

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian Apendiksitis

Apendisitis adalah suatu proses obstruksi yang disebabkan oleh benda asing batu feses kemudian terjadi proses infeksi dan disusul oleh peradangan dari apendiks verivormis (Nugroho, 2011). Apendisitis merupakan peradangan yang berbahaya jika tidak ditangani segera bisa menyebabkan pecahnya lumen usus (Williams & Wilkins, 2011). Apendisitis adalah suatu peradangan yang berbentuk cacing yang berlokasi dekat ileosekal (Reksoprojo, 2010). Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing. Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Sjamsuhidajat, 2010).

2. Klasifikasi

Klasifikasi apendisitis menurut Nurafif & Kusuma (2013) terbagi menjadi 3 yaitu :

- a. Apendisitis akut, radang mendadak di umbai cacing yang memberikan tanda, disertai maupun tidak disertai rangsangan peritoneum lokal.
- b. Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut bagian kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama sembuh spontan.
- c. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah

lebih dari dua minggu (sumbatan di lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa), dan keluhan hilang setelah apendiktomi.

3. Etiologi

Apendiks merupakan organ yang belum diketahui fungsinya tetapi menghasilkan lender 1-2 ml perhari yang normalnya dicurahkan kedalam lumen dan selanjutnya mengalir kesekum. Hambatan aliran lender dimuara apendiks tampaknya berperan dalam pathogenesis apendiks (*Wim de jong et al*, 2005 dalam NIC-NOC, 2015).

- a. Apendiksitis akut merupakan infeksi yang disebabkan oleh bakteri dan factor pencetusnya disebabkan oleh sumbatan lumen apendiks. Selain itu hyperplasia jaringan limf, fikalit (tinja/batu), tumor apendiks dan cacing askaris yang dapat menyebabkan sumbatan dan juga erosi mukosa apendiks karena parasite (*E.histolytica*).
- b. Apendiksitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendiksitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun apendiksitis tidak pernah kembali kebentuk aslinya karena terjadi fibrosis dan jaringan parut.
- c. Apendiksitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik (fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa dan infiltrasi sel inflamasi kronik) dan keluhan menghilang setelah apendiktomi.

4. Patofisiologi

Apendisitis kemungkinan dimulai oleh obstruksi dari lumen yang disebabkan oleh feses yang terlibat atau fekalit. Sesuai dengan pengamatan epidemiologi bahwa apendisitis berhubungan dengan asupan makanan yang rendah serat. Pada stadium awal apendisitis, terlebih dahulu terjadi inflamasi mukosa. Inflamasi ini kemudian berlanjut ke submukosa dan melibatkan peritoneal. Cairan eksudat fibrinopurulent terbentuk pada permukaan serosa dan berlanjut ke beberapa permukaan peritoneal yang bersebelahan. Dalam stadium ini mukosa glandular yang nekrosis terkelupas ke dalam lumen yang menjadi distensi dengan pus. Akhirnya, arteri yang menyuplai apendiks menjadi bertrombosit dan apendiks yang kurang suplai darah menjadi nekrosis ke rongga peritoneal. Jika perforasi yang terjadi dibungkus oleh omentum, abses local akan terjadi (Burkit, Quick & Reed, 2007 dalam Lutfiana 2018).

5. Manifestasi Klinis

Gejala awal yang khas merupakan gejala klasik apendiksitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilicus atau periumbilikus. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah dan pada umunya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, ke titik Mc Burney. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatic setempat. Namun terkadang, tidak dirasakan adanya nyeri di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi.

Terkadang apendiksitis juga disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5 – 38,5 derajat celcius.

Selain gejala klasiik, ada beberapa gejala lain yang dapat timbul sebagai akibat dari apendiksitis. Timbulnya gejala ini bergantung pada letak apendiks ketika meradang.

