

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar**

##### **1. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia**

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Menurut Abraham Maslow pada buku KDM Haswita dan Sulistyowati (2017) terdapat lima kategori kebutuhan dasar, yaitu :

a. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologic Needs*)

Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Rasa Aman dan Perlindungan (*Safety and Security Needs*)

Kebutuhan ini dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya. Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing.

c. Kebutuhan Rasa Cinta serta Rasa Memiliki dan Dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Setelah kebutuhan dasar rasa aman relatif dipenuhi, maka timbul kebutuhan untuk dimiliki dan dicintai. Kebutuhan ini terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.

d. Kebutuhan Harga Diri (*Self-Esteem Needs*)

Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri.

e. *Kebutuhan Aktualisasi Diri (Need for Self Actualization)*

Kebutuhan ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya (Haswita & Sulistyowati, 2017).

**2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman**

Menurut Potter dan Perry 2006 dalam (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) mengatakan bahwa kenyamanan / rasa nyaman adalah suatu keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Kenyamanan juga harus dipandang secara holistik, yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
- c. Pikopiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri, yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan.
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur alamiah lainnya.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum, dalam aplikasi pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri merupakan kondisi yang memengaruhi perasaan tidak nyaman klien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada klien.

### 3. Konsep Dasar Nyeri

#### a. Definisi Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subyektif dan bersifat individual karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Stimulus dapat berupa stimulus fisik dan atau mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu. Berikut ini adalah pendapat beberapa ahli tentang pengertian nyeri.

- 1) Mc. Coffery mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang memengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.
- 2) Wolf Weifsel Feurst mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- 3) Arthur C. Curton mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang dirusak, dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- 4) Scrumum, mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis, dan emosional. (Hidayat & Uliyah, 2014)

#### b. Teori Nyeri

##### 1) Teori Pemisahan (*Specificity Theory*)

Rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya, dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

## 2) Teori Pola (*Pattern Theory*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medulla spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respon yang merangsang ke bagian lain yang lebih tinggi yaitu kortek serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas respon dari reaksi sel T.

## 3) Teori Pengendalian (*Gate Control Theory*)

Nyeri tergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat saraf besar dapat langsung merangsang kortek serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat saraf kecil akan menghambat substansia gelatinosa dan membuka mekanisme, sehingga rangsangan aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

## 4) Teori Transmisi dan Inhibisi

Adanya rangsangan pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblokir impuls-impuls pada serabut lambat dan endogen opiate sistem supresif. (Haswita & Sulistyowati, 2017)

## c. Klasifikasi Nyeri

### 1) Jenis nyeri

Berdasarkan jenisnya nyeri dapat dibedakan menjadi nyeri perifer, nyeri sentral dan nyeri psikogenik.

#### a) Nyeri perifer, nyeri ini dapat dibedakan menjadi beberapa yaitu:

- (1) Nyeri superfisial: rasa nyeri yang muncul akibat rangsangan pada kulit dan mukosa.

- (2) Nyeri visceral: rasa nyeri timbul akibat rangsangan pada reseptor nyeri di rongga abdomen, kranium dan toraks.
  - (3) Nyeri alih: rasa nyeri dirasakan di daerah lain yang jauh dari jaringan penyebab nyeri.
- b) Nyeri sentral, nyeri yang muncul akibat rangsangan pada medula spinalis, batang otak dan talamus.
  - c) Nyeri psikogenik, nyeri yang penyebab fisiknya tidak diketahui. Umumnya nyeri ini disebabkan karena faktor psikologi.
- 2) Bentuk nyeri
- a) Nyeri akut

Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang. umumnya nyeri ini berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Penyebab dan lokasi nyeri biasanya sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan.

b) Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan nyeri yang berlangsung berkepanjangan, berulang atau menetap selama lebih dari enam bulan. Sumber nyeri dapat diketahui atau tidak. Umumnya nyeri ini tidak dapat disembuhkan. Nyeri kronis dapat dibagi menjadi beberapa kategori, antara lain nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

Tabel 2.1 Perbedaan Antara Nyeri Akut dan Nyeri Kronik

<b>Karakteristik</b>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Nyeri Kronik</b>
Pengalaman	Suatu kejadian	Suatu situasi, status eksistensi nyeri
Sumber	Faktor eksternal atau penyakit dari dalam	Tidak diketahui
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak atau bertahap, tersembunyi
Durasi	Sampai 6 bulan	6 bulan lebih atau sampai bertahun-tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya dengan daerah yang tidak nyeri sehingga sulit di evaluasi

