

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Apendisitis

1. Definisi Apendisitis

Apendik vermiformis merupakan organ kecil tambahan, berada tepat dibawah katup ileosekal serta melekat pada sekum. Akibat mekanisme pengosongan diri apendik vermiformis yang pada umumnya kurang efisien, ditambah ukuran lumen kecil, maka apendik vermiformis mudah mengalami obstruksi dan rentan terjadi infeksi, hal inilah yang dikenal dengan apendisitis atau penyakit usus buntu. Apendisitis kerap meresahkan masyarakat dikarenakan tindakan pembedahan yang menyebabkan hilangnya usus buntu secara permanen. Pola pikir masyarakat juga masih sering mengaitkan kejadian apendisitis dengan kebiasaan mengonsumsi makanan pedas, mengandung biji, serta efek menahan buang air besar (Hartawan, I.G.N Bagus Rai Mulya., Ekawati, Ni Putu., Saputra, Herman., Dewi, 2020).

Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis yang dikenal oleh orang awam sebagai penyakit usus buntu. Apendisitis biasanya di tandai dengan nyeri abdomen periumbilical, mual, muntah, lokalisasi nyeri ke fosa iliaka kanan, nyeri tekan saat dilepas di sepanjang titik McBurney, dan nyeri tekan pelvis pada sisi kanan ketika pemeriksaan per rectal (Thomas & Dkk, 2016). Apendisitis adalah peradangan pada apendiks vermiformis dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Penyakit ini dapat mengenai semua umur baik laki-laki maupun perempuan, tetapi lebih sering menyerang laki-laki berusia 10-30 tahun (Wedjo, 2019).

Appendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (*caecum*). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Saputro, 2018). Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa apendisitis adalah suatu peradangan pada apendik vermiformis akibat mekanisme pengosongan diri apendik vermiformis yang kurang efisien. Hal ini yang akhirnya menimbulkan gejala khas nyeri pada abdomen kuadran bawah yang bisa terjadi pada laki-laki maupun perempuan dalam semua kelompok umur termasuk pada kelompok umur anak yang memerlukan tindakan pembedahan segera.

2. Tanda dan Gejala Apendisitis

Wedjo (2019), menyatakan pada apendisitis nyeri terasa pada abdomen kuadran bawah dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Nyeri tekan lokal pada titik Mc. Burney bila dilakukan tekanan. Nyeri tekan lepas mungkin akan dijumpai. Derajat nyeri tekan, spasme otot, dan apakah terdapat konstipasi atau diare tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi appendiks. Bila appendiks melingkar di belakang sekum, nyeri dan nyeri tekan dapat terasa di daerah lumbal; bila ujungnya ada pada pelvis, tanda-tanda ini hanya dapat diketahui pada pemeriksaan rektal.

Nyeri pada defekasi menunjukkan bahwa ujung appendiks dekat dengan kandung kemih atau ureter. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot rektum kanan dapat terjadi tanda Rovsing dapat timbul dengan melakukan palpasi kuadran bawah kiri, yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa pada kuadran bawah kanan. Apabila appendiks telah ruptur, nyeri dan dapat lebih menyebar;

distensi abdomen terjadi akibat ileus paralitik dan kondisi klien memburuk (Wedjo, 2019).

Anorexia, mual, dan muntah biasanya terjadi dalam beberapa jam setelah onset terjadinya nyeri. Muntah biasanya ringan. Diare dapat terjadi akibat infeksi sekunder dan iritasi pada ileum terminal atau caecum. Gejala gastrointestinal yang berat yang terjadi sebelum onset nyeri biasanya mengindikasikan diagnosis selain apendisitis. Meskipun demikian, keluhan GIT ringan seperti indigesti atau perubahan bowel habit dapat terjadi pada anak dengan apendisitis (Wedjo, 2019).

