkan dahi, serta menutup atau membuka mata dan mulut dengan kuat.
   d. Memperlihatkan gerakan tubuh gelisah, berjalan mondar-mandir, melakukan gerakan menggosok atau berulang, melindungi bagian tubuh tertentu, atau tubuh tampak kaku.
   e. Menjauhi percakapan dan kontak sosial, memusatkan perhatian pada aktivitas untuk mengurangi rasa sakit, serta mengalami disorientasi waktu.
5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi

   Menurut Murniati, Wulaningsih, ada sejumlah variable yang dapat mempengaruhi nyeri, antara lain:

   a. Usia

      Usia dapat mempengaruhi cara seseorang merespons rasa nyeri. Contohnya, anak kecil yang belum bisa bicara akan kesulitan menyampaikan atau menjelaskan rasa sakitnya, sedangkan orang lanjut usia mungkin memeilih untuk tidak memeberitahuakan nyeri yang mereks rasakan karena menganggap bahwa rasa sakit itu adalah sesuatu hal yang wajar di usia mereka.

   b. Jenis Kelamin

      Dalam banyakan situasi, pria dan wanita sebenarnya tidak memiliki perbedaan besar dalam cara mereka menghadapi nyeri. Hal ini di pengaruhi oleh budaya tertentu yang, misalnya, mengajarkan bahwa anak laki-laki harus kuat, tidak boleh mengatakan sakit, sedangkan perempuan boleh menangis dalam stuasi yang sama dalam berbagai

metode manejemen nyeri, seperti Latihan relaksasi, Teknik imajinasi terbimbing, dan pijat.

c. Ansietas

Walaupun ansietas kerap memperkuat persepsi terhadap nyeri, nyeri itu juga dapat menimbulkan ansietas. Komponen sistem limbik yang berfungsi mengendalikan emosi, khususnya ansietas, akan aktif ketika menerima rangsangan nyeri.

d. Genetik

Genetik informasi genetik yang diturunkan dari orang tua memungkinkan adanya peningkatan atau penurunan sensitivitas seseorang terhadap nyeri. Gen yang ada di dalam tubuh seseorang dibentuk dari kombinasi gen ayah dan ibu. Gen yang paling dominan yang akan menetukan kondisi dan psikologis seseorang (Murniati & Wulaningsih, 2025).

6. Pengkajian Awal Nyeri

a. *Onset (O)* merupakan waktu kapan nyeri mulai dirasakan pasien.
b. *Palliative/ Provocating (P)* merupakan informasi tentang penyebab nyeri dan apa yang menyebabkan nyeri semakin berat dirasakan pasien.
c. *Quality (Q)* merupakan kualitas nyeri yang dirasakan pasien atau seperti apa (bagaimana) nyeri yang dirasakan oleh pasien, seperti tertususk, panas, terbakar, tertindih, dan sebagainya.
d. *Region/Radiation (R)* merupakan lokasi dimana nyeri dirasakan oleh pasien dan jika terasa menyebar maka ke arah mana penyebaran rasa nyeri itu dirasakan.
e. *Severity (S)* merupakan intensitas nyeri yang dirasakan oleh pasien. Biasanya menggunakan skala dan derajat nyeri.
f. *Treatment (T)* merupakan informasi tentang proses pengobatan yang pernah dilakukan sebelumnya termasuk hasil pengobatan, efek samping, efektifitas obat dan juga obat-obat analgesik yang saat ini sedang digunakan.
g. *Understanding/impact of you (U)* merupakan informasi tentang pemahaman pasien terhadap rasa nyeri yang dirasakan dan juga

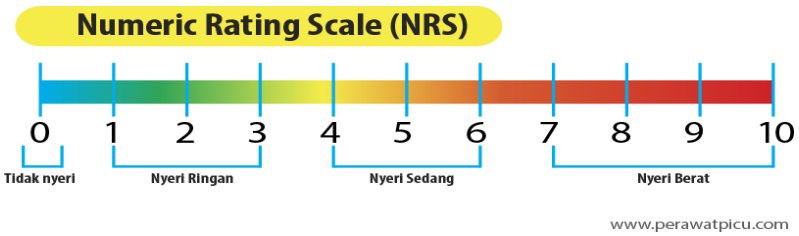
seberapa besar rasa nyeri tersebut memengaruhi aktivitas dan kegiatan pasien.

h. *Value (V)* merupakan informasi tentang penilaian pasien terhadap nyeri yang dirasakan, bagaimana harapan pasien tentang nyerinya, hasil yang diharapkan dan juga tentang pentingnya pengurangan rasa nyeri sampai hilang bagi pasien dan keluarganya.