Gejala klinis	Pola respon yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respon bervariasi
Perjalanan	Umumnya gejala berkurang setelah beberapa waktu	Gejala berlangsung terus dengan intensitas tetap atau bervariasi
Prognosis	Baik dan mudah dihilangkan	Penyembuhan total umumnya tidak terjadi

Sumber: (Haswita & Sulistyowati, 2017)

#### d. Pengukuran Intensitas Nyeri

##### 1) Visual Analog Scale (VAS)

Skala analog visual (VAS) adalah cara yang paling banyak digunakan untuk menilai nyeri. Skala ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin di alami seorang pasien. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. VAS juga dapat diadaptasi menjadi skala hilangnya/ reda rasa nyeri. Digunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaannya sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motorik serta kemampuan konsentrasi.



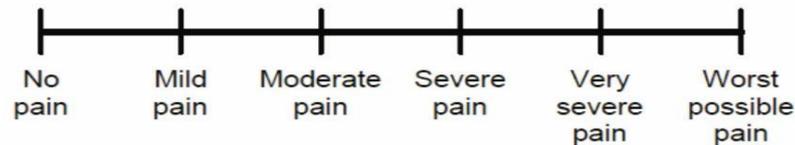
Gambar 2.1 Visual Analog Scale (VAS)

Sumber : (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

##### 2) Verbal Rating Scale (VRS)

Skala ini menggunakan angka-angka 0 sampai 10 untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala verbal menggunakan kata kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala yang digunakan dapat berupa tidak ada nyeri,

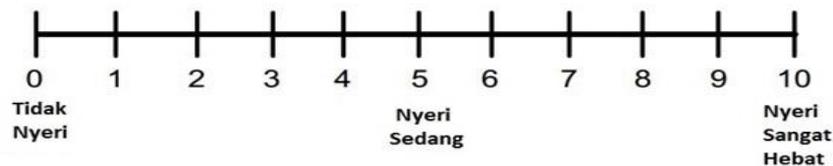
sedang, parah. Hilang/redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik/ nyeri hilang sama sekali. Karena skala ini membatasi pilihan kata pasien, skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.



Gambar 2.2 Verbal Rating Scale (VRS)  
Sumber : (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

### 3) Numeric Rating Scale (NRS)

Skala ini dianggap sederhana dan mudah dimengerti, sensitif terhadap dosis, jenis kelamin, dan perbedaan etnis. Lebih baik daripada VAS terutama untuk menilai nyeri akut. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesik. Skala numerik dari 0 hingga 10, di bawah nol (0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10), suatu nyeri yang sangat hebat.



Gambar 2.3 Numeric Rating Scale (NRS)

Sumber : (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

Keterangan:

- |     |                |     |                      |
|-----|----------------|-----|----------------------|
| 0   | : Tidak nyeri  | 7-9 | : Nyeri berat        |
| 1-3 | : Nyeri ringan | 10  | : Nyeri sangat hebat |
| 4-6 | : Nyeri sedang |     |                      |

#### 4) Wong Baker Pain Rating Scale

Pengukuran intensitas nyeri di wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini diterapkan pada pasien yang tidak dapat menyebutkan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.



Gambar 2.4 Wong Baker Pain Rating Scale  
Sumber : (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

#### e. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

##### 1) Usia

Usia merupakan faktor penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak-anak dan lansia. Anak yang masih kecil (bayi) mempunyai kesulitan mengungkapkan dan mengekspresikan nyeri. Para lansia menganggap nyeri sebagai komponen alamiah dari proses penuaan dan dapat diabaikan atau tidak ditangani oleh petugas kesehatan.

##### 2) Jenis kelamin

Karakteristik jenis kelamin dan hubungannya dengan sifat keterpaparan dan tingkat kerentanan memegang peranan tersendiri. Di beberapa kebudayaan menyebutkan bahwa anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama. Toleransi nyeri dipengaruhi oleh faktor-faktor biokimia dan merupakan hal yang unik pada setiap individu tanpa memperhatikan jenis kelamin. Meskipun penelitian tidak menemukan perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam mengekspresikan nyerinya, pengobatan ditemukan lebih sedikit pada perempuan.