Apendisitis tanpa komplikasi biasanya demam ringan ($37,5 - 38,5^{\circ}\text{C}$). Jika suhu tubuh di atas $38,6^{\circ}\text{C}$, menandakan terjadi perforasi. Anak dengan appendicitis kadang-kadang berjalan pincang pada kaki kanan. Karena saat menekan dengan paha kanan akan menekan Caecum hingga isi Caecum berkurang atau kosong. Bising usus meskipun bukan tanda yang dapat dipercaya dapat menurun atau menghilang. Anak dengan appendicitis biasanya menghindari diri untuk bergerak dan cenderung untuk berbaring di tempat tidur dengan kadang-kadang lutut diflexikan (Warsinggih, 2010).

3. Pemeriksaan Penunjang Apendisitis

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

a. Pemeriksaan fisik

- 1) Inspeksi : akan tampak adanya pembengkakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengembang (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 bawah kanan dan paha diteku kuat/tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (proas sign).
- 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- 5) Suhu dubur yang lebih tinggi dari suhu ketiak, lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.

b. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) SDP: Leukositosis diatas 12.000/mm³, Neutrofil meningkat sampai 75%,
- 2) Urinalisis: Normal, tetapi eritrosit/leukosit mungkin ada.
- 3) Foto abdomen: Dapat menyatakan adanya pergeseran, material apendiks (fekalit), ileus terlokalisir Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga 10.000- 18.000/mm³. Jika peningkatan lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).

c. Pemeriksaan Radiologi

- 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit.
- 2) Ultrasonografi (USG)
- 3) CT Scan
- 4) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram

4. Penatalaksanaan

Alhinduan (2020), menyebutkan penatalaksanaan yang dilakukan pada klien apendisitis yaitu penatalaksanaan medis dan penatalaksanaan keperawatan :

a. Penatalaksanaan Medis

- 1) Pembedahan (konvensional atau laparaskopi) apabila diagnosa apendisitis telah ditegakan dan harus segera dilakukan untuk mengurangi risiko perforasi.
- 2) Berikan obat antibiotik dan cairan IV sampai tindakan pembedahan dilakukan.
- 3) Agen analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakan.
- 4) Operasi (apendiktomi), bila diagnosa telah ditegakan yang harus dilakukan adalah operasi membuang apendiks (apendiktomi). Penundaan apendiktomi dengan cara pemberian antibiotik dapat mengakibatkan abses dan perforasi. Pada abses apendiks dilakukan drainage.

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Tatalaksana apendisitis pada kebanyakan kasus adalah apendiktomi. Keterlambatan dalam tatalaksana dapat meningkatkan kejadian perforasi. Teknik laparaskopi sudah terbukti menghasilkan nyeri pasca bedah yang lebih sedikit, pemulihan yang lebih cepat dan angka kejadian infeksi luka yang lebih rendah. Akan tetapi terdapat peningkatan kejadian abses intra abdomen dan pemanjangan waktu operasi. Laparaskopi itu dikerjakan untuk diagnosa dan terapi pada pasien dengan akut abdomen, terutama pada wanita.
- 2) Tujuan keperawatan mencakup upaya meredakan nyeri, mencegah defisit volume cairan, mengatasi ansietas, mengurangi risiko infeksi yang disebabkan oleh gangguan potensial atau aktual pada saluran gastrointestinal, mempertahankan integritas kulit dan mencapai nutris yang optimal.

- 3) Sebelum operasi, siapkan pasien untuk menjalani pembedahan, mulai jalur Intra Vena berikan antibiotik, dan masukan selang nasogastrik (bila terbukti ada ileus paralitik), jangan berikan laksatif.

B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Nyeri Akut

1. Definisi Nyeri Akut

Nyeri menjadi gejala khas yang muncul pada kasus apendisitis yang menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien. Menurut *International Association for The Study of Pain (IASP)* nyeri adalah suatu rasa dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan yang disertai oleh kerusakan jaringan aktual dan potensial, atau digambarkan beragam sebagai respon kerusakan yang terjadi. Karena nyeri bersifat subjektif, definisi lebih praktis dari nyeri adalah apa yang dikatakan berdasarkan hal-hal dirasakan pasien, serta apa yang digambarkan pasien, dan bukan berdasarkan apa yang dilihat orang lain (Sullivan, MD & Ballantyne, 2018).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut sering ditandai dengan pasien mengeluh nyeri tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaforesis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2. Tanda dan Gejala Nyeri Akut