7. Metode Pengukuran Nyeri

a. Skala Numerik

Skala nurematik *(numerical rating/NRS),* digunakan sebagai pengganti deskripsi verbal untuk menilai nyeri. Pada skala ini, pasien memberikan penilaian dari 0-10, dimana angka 0 berarti berarti tidak ada nyeri, dan angka 10 menunjukan nyeri paling berat yang dirasakan. Skala ini efektif untuk menilai intensitas nyeri sebelum, dan sesudah dilakukan intervensi terapeutik.



Gambar 2. 1 *Numerical Rating Scale*
Yulianingsih dkk., (2024)

Keterangan

0 : Tidak ada nyeri

1-3: Nyeri Ringan

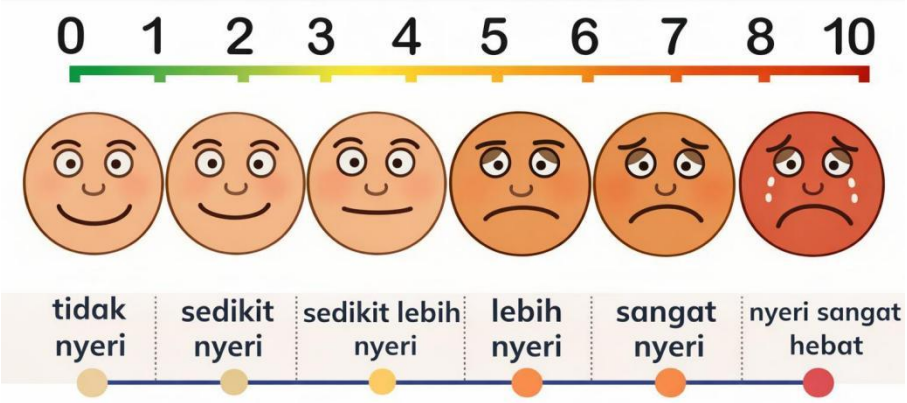
4-6: Nyeri Sedang

7-9: Nyeri berat, secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih merespon tindakan, tidak dapat menunjukan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikan nyeri, tidak dapat diatasi dengan ambil posisi nafas panjang dan distraksi.

10: Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi mendeskripsikan dimana lokasi nyeri yang sedang dialami.

b. Skala Wajah *(Wong Bakers Faces Paint Test)*

Skala wajah/skala analog visual *(wong baker faces pain rating scale)* merupakan skala yang mudah untuk dilakukan. Untuk mengetahui nyeri pada klien cukup hanya menggunakan ekspresi wajah saja, dan menggambarkan nyeri yang di rasakan oleh pasein. *Wong-baker faces pain ratingscale* merupakan metode mengkaji tingkat nyeri dengan cara melihat ekspresi wajah ketika nyeri dirasakan. Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, "tidak ada sakit" sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan "sakit terburuk". Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penelitian skala ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas.



Gambar 2. 2 Skala Wajah/Skala Analog Visual
Yulianingsih dkk., (2024)

Keterangan

0 : Tidak ada nyeri

1-3: Nyeri ringan, klien masih bisa menahan

4-6: Nyeri sedang, secara objektif klien medesis, menyeringai dapat menunjukan Lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9: Nyeri berat, secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih merespon tindakan, tidak dapat menunjukan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikan nyeri, tidak dapat diatasi dengan ambil posisi nafas panjang dan distraksi.

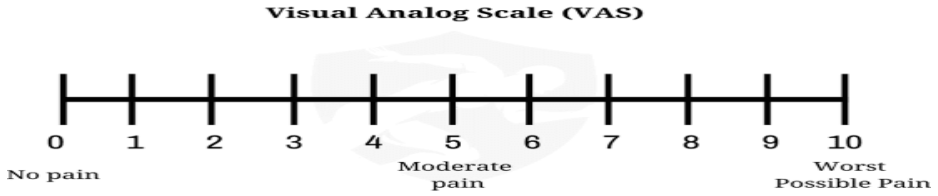
10: Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi mendeskripsikan dimana lokasi nyeri yang sedang dialami.