Berikut gejala yang timbul tersebut :

- a. Bila letak apendiks retrosekal retroperitoneal, yaitu di belakang sekum (terlindung oleh sekum), tanda nyeri perut kanan bawah tidak begitu jelas dan tidak ada tanda rangsangan peritoneal. Rasa nyeri lebih kearah perut kanan atau nyeri timbul pada saat melakukan gerakan seperti berjalan, bernafas dalam, batuk, dan mendedan. Nyeri ini timbul karena adanya kontraksi m.psoas mayor yang menegang dari dorsal.
- b. Bila apendiks terletak di rongga pelvis
Bila apendiks terletak didekat atau menempel pada rectum akan timbul geala dan rangsangan sigmoid atau rectum singga peristaltic meningkat, pengosongan rectum akan menjadi lebih cepat dan berulang-ulang (diare).
- c. Bila apendiks terletak didekat atau menempel pada kandung kemih, dapat terjadi peningkatan frekuensi kemih karena rangsangan dindingnya.

Tabel 1

Hubungan Patologis dan Manifestasi Klinis Apendiks

Kelainan patologi	Keluhan dan tanda
Peradangan awal ↓	Kurang enak ulu hati/ daerah pusat, mungkin kolik
Apendiksitis mukosa ↓	Nyeri tekan kanan bawah

	(rangsangan autonomic)
Radang diseluruh ketebalan dinding ↓	Nyeri sentral pindah kekanan bawah, mual dan muntah
Apendiksitis kompllit radang peritoneum parietale apendiks ↓	Rangsangan peritoneum local (somatic), nyeri pada gerak aktif dan pasif, defans muskuler local
Radang alat/jaringan yang menempel pada apendiks ↓	Genetalia interna, ureter, m. psoas mayor, kantung kemih, rectum
Apendiksitis gangrenosa ↓	Demam sedang, takikardia, mulai toksik, leukositosis
Perforasi ↓	Nyeri dan defan muskuler seluruh perut
Pembungkusan :	
Tidak berhasil	s.d.a + demam tinggi, dehidrasi, syok, toksik
Berhasil	Masa perut kanan bawah, keadaan umum berangsur membaik
Abses	Demam remiten, keadaan umum toksik, keluhan dan tanda setempat

Sumber : *Wim de jong et al*, 2005 dalam NIC-NOC, 2015.

6. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada apendisitis menurut Smeltzer dan Bare (2009). yaitu :

a. Perforasi

Perforasi berupa massa yang terdiri dari kumpulan apendiks, sekum, dan letak usus halus. Perforasi terjadi 70% pada kasus dengan peningkatan suhu 39,5⁰C tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut dan leukositosis meningkat

akibat perforasi dan pembentukan abses.

b. Peritonitis

Peritonitis yaitu infeksi pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi $39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$ menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang jarang.

7. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan fisik

- 1) Inspeksi : akan tampak adanya pembekakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).
- 2) Palpasi : didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (Blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendiksitis akut.
- 3) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat/ tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (psoas sign).
- 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- 5) Suhu tdubur (rectal) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (axsila), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.
- 6) Pada apendiks terletak pada retro sekal maka uji Psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila apendiks terletak di rongga pelvis maka Obturator sign akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.

b. Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm³.
Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah)

c. Pemeriksaan radiologi

1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu).

2) Ultrasonografi (USG)

Pada pemeriksaan USG ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendik, sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian yang menyilang dengan fekalith dan perluasan dari apendik yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran sekum. Tingkat akurasi USG 90-94% dengan angka sensitivitas dan spesifisitas yaitu 85% dan 92%.

3) *Computed Tomography Scanning* (CT-Scan)

CT-Scan mempunyai tingkat akurasi 94-100% dengan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi yaitu 90-100% dan 96-97%.

4) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

8. Penatalaksanaan

Pada penatalaksanaan operasi apendiktomi dibagi menjadi tiga (Brunner & Suddarth, 2010), yaitu:

a. Sebelum operasi

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah munculnya keluhan perlu diobservasi ketat karena tanda dan gejala apendisitis belum jelas. Pasien diminta tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis. Diagnosis ditegakkan dengan lokasi nyeri pada kuadran kanan bawah setelah timbulnya keluhan.

2) Antibiotik

Apendisitis gangrenosa atau apenditis perforasi memerlukan antibiotik, kecuali apendiksitis tanpa komplikasi tidak memerlukan antibiotik. Penundaan tindakan bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi.

b. Operasi

Operasi/pembedahan untuk mengangkat apendiks yaitu apendiktomi. Apendiktomi harus segera dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum dengan pembedahan abdomen bawah atau dengan laparoskopi. Laparoskopi merupakan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010).