Tanda dan gejala diagnosa keperawatan nyeri akut sesuai Standar Diagnosa

Keperawatan Indonesia (SDKI) terbagi menjadi tanda dan gejala mayor serta tanda dan gejala minor Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) yang diuraikan dalam bentuk tabel sebagai berikut

Tabel 1
Data Mayor dan Data Minor Nyeri Akut

Tanda dan Gejala	Subjektif	Objektif
Mayor	Mengeluh Nyeri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringgis 2. Bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Minor	Tidak tersedia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Penyebab Nyeri Akut

Penyebab masalah keperawatan sesuai Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia atau SDKI (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), adalah sebagai berikut:

a. Agen pencedera fisiologis, terdiri dari :

- 1) Inflamasi
- 2) Iskemia
- 3) Neoplasma

b. Agen pencedera kimiawi, terdiri dari :

- 1) Terbakar
- 2) Bahan kimia iritan

c. Agen pencedera fisik, terdiri dari :

- 1) Abses
- 2) Amputasi
- 3) Terbakar
- 4) Terpotong
- 5) Mengangkat berat
- 6) Prosedur operasi
- 7) Trauma
- 8) Latihan fisik berlebihan

4. Penatalaksanaan Nyeri Akut

Strategi penatalaksanaan nyeri mencakup baik pendekatan farmakologis dan non-farmakologis. Pendekatan ini diseleksi dan digunakan berdasarkan kebutuhan dan tujuan pasien secara individu. Terdapat beberapa jenis aktivitas keperawatan non-farmakologis yang dapat membantu dalam menghilangkan nyeri salah satunya adalah distraksi. Distraksi dilakukan dengan memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, ini dapat menjadi strategi yang berhasil termasuk pada kelompok usia anak. Distraksi dapat menurunkan persepsi nyeri dengan

menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak. Keefektifan distraksi tergantung pada kemampuan pasien untuk menerima dan membangkitkan input sensori selain nyeri (Brunner & Suddarth, 2002).

Penurunan skala nyeri secara umum tergantung oleh beberapa faktor seperti tingkat partisipasi aktif individu, banyaknya modalitas sensori yang dipakai, dan minat individu dalam stimuli. Karenanya, stimulasi penglihatan, pendengaran, dan sentuhan mungkin akan lebih efektif dalam menurunkan nyeri dibanding stimulasi satu indera saja. Teknik distraksi dapat *audio visual* dengan menonton video membuat penerima pesan/informasi menggunakan indra ganda (pandangan dan pendengaran) sehingga meningkatkan kemampuan untuk mengalihkan sensasi nyeri yang dirasakan (Brunner & Suddarth, 2002).

C. Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Anak Yang Mengalami Apendisitis Akut

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahapan awal dari asuhan keperawatan yang berisi catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Data yang dikumpulkan dalam tahap pengkajian terdiri dari data subyektif dan data obyektif.

Pengkajian pada keperawatan gawat darurat dilakukan melalui *initial assessment* yang merupakan suatu bentuk penilaian dan pengelolaan awal kondisi

pasien yang dilakukan dengan cepat dan tepat. *Initial assessment* ini dilakukan melalui dua tahapan yaitu *primary survey* dan *secondary survey* (Nusdin, 2020).

a. *Primary Survey*

Primary survey dilakukan pengkajian dengan melihat keadaan-keadaan yang mengancam nyawa pasien, terdiri pengkajian *airway*, *breathing*, *circulation*, *disability*, dan *exposure*.

1) *Airway* (Jalan nafas)

Memastikan kepatenan jalan napas tanpa adanya sumbatan atau obstruksi. Jaw thrust atau chin lift dapat dilakukan atau dapat juga dipakai nasopharyngeal airway pada pasien yang masih sadar.

2) *Breathing* (Pernafasan)

Mengecek pernapasan dengan tujuan memastikan ventilasi agar oksigenasi adekuat.