c. *Comperative Pain Scale*

Rasa nyeri yang dialami setiap orang berbeda-beda. Tingkat nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri ringan, sedang, dan berat, yang kemudian dikenal sebagai Skala Nyeri. Tenaga kesehatan perlu mengetahui seberapa besar nyeri yang dirasakan pasien. Informasi mengenai skala nyeri membantu mereka menilai tingkat keparahan penyakit, menegakkan diagnosis secara lebih tepat, merencanakan tindakan keperawatan atau pengobatan yang sesuai, serta mengevaluasi efektivitas perawatan atau terapi yang telah diberikan. (Yulianingsih dkk., 2024).

d. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Visual analogue scale (VAS) adalah alat pengukuran rasa nyeri, yaitu untuk mengukur intensitas/Tingkat nyeri yang dirasakn oleh pasein. *Visual analogue scale* (VAS) dilakukan dengan cara khusus yaitu membuat 10-15 cm garis, dimana setiap ujungnya ditandai dengan level intensitas nyeri. Ujung sebelah kiri diberi tanda tidak ada nyeri/ "*no pain",* dan ujung kanan diberi tanda nyeri hebat/ "*bad pain"*. dalam metode pengukuran ini pasien akan diminta menandai garis tersebut sesuai dengan level nyeri yang di rasakan. Selanjutnya jarak penandaan diukur dari batas kiri hingga pada tanda yang dibuat oleh pasien (ukuran mm), dan ini merupakan score yang menunjukkan level nyeri yang di rasakan oleh pasien. (Yulianingsihd dkk.,2024).



Gambar 2.3 *visual Analog Scale*

Yulianingsih dkk., (2024)

Keterangan:

Penilaian Tingkat nyeri dengan menggunakan skala nyeri 0-10 (*comparative pain scale*)

0 : Tidak ada nyeri, kondisi normal 1: Nyeri hampir tidak terasa

2 : Nyeri ringan tidak menyenangkan, mirip dengan cubitan kecil pada kulit.

3 : Nyeri yang masih dapat ditoleransi, terasa jelas seperti pukulan ringan pada hidung yang menyebabkan mimisan atau rasa nyeri saat disuntik

4 : Nyeri yang menyakitkan, kuat dan dalam, misalnya sakit gigi atau sengatan lebah.

5 : Nyeri sangat menyakitkan, kuat, dalam, serta menusuk, seperti saat pergelangan kaki terkilir.

6 : Nyeri intens, kuat dan menusuk hingga memengaruhi sebagian indera, menyebabkan sulit fokus dan menurunkan kemampuan berkomunikasi.

7 : Nyeri sangat intens yang mendominasi seluruh indera, membuat pasien sulit berkomunikasi dan tidak mampu merawat diri.

8 : Nyeri yang sangat parah hingga mengganggu kejernihan berpikir, bahkan dapat menimbulkan perubahan kepribadian bila berlangsung lama.

9 : Nyeri sangat menyiksa dan tak tertahankan, membuat pasien menuntut penghilang rasa sakit secepat mungkin tanpa peduli risiko.

10 : Nyeri luar biasa hebat hingga menyebabkan hilang kesadarannya. Umumnya pasien tidak mencapai tingkat ini karena biasanya sudah pingsan sebelumnya, misalnya pada cedera berat dengan kerusakan ekstrem pada anggota tubuh.

Dari sepuluh skala diatas dapat di kelompokan menjadi tiga kelompok yaitu:

1-3 : Nyeri ringan (masih dapat ditahan, aktivitas tidak terganggu).

4-6 : Nyeri sedang (menggangu aktivitas fisik).

7-10 : Nyeri berat (pasien umumnya tidak mampu beraktivitas mandiri).

C. Konsep Apendisitis

1. Defenisi Apendisitis

Apendisitis Merupakan peradangan yang terjadi pada usus buntu (Apendisitis), merupakan organ berbentuk kantong kecil atau tipis berukuran 5 hingga 10 cm yang terhubung dengan usus bawah, jika dibiarkan infeksi menjadi serius dan menyebabkan usus buntu pecah sehingga menimbulkan keluhan nyeri yang hebat hingga membahayakan nyawa penderitanya. Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat jaringan. Apendisitis salah satu kasus bedah abdomen yang paling sering terjadi, infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Khoiriyah, 2020). Apendisitis merupakan penyebab nyeri abdomen akut yang paling sering ditemukan dan memerlukan tindakan bedah mayor segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya. Penyakit ini dapat dijumpai semua usia namun paling sering pada usia 10-30 tahun, belum ada penyebab yang pasti atau spesifik pada penyakit ini tetapi ada faktor prediposisi yaitu hiperflasi dari folikel limfoid yang merupakan penyebab terbanyak dalam lumen apendiks adanya benda asing seperti cacing dan biji-bijian (Awaluddin, 2020).