Apendiktomi dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka (pembedahan konvensional laparatomi) atau dengan teknik laparoskopi yang merupakan teknik pembedahan minimal invasive dengan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010).

c. Setelah Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, hipertermia, syok atau gangguan pernafasan.

Baringkan klien dalam posisi semi fowler. Klien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu klien dipuaskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari setelah dilakukan operasi klien dianjurkan duduk tegak di tempat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh dapat diangkat dan dibolehkan pulang (Mansjoer, 2010)

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Apendiktomi

1. Nyeri akut

a. Pengertian nyeri akut

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

b. Etiologi nyeri akut

Penyebab nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual (Potter & Perry, 2010). Nyeri juga merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Smeltzer & Bare, 2001).

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan bedah yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat, misalnya nyeri pada fraktur. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat.

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

Teori *Gate Control* mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medula spinalis, talamus, dan sistem limbik. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron delta-A dan C melepaskan substansi P untuk menstransmisikan impuls melalui mekanisme pertahanan. Neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmiter penghambat. Apabila

masukannya yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Apabila masukannya yang dominan berasal dari serabut deltaA dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien akan mempersepsikan nyeri. Saat impuls diantarkan ke otak, terdapat pusat korteks yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi persepsi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P (Potter & Perry, 2010).

Terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri (Potter & Perry, 2010).

c. Faktor yang mempengaruhi nyeri akut

Faktor yang dapat mempengaruhi nyeri akut pada pasien mastektomi yaitu etnik dan nilai budaya, tahap perkembangan, lingkungan dan individu pendukung, ansietas dan stress (Mubarak, 2015)

1) Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup

(*introvert*). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

2) Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

3) Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut

akan dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu factor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-temannya yang mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

4) Ansietas dan stress

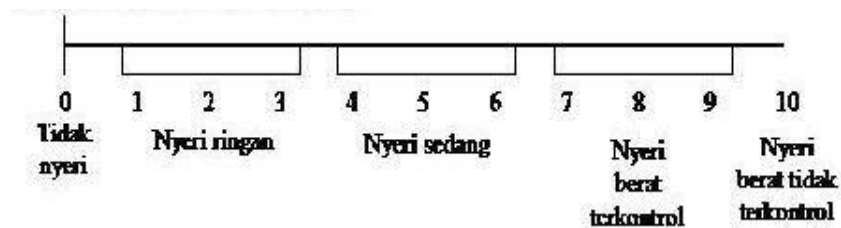
Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka

d. Pengukuran intensitas nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri.

1. Skala intensitas nyeri deskriptif

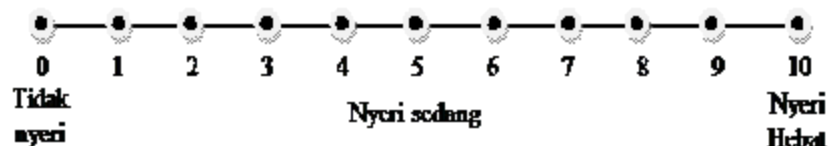
Skala deskriptif adalah alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale-VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri atastiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini di-ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”.



Gambar 1 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

2. Skala penilaian nyeri numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales-NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi data. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.



Gambar 2 Skala Nyeri Numerik

3. Skala analog visual

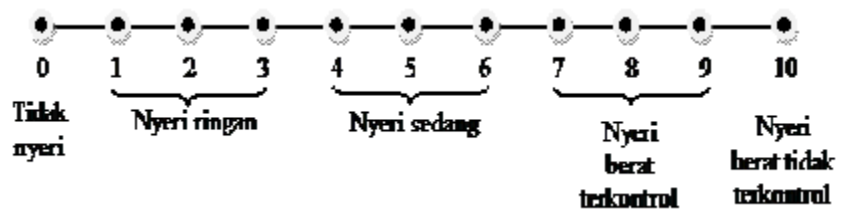
Skala analog visual (*Visual Analog Scale-VAS*) tidak melabel subdivisi. VAS merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik paada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.



Gambar 3 Skala Nyeri Analog Visual

4. Skala nyeri menurut Bourbanis

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan waktu banyak saat klien melengkapinya.