3) *Circulation*

Mengecek sistem sirkulasi disertai kontrol perdarahan, Kaji sirkulasi dengan TTV, bila terjadi mual muntah yang berlebihan sehingga intake cairan kurang, maka penuhi cairan dengan pemasangan infus. Nadi lemah/ tidak teraba, cepat >100x/mt, tekanan darah dibawah normal bila terjadi syok, pucat oleh karena perdarahan, sianosis, kaji jumlah perdarahan dan lokasi, capillary refill >2 detik apabila ada perdarahan.

4) *Disability*

Pemeriksaan neurologis dengan mengkaji tingkat kesadaran sesuai GCS, salah satu cara sederhana untuk menilai tingkat kesadaran adalah dengan metode AVPU:

A : *alert* (sadar)

V : respon terhadap rangsang *vokal*(suara)

P : respon terhadap rangsang nyeri(*pain*)

U : *unresponsive* (tidak ada respon)

5) Exposure

Pasien harus dibuka keseluruhan pakaiannya untuk memeriksa dan evaluasi pasien. Hal ini akan sangat membantu pemeriksaan lebih lanjut. Harus diingat disini pasien dijaga agar mengalami hipotermia dengan jalan diberikan selimut.

b. *Secondary Survey*

Nusdin (2020), menyatakan bahwa *secondary survey* merupakan pemeriksaan secara lengkap dan teliti yang dilakukan dari ujung rambut sampai ujung kaki dan dari depan sampai belakang. *Secondary survey* hanya dilakukan setelah kondisi pasien mulai stabil, tidak mengalami syok, atau tanda-tanda syok mulai membaik, tahapan dari *secondary survey* terdiri dari :

1) Anamnesis

Anamnesis merupakan pengkajian menyeluruh terkait riwayat kesehatan pasien yang dilakukan melalui wawancara dan observasi. Data yang diperoleh selama proses anamnesis meliputi keluhan utama, riwayat kesehatan saat ini, dan riwayat kesehatan keluarga, Anamnesis juga harus meliputi riwayat AMPLE yang bisa didapatkan dari pasien dan keluarga (*Emergency Nursing Association, 2007* dalam Nusdin, 2020), terdiri dari :

Allergy : Ada alergi/tidak

Medication : Ada medikasi sebelumnya/tidak

Past Medical History : Ada riwayat penyakit/tidak

Last Meal : Ada makan terakhir/tidak

Event : Lingkungan atau hal lain yang berhubungan dengan penyebab cedera

2) Kaji Nyeri

Nyeri pada apendisitis termasuk nyeri primer atau nyeri viseral yang berasal dari organ itu sendiri artinya nyeri yang dirasakan dapat terlokalisir. Aprizal (2019), menyebutkan pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan PQRST yaitu :

- P (*Provoing incident*) : Pengkajian untuk mengidentifikasi faktor yang menjadi predisposisi nyeri.
- Q (*Quality of pain*) : Pengkajian untuk mengetahui bagaimana rasanyeri dirasakan secara subjektif.
- R (*Region*): Pengkajian untuk mengidentifikasi letak nyeri secara tepat.
- S (*Severity/Scale*) of pain : Pengkajian untuk mementukan skala darirasa nyeri yang dirasakan.
- T (*Time*) : Pengkajian untuk mendeteksi waktu berapa lama nyeri berlangsung.

3) Pemeriksaan Fisik

a) Inspeksi

Pasien dengan apendisitis kadang terlihat berjalan sambil membungkuk dan memegang perut akibat nyeri yang dirasakan. Inspeksi yang dilakukan pada perut tidak ditemukan gambaran spesifik, sementara perut kembung sering terlihat pada penderita dengan komplikasi perforasi.

b) Palpasi

Tanda-tanda khas yang didapatkan pada palpasi apendisitis yaitu:

(1). Nyeri tekan (+) Mc.Burney

Pada palpasi didapatkan titik nyeri tekan kuadran kanan bawah atau titik Mc Burney dan ini merupakan tanda kunci diagnosis.

(2). Nyeri lepas (+)

Rebound tenderness (nyeri lepas tekan) adalah rasa nyeri yang hebat (dapat dengan melihat mimik wajah) di abdomen kananbawah saat tekanan secara tiba-tiba dilepaskan setelah sebelumnya dilakukan penekanan yang perlahan dan dalam di titik Mc Burney.