Apendesitis paling umum disebabkan dari nyeri perut, apendesitis didefinisikan sebagai peradangan pada apendiks vermiformis (kantong cacing), apendesitis diduga disebabkan oleh obstruksi lumen apendiks, statis faecal, dan berbagai infeksi oleh pathogen. Usia yang paling umum terjadi antara 10-30 tahun, risiko terjadi seumur hidup lebih tinggi pada pria dengan persentase 8,6% dari pada wanita 6,7% . Penyakit apendisitis merupakan penyebab sakit perut yang parah di dunia yang berhubungan nyeri setelah operasi sakit perut yang akut sama dengan usus buntu akut memerlukan penanganan yang lebih awal. Apendisitis merupakan masalah yang serius

yang harus dicegah sedini mungkin dan salah satu cara untuk menyembuhkan apendisitis adalah dengan apendiktomi atau badah mayor pada apendiks. Tindakan operasi pada pasien apendisitis banyak menimbulkan dampak biopsikososial spiritual, salah satunya gangguan pola tidur yang dapat disebabkan oleh eberapa faktor misalnya nyeri pada luka post operasi, lingkungan yang kurang nyaman, kecemasan karena rasa nyeri post operasi (Veny dkk., 2020).

2. Etiologi

Apendisitis secara umum ditemui dalam rentang usia remaja hingga dewasa awal, diantara 20 hingga 30 tahun. Apendisitis juga bisa ditemui pada usia paruh baya, diantara 40 hingga 60 tahun (Akemah dkk., 2023). Mereka yang berada dalam rentang usia 20 hingga 30 tahun cenderung sibuk melaksanakan beragam kegiatan, yang membuat mereka kurang memperhatikan nutrisi makanan, situasi ini yang kemudian mempermudah apendisitis terjadi. Dampaknya mereka akan kesusahan buang air besar (BAB) sehingga meningkatkan tekanan dalam rongga usus sehingga kemudian mengakibatkan penyumbatan di apendiks sehingga meningkatkan tekanan dalam rongga usus sehingga kemudian mengakibatkan penyumbatan di apendiks. Kondisi ini terjadi terutama pada orang dewasa, bentuk apendiks cenderung menyempit di bagian proksimal (pangkal) dan melebar di bagian distal (ujung). Keadaan ini dapat menyebabkan penyumbatan di bagian proksimal sehingga tekanan di dalam lumen apendiks meningkat. Akibatnya kuman lebih berpindah dan jumlahnya dalam lumen apendiks bertambah. Hal tersebut mempermudah bakteri masuk ke lapisan mukosa, menimbulkan luka atau ulserasi pada mukosa, dan akhirnya menyebabkan terjadinya apendisitis (Cristie dkk.,2021)

Sani dkk., (2020) menjelaskan, Risiko dari apendisitis ditemui paling banyak terjadi pada laki-laki (72,2%) dibanding perempuan (27,8%). Situasi ini terjadi dikarenakan perempuan cenderung lebih banyak memakan makanan yang mengandung serat dibanding laki-laki. Kebiasaan untuk mengonsumsi makanan yang seratnya rendah akan mengakibatkan penyumbatan secara fungsional terhadap apendiks sekaligus meningkatkan

pertumbuhannya flora normal pada kolon. Laki- laki memiliki kecenderungan untuk mendapati inflamasi pada apendiks dikarenakan terdapatnya perubahan anatomis. Adapun pada dinding apendiks terdapat banyak kandungan jaringan limfoid serta untuk laki-laki ditemui memiliki lebih banyak proporsi jaringan limfoid dibanding perempuan. Hal ini dapat menjelaskan mengapa laki laki memiliki kemungkinan lebih tinggi mengalami apendisitis (Cristie dkk., 2021).

Gaya hidup maupun kesehatan juga terpengaruh oleh perkembangannya zaman, misalnya dalam hal minimnya makanan yang mengandung serat pada makanan sehari-hari, yang dianggap termasuk sebagai penyebab apendisitis. Secara umum pola makan yang buruk memiliki pengaruh pada pasien apendiktomi, seperti makanan yang kurang sehat, makan secara tidak teratur, kadar serat yang rendah, dakebiasaan mengonsumsi fast food (Putri, 2020). Mengonsumsi makanan yang rendah serat akan mengakibatkan pembentukan fekalit, dimana kemudian fekalit yang menumpuk menjadi penyebab obstruksi dalam lumen apendiks. Kemudian obstruksi ini menyebabkan penyumbatan fungsional terhadap lumen apendiks, yang kemudian membuat pertumbuhannya bakteri meningkat dan mempermudah apendiks mengalami peradangan (Novanto dkk., 2023).