Gambar 4 Skala Nyeri menurut Bourbanis

e. Penatalaksanaan manajemen nyeri melalui farmakologi

Untuk mengatasi nyeri diperlukan penatalaksanaan manajemen nyeri melalui cara farmakologi dan non-farmakologi (Smeltzer & Bare, 2012). Pereda nyeri farmakologi dibedakan menjadi tiga kategori yakni golongan opioid, non-opioid, dan anesthetic. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, jenis analgesik opioid mempunyai efek samping yang harus dipertimbangkan dan diantisipasi, yakni diantaranya depresi pernapasan, mual, muntah, konstipasi, pruritus, dan efek toksik pada pasien dengan gangguan hepar atau ginjal. Ketorolak (toradol) merupakan analgesik yang kemanjurannya dapat dibandingkan dengan morfin, lazim diresepkan sebagai pereda nyeri setelah operasi di rumah sakit.

f. Tanda dan gejala

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), data mayor dan data minor pada nyeri akut antara lain:

Tabel 2

Tanda dan Gejala Mayor Minor Nyeri Akut

<p>Gejala dan Tanda Mayor Subjektif</p>	<p>Objektif</p>
<p>1. Mengeluh nyeri</p>	<p>1. Tampak meringis 2. Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur</p>
<p>Gejala dan Tanda Minor Subjektif</p>	<p>Objektif</p>
<p>1. Tidak ditemukan data subjektif</p>	<p>1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis</p>

(Sumber : TIM POKJA SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis

Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator diagnostic. 2017)

C. Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Apendiktomi

a. Pengkajian Keperawatan

1. Data umum

Pengkajian adalah suatu tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai

sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan individu (klien) seperti identitas klien (nama, umur, agama, tempat tinggal, status pendidikan, dll) dan penanggung jawab klien.

2. Kesehatan umum

1) Alasan MRS / Keluhan Utama

Pada anamnesis keluhan utama yang lazim di dapatkan adalah keluhan adanya nyeri akibat tindakan pembedahan maupun sebelum pembedahan. Untuk mendapatkan pengkajian yang lengkap mengenai nyeri klien, dapat digunakan metode PQRST (Mutaqqin, 2011).

2) Riwayat penyakit sekarang / riwayat kejadian Didapatkan keluhan nyeri hebat pada abdominal bawah, dan nyeri di daerah sekitar paha dalam maupun testis, keluhan gastrointestinal seperti mual, muntah, anoreksia, serta kelelahan pasca nyeri sering di dapatkan (Mutaqqin, 2011).

3) Riwayat penyakit dahulu

Pada riwayat penyakit dahulu yang penting untuk di kaji antara lain penyakit sistemik, seperti DM, hipertensi, tuberculosis, dipertimbangkan sebagai sarana pengkajian preoperatif (Mutaqqin, 2011).

3. Pola kesehatan

1) Pola nutrisi dan cairan

Klien yang mengalami apendiksitis biasanya mempunyai kebiasaan mual, muntah, anoreksia.

2) Pola aktivitas

Pembatasan aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intra abdomen seperti bersin, mengangkat beban berat, batuk, mengejan.

4. Pemeriksaan fisik

a. Pemeriksaan fisik

- 1) Inspeksi : akan tampak adanya pembekakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).
- 2) Palpasi : didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (Blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendiksitis akut.
- 3) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat/ tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (psoas sign).
- 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- 5) Suhu tdubur (rectal) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (axsila), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.
- 6) Pada apendiks terletak pada retro sekal maka uji Psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila apendiks terletak di rongga pelvis maka Obturator sign akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.

b. Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm³. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah)

c. Pemeriksaan radiologi

1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu).

2) Ultrasonografi (USG)

Pada pemeriksaan USG ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendik, sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian yang menyilang dengan fekalith dan perluasan dari apendik yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran sekum. Tingkat akurasi USG 90-94% dengan angka sensitivitas dan spesifisitas yaitu 85% dan 92%.

3) *Computed Tomography Scanning* (CT-Scan)

CT-Scan mempunyai tingkat akurasi 94-100% dengan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi yaitu 90-100% dan 96-97%.

4) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

b. Diagnosis Keperawatan

Nyeri akut b.d agen injuri

1. Definisi:

Pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial yang tiba-tiba atau

lambat dengan intensitas ringan hingga berat, dengan berakhirnya dapat diantisipasi atau diprediksi, dan dengan durasi kurang dari 3 bulan.