### 3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai budaya mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Ada perbedaan makna dan sikap dikaitkan dengan nyeri diberbagai kelompok budaya.

### 4) Makna nyeri

Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda-beda.

### 5) Perhatian

Tingkat seorang pasien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri.

### 6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Ansietas yang tidak berhubungan dengan nyeri dapat mendistraksi pasien dan secara aktual dapat menurunkan persepsi nyeri. Secara umum, cara yang efektif untuk menghilangkan nyeri adalah dengan mengarahkan pengobatan nyeri ketimbang ansietas.

### 7) Pengalaman terdahulu

Individu yang mempunyai pengalaman yang multiple dan berkepanjangan dengan nyeri akan lebih sedikit gelisah dan lebih toleran terhadap nyeri dibandingkan dengan orang yang hanya mengalami sedikit nyeri. Sering kali, lebih berpengalaman individu dengan nyeri yang dialami, makin takut individu tersebut terhadap peristiwa yang menyakitkan yang akan diakibatkan.

### 8) Gaya koping

Mekanisme koping individu sangat mempengaruhi cara setiap orang dalam mengatasi nyeri. Ketika seseorang mengalami nyeri dan menjalani perawatan di rumah sakit adalah hal yang sangat tak tertahankan. Secara terus-menerus pasien kehilangan kontrol dan

tidak mampu untuk mengontrol lingkungan termasuk nyeri. Penting untuk mengerti sumber koping individu selama nyeri. Sumber-sumber koping ini seperti berkomunikasi dengan keluarga, latihan dan bernyanyi dapat digunakan sebagai rencana untuk mensupport pasien dan menurunkan nyeri pasien. Sumber koping lebih dari sekitar metode teknik. Seorang pasien mungkin tergantung pada support emosional dari anak-anak, keluarga atau teman. Meskipun nyeri masih ada tetapi dapat meminimalkan kesendirian. Kepercayaan pada agama dapat memberi kenyamanan untuk berdoa, memberikan banyak kekuatan untuk mengatasi ketidaknyamanan yang datang.

#### 9) Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang juga mempengaruhi respon terhadap nyeri adalah kehadiran dari orang terdekat. Orang-orang yang sedang dalam keadaan nyeri sering bergantung pada keluarga untuk mensupport, membantu atau melindungi. Ketidakhadiran keluarga atau teman terdekat mungkin akan membuat nyeri semakin bertambah. Kehadiran orang tua merupakan hal khusus yang penting untuk anak-anak dalam menghadapi nyeri. (Haswita & Sulistyowati, 2017)

#### f. Penanganan Nyeri

##### 1) Farmakologi

##### a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik bekerja pada sistem saraf pusat untuk meredakan rasa nyeri sedang hingga berat. Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Namun, penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medula batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesik jenis ini

b) Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan Ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari Jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

2) Non farmakologi

a) Relaksasi Progresif

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stress. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol dari ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik, dan emosi pada nyeri.

b) Stimulasi Kutaneus Placebo

Plasebo merupakan zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh pasien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal (NaCl 0,9%), atau air biasa.

c) Teknik distraksi

Distraksi merupakan metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. (Wahyudi & Wahid, 2016)

## **B. Tinjauan Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

a. Identitas pasien

Pengkajian identitas pasien berupa nama, tempat tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal operasi, nomor rekam medis, diagnosa medis dan alamat.

b. Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab baik ayah, ibu, suami, istri, atau pun anak yang meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, hubungan dengan pasien dan alamat.

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Nyeri pada daerah abdomen kanan bawah.

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Faktor pencetus (P: *Provokatif*)

Penyebab nyeri bertambah maupun berkurang. Pada post operasi apendektomi nyeri bertambah saat pasien bergerak dan berkurang saat pasien beristirahat.

b) Kualitas (Q: *Quality*)

Bagaimana nyeri dirasakan, sejauh mana pasien merasakan nyeri, dan seberapa sering nyeri dirasakan pasien. Pada pasien post operasi apendektomi biasanya nyeri yang dirasakan seperti kembung dan menyebar ke pinggang dan punggung. Jika pasien merasa nyeri, wajah pasien terlihat pucat dan meringis kesakitan.