3. Klasifikasi Apendisitis

Klasifikasi apendisitis terbagi menjadi dua yaitu sebagai berikut:

a. Apendisitis Akut adalah peradangan mendadak pada umbai cacing yang menimbulkan gejala khas. Kondisi ini dapat disertai atau tidak disertai dengan rangsangan peritoneum lokal. Awalnya, penderita merasakan nyeri yang tidak terlalu tajam dan tidak jelas dan bersifat samar diarea pusar, yang dikenal sebagai nyeri visceral. Gejala lain yang sering menyertai adalah mual, muntah, dan penurunan nafsu makan. Dalam beberapa jam, nyeri akan berpindah kebagian kanan perut bawah (McBurney) dan pada tahap ini, nyeri akan menjad lebih nyeri akan menjadi lebih tajam, lokasinya lebih jelas, dan bersifat nyeri somatik setempat.

b. Apendisitis kronis dapat ditegakkan diagnosis apabila terdapat nyeri perut kanan bawah yang berlangsung lebih dari dua minggu, serta ditemukan peradangan kronis pada apendisitis baik secara mikroskopik maupun makroskopik. Secara makroskopik, apendisitis kronis ditandai dengan adanya fibrosis menyeluruh pada dinding apendiks, terbentuknya jaringan parut dan ulkus lama pada mukosa, adanya sumbatan lumen apendiks baik sebagian maupun total, serta ditemukannya sel sel inflamasi kronis. Kejadian apendisitis kronis dilaporkan berkisar antara 1- 5% (Rhesa Putra, 2022).