2. Batasan Karakteristik :

- a. Perubahan selera makan
- b. Diaforesis
- c. Perilaku distraksi
- d. Ekspresi wajah nyeri
- e. Sikap tubuh melindungi
- f. Sikap melindungi area nyeri
- g. Perilaku protektif
- h. Perubahan aktivitas
- i. Keluhan tentang intensitas menggunakan standart skala nyeri

3. Faktor yang berhubungan :

- a. Agen cedera biologis
- b. Agen cedera kimiawi
- c. Agen cedera fisik

c. Intervensi Keperawatan

Tabel 3
Intervensi Keperawatan

N o.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	1	2	3
	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik Definisi : Pengalaman sensori dan emosional yang	Tingkat Nyeri Ekspektasi : menurun Kriteria Hasil : - Kemampuan meningkatkan aktifitas meningkat	Manajemen Nyeri <i>Observasi :</i> - Identifikasi lokal, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri,

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3	
berkaitan dengan kerusakan jaringan actual dan fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan	<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Menarik diri menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 	
<p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh nyeri <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur 	<ul style="list-style-type: none"> - Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaphoresis menurun - Depresi menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun - Perineum terasa tertekan menurun - Uterus teraba membulat menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik 	
<p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (tidak tersedia) <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berfikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada 	<ul style="list-style-type: none"> - Ketegangan otot menurun - Pupil dilatasi menurun - Muntah menurun - Mual menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik 	<p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain. - Control lingkungan yang memperberat 	

No.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	2	3	
7. Diaphoresis Kondisi Klinis Terkait: 1. Kondisi pembedahan 2. Cedera traumatis 3. Infeksi 4. Sindrom coroner akut 5. Glaucoma	- Proses berfikir membaik - Fokus membaik - Fungsi berkemih membaik - Prilaku membaik - Nafsu makan membaik - Pola tidur membaik	rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) - Fasilitasi istirahat tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <i>Edukasi :</i> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat - Ajarkan teknik nok farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <i>Kolaborasi :</i> - Kolaborasi pemberian analgetik, bila perlu. Pemberian Analgesik <i>Observasi:</i> - Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) - Identifikasi riwayat alergi obat	

N o.	Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1		2	3
			<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesesuaian jenis analgesic - Monitor TTV sebum dan sesudah pemberian analgesik - Monitor efektifitas analgesik

d. Implementasi

Menurut Potter dan Perry (2014) implementasi merupakan komponen dari proses keperawatan yaitu kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan. Implementasi menuangkan rencana asuhan kedalam tindakan, setelah intervensi di kembangkan sesuai dengan kebutuhan dan prioritas klien, perawat melakukan tindakan keperawatan spesifik yang mencakup tindakan perawat dan tindakan dokter

e. Evaluasi

Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah, ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan (Kozier et al., 2010). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planning). Adapun komponen SOAP yaitu S (subjektif) adalah informasi

berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan, O (objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan, A (assesment) adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif, P (planing) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa (Dermawan, 2012).

Evaluasi terhadap masalah keperawatan nyeri akut pada pasien apendiktomi mengacu pada rumusan tujuan dalam rencana keperawatan, yang mencakup aspek waktu dan kriteria hasil. Aspek waktu menjadi pedoman kapan harus dievaluasi dan aspek kriteria hasil sebagai pedoman apakah tujuan yang direncanakan berhasil atau tidak. Adapun kriteria hasil yang ditetapkan mengacu pada SLKI PPNI (2019) yaitu :

- a. Keluhan nyeri menurun
- b. Tampak meringis menurun
- c. Sikap protektif menurun
- d. Gelisah menurun
- e. Kesulitan tidur menurun
- f. Frekuensi nadi membaik
- g. Tekanan darah membaik
- h. Pola napas membaik

D. Konsep Intervensi Keperawatan: Relaksasi Benson

1. Pengertian Terapi Relaksasi Benson

Menurut Benson and Proctor (2000) tehnik Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien, relaksasi benson akan menghambat aktifitas saraf simpatis yang dapat menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Relaksasi benson merupakan pengembangan metode respon relaksasi dengan melibatkan faktor keyakinan pasien, yang dapat menciptakan suatu lingkungan internal sehingga dapat membantu pasien mencapai kondisi kesehatan dan kesejahteraan lebih tinggi (Purwanto, 2006). Terapi Relaksasi Benson merupakan teknik relaksasi dengan melibatkan unsur keyakinan dalam bentuk kata-kata keyakinan yang dianut oleh pasien.