c) Lokasi (R: *Region*)

Dimana saja gejala nyeri dirasakan timbul. Nyeri post operasi apendektomi dirasakan di daerah luka operasi, yaitu di abdomen/perut.

d) Skala (S: *Severity*)

Seberapa berat nyeri yang dirasakan dan apakah nyeri mengganggu aktivitas atau tidak. Nyeri post operasi apendektomi biasanya memiliki skala 4-5 (1-10).

e) Waktu (T: *Time*)

Kapan nyeri timbul, seberapa sering nyeri tersebut timbul dan apakah nyeri dirasakan bertahap atau tiba-tiba. Saat post operasi apendektomi nyeri bisa dirasakan hilang timbul.

### 3) Riwayat kesehatan dahulu

Perlu dikaji adanya riwayat gangguan saluran pencernaan pada masa lalu seperti diare, dispepsia, gangguan lambung, usus, hati, pankreas, dan sebagainya. Tanyakan apakah pasien pernah sampai dirawat di rumah sakit. Riwayat pembedahan juga perlu dikaji baik pembedahan abdomen atau sistem yang lain.

### 4) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga perlu dikaji secara hati-hati namun detail, karena banyak penyakit saluran pencernaan terjadi akibat pola kebiasaan pada keluarga yang kurang baik seperti penyiapan dan penyimpanan makanan, pola diet keluarga, dan bahkan pola sanitasi keluarga yang kurang seperti cuci tangan, tempat BAB, dan pola memasak makanan.

## d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : kesadaran composmentis, wajah tampak menyeringai, konjungtiva anemis.
- 2) Sistem kardiovaskuler : Adanya peningkatan denyut nadi dan tekanan darah sebagai respon dari nyeri post operasi
- 3) Sistem respirasi : Pasien post operasi apendektomi biasanya mengalami peningkatan frekuensi pernapasan (takipneu) dan cenderung dangkal. Hal ini bisa jadi diakibatkan karena nyeri.
- 4) Sistem pencernaan : Terdapat luka post operasi apendektomi di abdomen dan adanya nyeri pada luka saat palpasi abdomen. Pasien post operasi apendektomi biasanya akan mengalami penurunan bising usus namun akan kembali berangsur-angsur normal dan biasanya akan timbul rasa mual.
- 5) Sistem muskuloskeletal : ada kesulitan dalam pergerakan. Peningkatan toleransi aktivitas akan meningkatkan kekuatan otot.
- 6) Sistem hematologi : terjadi peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi dan pendarahan.
- 7) Sistem urogenital : ada ketegangan kandung kemih dan keluhan sakit pinggang serta tidak bisa mengeluarkan urin secara lancar.

- 8) Sistem Integumen : terdapat oedema, turgor kulit menurun, sianosis, pucat. Adanya luka post operasi apendektomi pada abdomen. Sehingga perlu dikaji tanda-tanda radang pada daerah luka, kemerahan atau dekubitus pada daerah yang tertekan.

e. Pola Aktivitas Sehari-hari

Disini dikaji pola aktivitas pasien di rumah (sebelum sakit) dan selama di RS. Pengkajian pola aktivitas ini meliputi pola nutrisi, eliminasi, istirahat tidur, personal hygiene dan aktivitas.

1) Pola nutrisi

Pola nutrisi yang harus dikaji meliputi frekuensi, jenis makan minum, porsi makan minum, dan keluhan saat makan atau setelah makan seperti mual dan muntah. Kemudian kaji pola kebiasaan makan makanan yang rendah serat karena makan rendah serat merupakan faktor pencetus terjadinya apendisitis.

2) Pola eliminasi

Pada pasien post operasi biasanya susah BAB atau susah flatus (buang gas) karena pengaruh dari anastesi yang menurunkan peristaltik usus.

3) Pola istirahat tidur

Pada pola istirahat tidur yang perlu dikaji adalah frekuensi periode istirahat dan jumlah jam tidur serta kualitas tidur, kaji adanya gangguan pemenuhan kebutuhan tidur, karena biasanya pada pasien dengan post operasi nyeri yang dirasakan dapat menimbulkan gangguan pada pola istirahat tidur.

4) Pola personal hygiene

Kaji adalah kemampuan pasien perawatan diri seperti mandi, gosok gigi, keramas, gunting kuku, dan lain- lain. Pada pasien post operasi biasanya tidak mampu melakukan aktivitas sendiri.