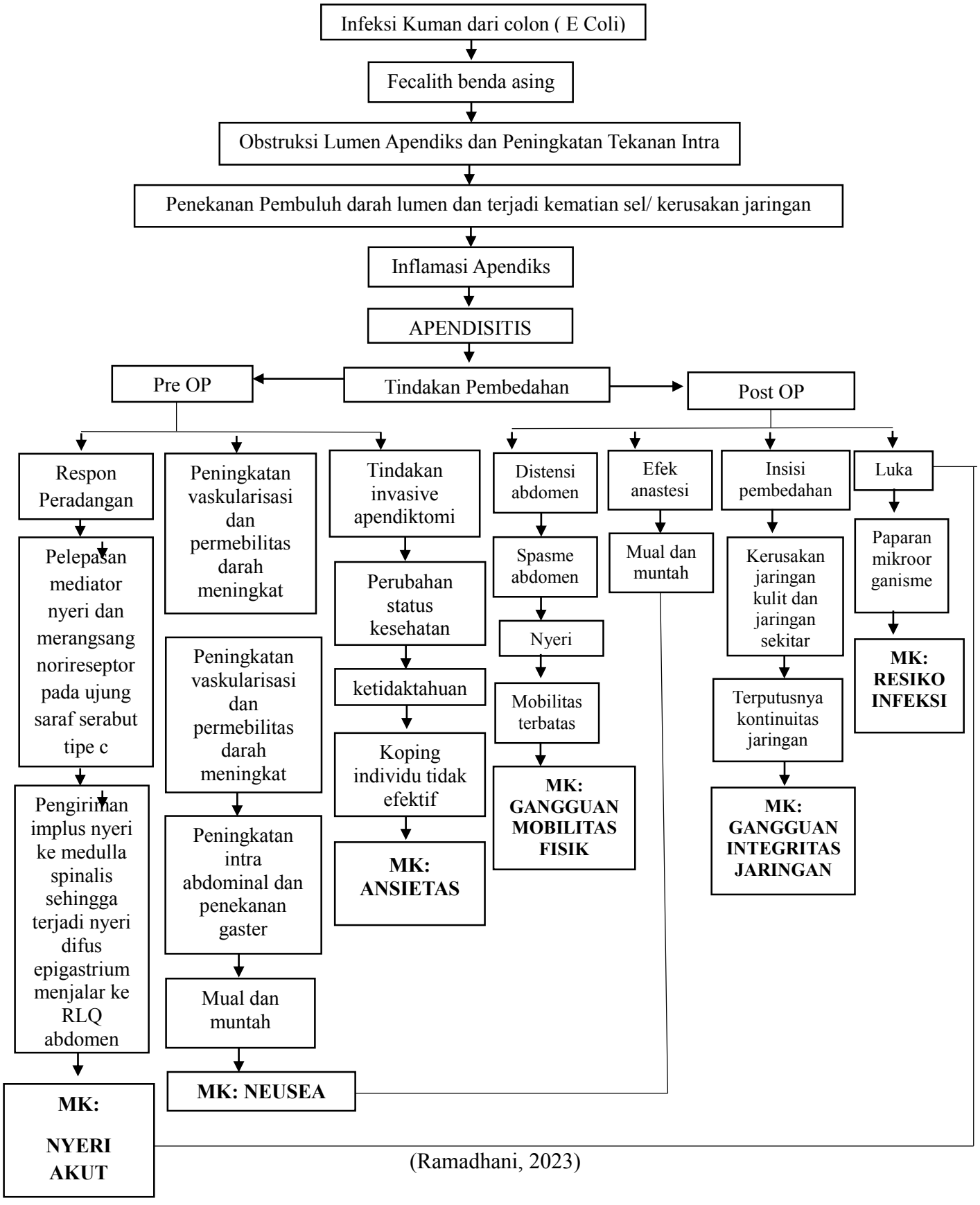
4. Patofisiologi

Penyumbatan pada apendiks dapat terjadi karena tinja yang mengeras, benda asing, pembesaran jaringan limfoid, atau adnya tumor yang masuk ke organ tersebut. Kondisi ini mnyebabkan penumpukan apendiks sehingga tekanan di dalamnya meningkat. Akibatnya, aliran darah menjadi terhambat dan menimbulkan pembengkakan (edema). Keadaan tersebut dapat memicu pertumbuhan bakteri di apendiks yang akhirnya dapat menyebabkan infeksi (Purnamayanti dkk., 2023).

Awal terjadinya apendisitis dimulai dari jaringan mukosa. Apendiks dapat menghasilkan sekret berupa lendir atau mukus, apabila terjadi obstruksi makanan akan menghambat mukus dan menumpuk didalam lumen apendiks, namun, karena kurangnya keelastisan dinding apendiks maka akan mengakibatkan meningkatnya tekanan intralumen yang menyebabkan oklusi pembuluh darah kecil dan statis limfatik sehingga berakibat menimbulkan dinding apendiks menjadi iskemik dan nekrotik. Selain itu, adanya pertumbuhan bakteri (aerob). Yang berlebih akan di dominasi oleh bakteri aerob dan anaerob (Midalina, 2023).

Jika arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium disebut dikenal dengan apendisitis ganggrenosa. Apabila dinding yang rapuh dipecah, akan mengakibatkan terjadi apendisitis perforasi. Apabila proses berjalan lambat, dapat menyebabkan

5. Pathway Apendisitis



(Ramadhani, 2023)

6. Manifestasi Klinis

Keluhan apendektomi dimulai dari nyeri di periumbilikus dan muntah dan rangsangan peritonium viseral. Dalam waktu 2-12 jam seiring dengan iritasi peritoneal, kerusakan integritas kulit, nyeri perut akan berpindah ke kuadran kanan bawah yang menetap dan diperberat dengan batuk dan berjalan. Nyeri akan semakin progeresif dan dengan pemeriksaan akan menunjukkan satu titik dengan nyeri maksimal. Gejala lain yang dapat ditemukan adalah anoreksia, malaise demam terlalu tinggi konstipasi diare, mual, dan muntah. Menurut Mawaddah, (2021), manifestasi klinis apendisitis meliputi:

a. Nyeri kuadran bawah biasanya disertai dengan demam derajat rendah, mual dan sering kali muntah.
b. 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.
c. Nyeri alih mungkin saja ada, letak apendiks mengakibatkan sejumah nyeri tekan, spasme otot, dan konstipasi atau diare kambuhan.
d. Tanda rovsing (dapat diketahui dengan mempalpasi kuadran kanan bawah, yang menyebabkan nyeri pada kuadran kiri bawah).
e. Jika terjadi rupture apendiks, maka nyeri akan menjadi lebih melebar, terjadi distensi abdomen akibat ileus paralitik dan kondisi memburuk.

7. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada apendisitis yaitu perforasi atau pecahnya usus buntu sehingga dapat meningkatkan resiko terjadinya peritonitis. Selain itu, bisa juga berbentuk abses berupa kumpulan nanah akibat infeksi, serta pylephlebitis portal atau pembekuan darah yang terinfeksi pada vena, yang disebabkan oleh penyebaran infeksi dari usus. Perforasi umumnya dapat terjadi sekitar 24 jam setelah nyeri mulai muncul. Gejala yang sering terlihat meliputi demam, kondisi tubuh tampak lemah atau toksik, nyeri tekan pada perut, mual dan muntah. Komplikasi yang lain meliputi syok sestik, dan ileus paraltik. Komplikasi menurut Elfira dkk., 2021 yaitu:

a. Perforasi adalah pecahnya apendik 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. Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,50C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositosis terutama polymorphonuclear (PMN).
b. Peritonitis adalah peradangan peritoneum, merupakan komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum menyebabkan timbulnya peritonitis umum.
c. Abses terbentuk di sekitar usus buntu yang pecah. Abses adalah kumpulan nanah yang terbentuk ketika tubuh mencoba melawan infeksi.

8. Penanganan Apendisitis
   a. Penatalaksanaan Medis

      Penatalaksanaan yang dilakukan sebaiknya konservatif dengan pemberian antibiotik dengan istirahat. Penatalaksanaan pembedahan hanya dilakukan jika dalam perawatan terjadi abses atau tanpa peritonitis.

      Penatalaksanaan apendisitis menurut Hidayat, yaitu:

      1) Pre Operasi
         a) Dilakukan pemasangan sonde lambung untuk dekompresi
         b) Pemasangan kateter untuk mengontrol produksi urine
         c) Rehidrasi
         d) Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi, dan diberikan secra intravena
         e) Obat-obatan penurun panas diberikan setelah rehidrasi secara intravena
         f) Jika demam, harus diturunkan terlebih dahulu sebelum diberi anastesi

2) Operasi
   a) Apendiktomi merupakan penatalaksanaan apendisitis yang dilakukan pengangkatan apendiks yang terinflamasi. Pada prosedur tersebut, insisi dilakukan pada bagian titik *Mc Burney*.
   b) Laparatomi merupakan prosedur yang membuat irisan ventrikal besar pada bagian dinding perut ke dalam rongga perut dan mencari sumber kelainan (eksplorasi). Setelah dilakukan dan ditemukan sumber kelainannya, akan dilanjutkan dengan tindakan yang spesifik sesuai dengan kelainan yang ditemukan.
   c) Laparoskopi merupakan teknik untuk melihat ke dalam rongga perut tanpa melakukan pembedahan besar, yang merupakan teknik bedah invasif minimal menggunakan alat-alat berdiameter kecil untuk menggantikan tangan dokter bedah melakukan prosedur pembedahan di dalam rongga perut.
3) Post operasi
   a) observasi tanda-tanda vital
   b) Angkat sonde lambung apabila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah. Lalu baringkan pasien dalam keadaan posisi semifowle
   c) Pasien dapat dikatakan dalam keadaan baik jika dalam 12 jam pasien dipuasakan dan hasil observasi normal.
   d) Bila dilakukan tindakan operasi lebih besar, misalnya pada peforasi puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal.
   e) Berikan minum mulai 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30ml/jam. Kemudian keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya dapat diberi makanan lunak.
   f) Satu hari post operasi dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit
   g) Hari ke-7 jika jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang

b. Penatalaksanaan Keperawatan

Tujuan penatalaksanaan keperawatan mencakup upaya dalam meredakan nyeri dengan tindakan non-farmakologis seperti kompres hangat/dingin, latihan nafas dalam dan relaksasi genggam jari, mencegah defesit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual, pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutrisi optimal.

Penatalaksanaan keperawatan pada pasien sebelum operasi yaitu siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai dari jalur intravena untuk antibiotik, memasangkan nasogatrik jika terdapat ileus paralitik dan jangan berikan laksatif (Nurul, 2023).