(3). Defens muscular (+)

Defence muscular adalah nyeri tekan seluruh lapangan abdomen yang menunjukkan adanya rangsangan peritoneum parietale.

(4). *Rovsing sign* (+)

Rovsing sign adalah nyeri abdomen di kuadran kanan bawah, apabila kita melakukan penekanan pada abdomen bagian kiri bawah, hal ini diakibatkan oleh adanya tekanan yang merangsang peristaltik dan udara usus, sehingga menggerakkan peritoneum sekitar appendix yang meradang sehingga nyeri dijalarkan karena iritasi peritoneal pada sisi yang berlawanan (*somatik pain*).

(5). Psoas sign (+)

Psoas sign terjadi karena adanya rangsangan muskulus psoas oleh peradangan yang terjadi pada apendiks, ada 2 cara memeriksa yaitu :

- Aktif : Pasien telentang, tungkai kanan lurus ditahan pemeriksa, pasien memfleksikan articulatio coxae kanan maka akan terjadi nyeri perut kanan bawah.
- Pasif : Pasien miring kekiri, paha kanan dihiperekstensikan pemeriksa, nyeri

perut kanan bawah.

(6). Obturator Sign (+)

Obturator sign adalah rasa nyeri yang terjadi bila panggul dan lutut difleksikan kemudian dirotasikan kearah dalam dan luar (endorotasi articulation coxae) secara pasif, hal tersebut menunjukkan peradangan apendiks terletak pada daerah hypogastrium.

c) Perkusi

Perkusi pada pasien apendisitis biasanya ditemukan tympani.

d) Auskultasi

Peristaltik usus sering normal. Peristaltik dapat hilang karena ileus paralitik pada peritonitis generalisata akibat apendisitis perforate.

2. Diagnosis Keperawatan

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016), menyebutkan bahwa diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosis keperawatan yaitu mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosis keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (problem) yang merupakan label diagnosis keperawatan menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan, dan indikator diagnostik yang terdiri dari penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko.

Penegakan diagnosis keperawatan dilakukan melalui tiga proses yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi tiga jenis yaitu :

a) **Diagnosis Aktual**

Diagnosis ini menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

b) **Diagnosis Risiko**

Diagnosis risiko menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c) **Diagnosis Promosi Kesehatan**

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Pada diagnosis keperawatan aktual perumusan diagnosis keperawatan dengan format yaitu : Masalah berhubungan dengan (b.d) Penyebab dibuktikan dengan (d.d) Tanda/Gejala. Diagnosis risiko ditulis dengan format : Masalah dibuktikan dengan Faktor Risiko, sedangkan pada diagnosis promosi kesehatan ditulis seperti berikut : Masalah dibuktikan dengan Tanda/Gejala.

Penulisan karya ilmiah akhir ners ini akan fokus pada diagnosis keperawatan aktual yang muncul pada pasien anak dengan diagnosa medis apendisitis yaitu nyeri akut. Perumusan diagnosis keperawatan nyeri akut pada pasien apendisitis di IGD berdasarkan format penulisan diagnosis keperawatan yaitu: Nyeri akut berhubungan dengan faktor pencedera fisiologis (inflamasi) dibuktikan dengan tanda/gejala mayor pasien mengeluh nyeri, tampak meringgis, bersikap protektif,

gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur dan tanda/gejala minor yaitu tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai segala *treatment* yang dikerjakan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klien untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi keperawatan nyeri akut dapat dijelaskan dalam bentuk tabel 2 di bawah ini

Tabel 2
Perencanaan Asuhan Keperawatan dengan
Masalah Keperawatan Nyeri Akut

Tgl/ Jam	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Tindakan Keperawatan (SIKI)
1	2	3	4
	Nyeri Akut (D.0077) Definisi: Pengalaman sensorik emosional berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual fungsional, onsets mendadak atau lambat dan berintensitas ringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama X diharapkan Tingkat Nyeri Menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi respons nyeri non verbal Identifikasi faktor yang memperberat nyeri dan memperingan nyeri