5) Pola aktivitas

Pada pola aktivitas apakah pasien melakukan tugas secara mandiri atau dibantu oleh keluarga ataupun perawat, pada pasien dengan post operasi biasanya dengan adanya nyeri pola aktivitas dibantu.

## f. Pemeriksaan diagnostic.

- 1) Ultrasonografi adalah diagnostik untuk apendistis akut.
- 2) Foto polos abdomen: dapat memperlihatkan distensi sekum, kelainan non spesifik seperti fekalit dan pola gas dan cairan abnormal atau untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan.
- 3) Pemeriksaan Laboratorium.
  - (a) Darah: Ditemukan leukosit 10.000 – 18.0000  $\mu$ /ml.
  - (b) Urine: Ditemukan sejumlah kecil leukosit dan eritrosit.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons pasien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Tabel 2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Penyebab	Gejala dan Tanda		Kondisi Klinis Terkait
		Mayor	Minor	
<b>Nyeri Akut (D.0077)</b>  Definisi: 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 tiga bulan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis (misalnya Inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2. Agen pencedera kimiawi (misalnya Terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pencedera fisik (misalnya Abses, amputasi, terpotong, terbakar, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol>	<b>Subjektif</b> 1. Mengeluh nyeri  <b>Objektif</b> 1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur	<b>Subjektif</b> (tidak tersedia)  <b>Objektif</b> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola napas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses pikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi pembedahan</li> <li>2. Cedera traumatis</li> <li>3. Infeksi</li> <li>4. Sindrom koroner akut</li> <li>5. Glaukoma</li> </ol>

<p><b>Nyeri Kronis (D.0078)</b></p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi muskuloskeletal kronis</li> <li>2. Kerusakn sistem saraf</li> <li>3. Penekanan saraf</li> <li>4. Infiltrasi tumor</li> <li>5. Ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor</li> <li>6. Gangguan imuntas (misalnya neuropati terkait HIV, virus varicella-zoster)</li> <li>7. Gangguan fungsi metabolik</li> <li>8. Riwayat posisi kerja statis</li> <li>9. Peningkatan indeks massa tubuh</li> <li>10. kondisi pasca trauma</li> <li>11. Tekanan emosional</li> <li>12. Riwayat penganiayaan (misalnya fisik, psikologis, seksual)</li> <li>13. Riwayat penyalahgunaan obat/zat</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> <li>2. Merasa depresi (tertekan)</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Gelisah</li> <li>3. Tidak mampu menuntaskan aktivitas</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa takut mengalami cedera berulang</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersikap protektif (misalnya posisi menghindari nyeri)</li> <li>2. Waspada</li> <li>3. Pola tidur berubah</li> <li>4. Anoreksia</li> <li>5. Fokus menyempit</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi kronis (misal arthritis reumatoid)</li> <li>2. Infeksi</li> <li>3. Cedera modula spinalis</li> <li>4. Kondisi pasca trauma</li> <li>5. Tumor</li> </ol>
---	--	---	--	---

Sumber : SDKI (2016)

### 3. Rencana Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi Pendamping
<p><b>1. Nyeri Akut</b> <b>2. Nyeri Kronis</b></p> <p><b>Tujuan:</b> setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat nyeri.</p>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <p>Definisi: Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan, berat, konstan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aromaterapi</li> <li>2. Dukungan hypnosis diri</li> <li>3. Dukungan pengungkapan kebutuhan</li> <li>4. Edukasi efek samping obat</li> </ol>

Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi Pendamping
<p><b>Kriteria hasil:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Meringis menurun</li> <li>- Sikap protektif menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Menarik diri menurun</li> <li>- Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>- Diaforesis menurun</li> <li>- Perasaan depresi (tertekan) menurun</li> <li>- Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> <li>- Anoreksia menurun</li> <li>- Muntah dan mual menurun</li> <li>- Frekuensi nadi membaik</li> <li>- Pola napas membaik</li> <li>- Tekanan darah membaik</li> <li>- Proses berpikir membaik</li> <li>- Fokus membaik</li> <li>- Perilaku membaik</li> <li>- Nafsu makan membaik</li> <li>- Pola tidur membaik</li> </ul>	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan meperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap responnyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgesic</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Edukasi manajemen nyeri</li> <li>6. Adukasi proses penyakit</li> <li>7. Edukasi teknik napas</li> <li>8. Kompres dingin</li> <li>9. Kompres panas</li> <li>10. Konsultasi</li> <li>11. Latihan pernapasan</li> <li>12. Manajemen efek samping obat</li> <li>13. Manajemen kenyamanan lingkungan</li> <li>14. Manajemen medikasi</li> <li>15. Manajemen sedasi</li> <li>16. Manajemen terapi radiasi nyeri</li> <li>17. Pementauan nyeri</li> <li>18. Pemberian obat intravena</li> <li>19. Pemberian obat intravena</li> <li>20. Pemberian obat oral</li> <li>21. Pemberian obat intravena</li> <li>22. Pemberian obat topical</li> <li>23. Pengaturan posisi</li> <li>24. Perawatan amputasi</li> <li>25. Perawatan kenyamanan</li> <li>26. Teknik distraksi</li> <li>27. Teknik imajinasi terbimbing</li> <li>28. Terapi akupresur</li> <li>29. Terapi akupuntur</li> <li>30. Terapi bantuan hewan</li> <li>31. Terapi humor</li> <li>32. Terapi <i>murattal</i></li> <li>33. Terapi music</li> </ol>

Diagnosis	Intervensi Utama	Intervensi Pendamping
	<b>Kolaborasi:</b> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	34. Terapi pemijatan 35. Terapi relaksasi 36. Terapi sentuhan 37. <i>Trancutaneous electrical nerve stimulation (TENS)</i>

Sumber: SIKI (2018) & SLKI (2019)

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (*independen*) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (*independen*) adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. (Tarwoto & Wartonah, 2021)

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya adalah membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang ditetapkan. (Tarwoto & Wartonah, 2021). Luaran (*outcome*) merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) Terdapat dua jenis evaluasi:

##### a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera

setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP :

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan pasien
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (assesment) : Kesimpulan dari data subjektif dan data objektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan)
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan pasien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau pasien masih dalam proses pencapaian tujuan jika pasien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika pasien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

Hasil kriteria evaluasi yang diharapkan pada pasien pasca operasi dalam buku Ida Mardalena (2018) adalah :

- a. Pasien melaporkan bahwa nyeri berkurang
- b. Skala nyeri (0-1)
- c. Pasien tampak rileks, mampu tidur/istirahat
- d. Kecemasan berkurang

- e. Cairan tubuh seimbang
- f. Turgor kulit baik
- g. Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 100/60-140/100 mmHg, N : 60-100x/menit, R : 16-20x/menit, S : 36,5-37,5 C.
- h. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas, turgor kulit, membran mukosa lembab
- i. Pasien menunjukkan tidak ada tanda infeksi, luka sembuh tanpa tanda infeksi

## **C. Tinjauan Konsep Penyakit**

### **1. Definisi Apendisitis**

Apendisitis adalah peradangan dari apendiks dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Apendiks merupakan suatu tambahan seperti kantung yang tak berfungsi terletak pada bagian inferior dari sekum. Penyebab yang paling umum dari apendisitis adalah obstruksi lumen oleh feses yang akhirnya merusak suplai aliran darah dan mengikis mukosa menyebabkan inflamasi.

Apendisitis akut adalah penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan rongga abdomen, penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat. Infeksi pada apendiks terjadi karena tersumbatnya lumen oleh fekalit (batu feses), hiperplasi jaringan limfoid, dan cacing usus. Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks yang berbahaya dan jika tidak ditangani dengan segera akan terjadi infeksi berat yang bisa menyebabkan pecahnya lumen usus. (Mardalena, 2018)

Sedangkan menurut Awan Hariyanto & Rini Sulistyowati dalam (Aprilia, 2020) Apendisitis adalah proses peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbi cacing atau disebut apendiks. Infeksi ini bisa mengakibatkan komplikasi apabila tidak segera mendapatkan tindakan bedah segera untuk penanganannya. Apendisitis adalah penyebab utama inflamasi akut di kuadran kanan bawah abdomen. Meskipun dapat dialami oleh semua kelompok usia, apendisitis paling sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun.

Dari ketiga pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa Apendisitis adalah peradangan pada apendiks yang disebabkan karena adanya sumbatan pada lumen apendiks. Semakin lama dibiarkan maka resiko komplikasi yang ditimbulkan akan semakin besar pula.