E. Konsep Asuhan Keperawatan Apendisitis

1. Pengkajian

Pengkajian identitas pasien dalam asuhan keperawatan tidak hanya sebagai data dasar, tetapi juga bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko yang dapat menimbulkan masalah atau gejala pada pasien apenisitis. Faktor seperti usia, jenis kelamin, dan pekerjaan dapat memengaruhi munculnya gejala seperti nyeri abdomen kanan bawah, mual, muntah, demam, serta penurun nafsu makan. Selain itu, kondisi fisik dan riwayat kesehatan pasien juga dapat meningkatkan risiko terjadinya kelelahan, keterbatasan aktivitas dan infeksi. Oleh karena itu, tujuan pengkajian identitas adalah untuk mengenali secara dini masalah keperawatan yang mungkin terjadi, seperti nyeri akut, resiko infeksi, gangguan mobilitas fisik dan gangguan integritas jaringan (SDKI PPNI 2020).

a. Pemeriksaan Fisik

Pada tahap awal radang usus buntu, hasil pemeriksaan fisik sering kali belum tampak jelas. Namun, seiring bertambahnya peradangan, mulai muncul tanda-tanda iritasi pada peritoneum (selaput rongga perut). Biasanya, pasien merasakan nyeri di perut kanan bawah, terutama saat ditekan pada titik McBurney, yaitu sekitar 1,5–2 inci dari spina iliaka anterior superior (SIAS) ke arah pusar pada garis lurus imajiner.

Meski demikian, tanda ini tidak hanya ditemukan pada radang usus buntu, karena kondisi lain juga dapat menimbulkan gejala serupa. Beberapa tanda klinis lain yang sering diperiksa antara lain tanda Dunphy, yaitu nyeri perut yang bertambah saat pasien batuk atau melakukan aktivitas yang meningkatkan tekanan di dalam perut. Tanda Rovsing ditandai dengan munculnya nyeri di perut kanan bawah ketika bagian kiri bawah perut ditekan. Selain itu, terdapat tanda psoas positif, yaitu nyeri di perut kanan bawah saat pinggul kanan diluruskan atau saat paha kanan ditekuk melawan tahanan. Nyeri ini terjadi karena otot psoas teriritasi oleh peradangan pada usus buntu. Untuk mengurangi rasa sakit, pasien biasanya akan menekuk pinggul agar otot psoas menjadi lebih pendek dan terasa lebih nyaman.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pre operasi

a. Nyeri akut berhubungan dengan adanya agen pencedera fisiologis, seperti peradangan (inflamasi). Kondisi ini ditandai dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, dan bersikap protektif, misalnya berhati-hati dalam bergerak atau memilih posisi tertentu untuk menghindari rasa sakit. Pasien juga dapat terlihat gelisah, mengalami peningkatan tekanan darah dan frekuensi nadi, sulit tidur, serta perubahan pola napas dan nafsu makan. Selain itu, proses berpikir dapat terganggu, pasien cenderung menarik diri, lebih fokus pada rasa sakit yang dirasakan, dan mengalami keringat berlebih (diaphoresis).
b. Nausea (mual) berhubungan dengan peningkatan tekanan di dalam rongga perut (intraabdominal). Gejala yang muncul antara lain keluhan mual, perasaan ingin muntah, dan tidak berminat untuk makan. Pasien juga dapat tampak gelisah, sulit tidur, denyut nadi meningkat, wajah terlihat pucat, serta mengalami keringat dingin.
c. Ansietas (kecemasan) berhubungan dengan krisis situasional atau kurangnya informasi tentang kondisi yang dialami dan tindakan operasi yang akan dilakukan. Tanda-tandanya meliputi perasaan bingung dan khawatir terhadap dampak penyakit atau prosedur operasi. Pasien juga

dapat sulit berkonsentrasi, tampak gelisah dan tegang, sulit tidur, serta mengalami peningkatan frekuensi napas, nadi, dan tekanan darah. Gejala lainnya dapat berupa keringat berlebih, tremor, wajah pucat, suara bergetar, dan kontak mata yang kurang baik.

Diagnosa keperawatan post operasi

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan keluhan nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi menigkat, tekanan darah meningkat, tremor, dan muka tampak pucat. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan adalah manajemen nyeri yang meliputi pemberian teknik nonfarmakologis seperti relaksasi (SIKI,2018). Salah satu teknik relaksasi yang efektif adalah relaksasi Benson. Teknik relaksasi Benson merupakan bagian dari intervensi manajemen nyeri secara nonfarmakologis yang dapat digunakan untuk menurunkan nyeri akut.
b. Gangguan mobilitas fisik dengan nyeri atau keinginan melakukan pergerakan ditandai dengan mengeluh takut menggerakkan ekstremitas dan nyeri saat bergerak.
c. Gangguan integritas jaringan kondisi ini ditandai dengan adanya luka operasi, nyeri pada area luka, kemerahan, pembengkakan dan adanya cairan atau perdarah