1	2	3	4
	hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan	- Kesulitan tidur - menurun	- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
	Penyebab:	- Menarik diri menurun	- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
	□ Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)	- Berfokus pada diri sendiri menurun - Diaforesis menurun	- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
	□ Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)	- Perasaan depresi (tertekan) menurun - Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun - Anoreksia menurun	- Monitor keberhasilan terapi komplementer - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
	□ Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)	- Perineum terasa tertekan menurun - Uterus teraba membulat menurun - Ketegangan otot menurun - Pupil dilatasi menurun - Muntah menurun - Mual menurun	- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif		Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
	- Mengeluh nyeri	- Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik	Pemberian Analgesik (I.08243)
	Objektif	- Muntah menurun - Mual menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berpikir membaik - Fokus membaik - Fungsi kemih membaik	Observasi Identifikasi karakteristik nyeri (mis. Pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi) - Identifikasi riwayat alergi obat - Identifikasi kesesuaian jenis analgesic (mis. Narkotika, non narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
	- Tampak meringis		
	- Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)		

1	2	3	4
- Gelisah	- Perilaku membaik	- Monitor tanda tanda vital	
- Frekuensi nadi meningkat	- Nafsu makan membaik	- sebelum dan sesudah pemberian analgesik	
- Sulit tidur	- Pola tidur membaik	- Monitor efektifitas analgesic	
Gejala dan Tanda Minor Subjektif		Terapeutik	
-		- Diskusikan jenis analgesic yang disukai untuk mencapai analgesia optimal, <i>jika perlu</i>	
Objektif		- Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum	
- Tekanan darah meningkat		- Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respon pasien	
- Pola napas berubah		- Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan	
- Nafsu makan berubah		Edukasi	
- Proses berpikir terganggu		- Jelaskan efek terapi dan efek samping obat	
- Menarik diri		Kolaborasi	
- Berfokus pada diri sendiri		- Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, <i>sesuai indikasi</i>	
- Diaforesis			
Kondisi klinis terkait			
- Kondisi pembedahan			
- Cedera traumatis			
- Infeksi			
- Sindrom koroner akut			
- Glaukoma			

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Pada tahap ini, perawat harus melakukan tindakan keperawatan yang ada dalam rencana keperawatan. Tindakan dan respon pasien tersebut langsung dicatat dalam format tindakan keperawatan. Dalam format implementasi keperawatan yang harus didokumentasikan adalah tanggal dilakukannya tindakan, waktu, implementasi dan respon, paraf dan nama terang perawat (Dinarti dkk., 2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan untuk melihat apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti & Mulyanti, 2017). Evaluasi keperawatan didokumentasikan sesuai hasil implementasi keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi dari setiap diagnosis keperawatan terdiri data subjektif (S), data objektif (O), analisa permasalahan atau *Assesment* (A), serta perencanaan (P) berdasarkan analisa data yang didapatkan. Data subjektif berisi data dari pasien yang didapat dari hasil anamnesis setelah tindakan diberikan. Data objektif didapat berupa pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan setelah tindakan diberikan. *Assesment* berisikan analisis yang membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil kemudian diberikan

kesimpulan. *Planning* merupakan perencanaan yang ditetapkan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ada (Adinda, 2019).

Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif atau juga dikenal dengan evaluasi proses merupakan respon yang segera timbul setelah diberikan tindakan keperawatan. Evaluasi sumatif atau evaluasi hasil dilakukan setelah perawat melakukan serangkaian tindakan keperawatan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan (Adinda, 2019).

Evaluasi pada diagnosis keperawatan nyeri akut dengan diagnosa medis apendisitis berdasarkan indikator keberhasilan yang ingin dicapai dengan luaran tingkat nyeri menurun sesuai SLKI antara lain :

- a. Kemampuan aktifitas meningkat
- b. Keluhan nyeri menurun
- c. Meringis menurun
- d. Sikap protektif menurun
- e. Gelisah menurun
- f. Kesulitan tidur menurun
- g. Menarik diri menurun
- h. Berfokus pada diri sendiri menurun
- i. Anoreksia menurun
- j. Muntah menurun
- k. Mual menurun
- l. Frekuensi nadi membaik
- m. Pola napas membaik

- n. Tekanan darah membaik
- o. Nafsu makan membaik