## **2. Etiologi Apendisitis**

Apendisitis umumnya terjadi karena infeksi bakteri. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya, diantaranya adalah obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks. Obstruksi ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, tumor apendiks, striktur, benda asing dalam tubuh, dan cacing askaris. Penelitian epidemiologi menunjukkan peranan kebiasaan mengkonsumsi makanan rendah serat dan pengaruh konstipasi terhadap timbulnya penyakit apendisitis. (Mardalena, 2018)

## **3. Klasifikasi Apendisitis**

Klasifikasi appendisitis dalam buku Ida Mardalena (2018) terbagi menjadi dua yaitu, appendisitis akut dan appendisitis kronik :

### **a. Apendisitis akut.**

Apendisitis akut sering tampil dengan gejala khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat. Gejala appendisitis akut antara lain nyeri samar-samar dan tumpul yang merupakan nyeri didaerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini sering disertai mual, muntah, dan penurunan nafsu makan. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik McBurney. Pada titik ini nyeri dirasakan lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat.

### **b. Apendisitis kronik.**

Diagnosis appendisitis kronis baru dapat ditegakkan jika ditemukan tiga hal yaitu,

- 1) Pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu tanpa alternatif diagnosis lain.
- 2) Setelah dilakukan apendektomi, gejala yang dialami pasien akan hilang.

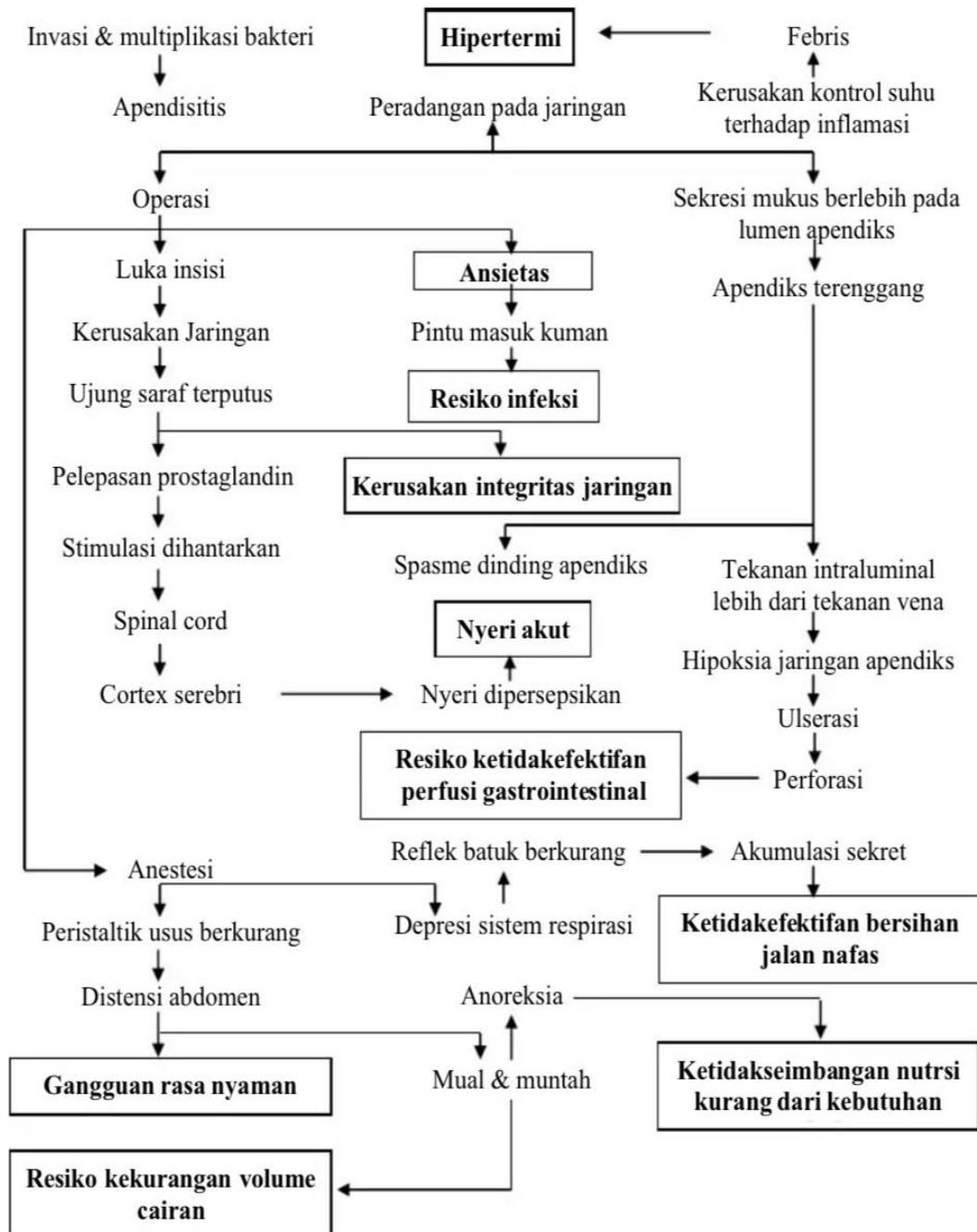
3) Secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau fibrosis pada apendiks.