2. Manfaat Terapi Relaksasi Benson

Manfaat dari relaksasi benson terbukti memodulasi stres terkait kondisi seperti marah, cemas, disritmia jantung, nyeri kronik, depresi, hipertensi dan insomnia serta menimbulkan perasaan menjadi lebih tenang. (Benson and Proctor, 2000).

3. Pendukung Terapi Relaksasi Benson

Menurut Benson and Proctor, (2000) Pendukung dalam Terapi Benson meliputi:

- a. Perangkat Mental

Untuk memindahkan pikiran yang berada di luar diri, harus ada rangsangan

yang konstan. Rangsangan tersebut dapat berupa kata atau frase yang singkat yang diulang dalam hati sesuai dengan keyakinan. Kata atau frase yang singkat adalah fokus dalam melakukan relaksasi benson. Fokus pada kata atau frase tertentu akan meningkatkan kekuatan dasar respon relaksasi dengan memberi kesempatan faktor keyakinan untuk mempengaruhi penurunan aktifitas saraf simpatik.

b. Suasana tenang

Suasana yang tenang membantu efektifitas pengulangan kata atau frase dengan demikian akan mudah menghilangkan pikiran yang mengganggu.

c. Sikap pasif

Sikap ini sangat penting karena berguna untuk mengabaikan pikiran-pikiran yang mengganggu sehingga dapat berfokus pada pengulangan kata atau frase.

d. Prosedur Terapi

Menurut Benson and Proctor (2000) prosedur terapi relaksasi benson terdiri atas :

- a. Usahakan situasi ruangan atau lingkungan tenang , atur posisi nyaman.

b. Pilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan.

Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus.

c. Pejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian disusul melemaskan kepala.

d. Atur nafas kemudian mulailah menggunakan fokus yang berakar pada keyakinan. Tarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang sudah dipilih.

e. Pertahankan sikap pasif

Tabel 4

SOP Pemberian Terapi Relaksasi Benson

Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian Terapi Relaksasi Benson	
Pengertian	Terapi relaksasi Benson adalah teknik relaksasi nafas dalam yang digabung dengan keyakinan yang dianut oleh pasien
Tujuan	Terapi relaksasi Benson bertujuan untuk menurunkan konsumsi oksigen oleh tubuh dan selanjutnya otot-otot tubuh menjadi relaks sehingga menimbulkan perasaan tenang dan nyaman sehingga nyeri berkurang.
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengecek catatan medis pasien 2. Persiapan alat yaitu sampiran
Prosedur	<p>PRA INTERAKSI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan Alat 2. Perawat mencuci tangan <p>INTERAKSI</p> <p>Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan salam 2. Memperkenalkan diri dengan pasien dan keluarga 3. Menanyakan nama dan tanggal lahir pasien

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Menjelaskan maksud dan tujuan 5. Menjelaskan prosedur tindakan 6. Memberikan kesempatan pasien dan keluarga bertanya 7. Mendekatkan alat 8. Mencuci tangan <p>Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Menjaga privasi pasien 10. Membantu klien mendapatkan posisi yang nyaman di tempat tidur 11. Memasang sampiran 12. Mengatur situasi ruangan atau lingkungan tenang 13. Memilih satu kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan. Sebaiknya pilih kata atau ungkapan yang memiliki arti khusus. 14. Memejamkan mata, hindari menutup mata terlalu kuat. 15. Bernafas lambat dan wajar sambil melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. 16. Melemaskan kepala. 17. Menarik nafas dari hidung, pusatkan kesadaran pada pengembangan perut, lalu keluarkan nafas melalui mulut secara perlahan sambil mengucapkan ungkapan yang sudah dipilih. 18. Mengulangi lagi selama 10-15 menit 19. Mempertahankan sikap pasif <p>Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Mengevaluasi perasaan pasien 21. Memberikan motivasi pada pasien 22. Mengucapkan salam 23. Mencuci tangan <p>POST INTERAKSI</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan 25. Membereskan alat-alat 26. Mencuci tangan
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------