#### **4. Manifestasi Klinis**

Gejala berkembang cepat, kondisi dapat didiagnosis dalam 4 sampai 6 jam setelah munculnya gejala pertama.

- a. Nyeri perut, nyeri perut ini sering disertai mual dan muntah
- b. Umumnya nafsu makan menurun
- c. Konstipasi
- d. Nilai leukosit biasanya meningkat dari rentang nilai normal
- e. Pada auskultasi, bising usus normal atau meningkat pada awal apendisitis dan bising melemah jika terjadi perforasi
- f. Demam
- g. Temuan dari hasil USG berupa cairan yang berada di sekitar apendiks menjadi sebuah tanda sonografik penting. (Mardalena, 2018)

## 5. Patofisiologi



Gambar 2.5 Pathway Apendisitis

Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2016)

## 6. Pemeriksaan Penunjang

### a. Pemeriksaan fisik

- 1) Inspeksi : Akan tampak adanya pembengkakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).
- 2) Palpasi : Di daerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendisitis akut.
- 3) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat/tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri diperut semakin parah
- 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.
- 6) Pada apendiks terletak pada retro sekal maka uji psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.

### b. Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm<sup>3</sup>. 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
- 2) Ultrasonografi
- 3) CT Scan (Nurarif & Kusuma, 2016)

## 7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan sebaiknya konservatif dengan pemberian antibiotik dan istirahat di tempat tidur. Penatalaksanaan pembedahan hanya dilakukan bila dalam perawatan terjadi abses dengan atau tanpa peritonitis umum. Penatalaksanaan Apendisitis menurut Mansjoer 2001 dalam (Mardalena, 2018) , antara lain:

### a. Sebelum Operasi

- 1) Pemasangan sonde lambung untuk dekompresi
- 2) Pemasangan kateter untuk kontrol produksi urin

- 3) Rehidrasi
  - 4) Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi dan diberikan secara intravena
  - 5) Obat-obatan penurun panas diberikan setelah rehidrasi tercapai
  - 6) Bila demam, harus diturunkan sebelum diberi anestesi.
- b. Operasi
- 1) Apendektomi
    - a) Apendiks dibuang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika.
    - b) Abses apendiks diobati dengan antibiotika IV, massanya mungkin mengecil atau abses mungkin memerlukan drainase dalam jangka waktu beberapa hari.
    - c) Apendektomi dilakukan bila abses dilakukan operasi efektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan.
- c. Pasca Operasi
- 1) Observasi TTV
  - 2) Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah
  - 3) Baringkan pasien dalam posisi *semi fowler*
  - 4) Pasien dikatakan baik, bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama pasien dipuaskan
  - 5) Bila ada tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal
  - 6) Berikan minum mulai 15ml/jam selama 4-5 jam lalu naikkan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring, dan hari berikutnya diberikan makanan lunak
  - 7) Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 20x30 menit
  - 8) Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk diluar kamar
  - 9) Hari ke-7 jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang.

## 8. Komplikasi

### a. Perforasi

Insiden perforasi 10-32%, rata-rata 20% paling sering terjadi pada usia muda sekali atau terlalu tua, perforasi timbul 93% pada anak-anak dibawah 2 tahun antara 40-75%, kasus usia diatas 60 tahun keatas. Perforasi jarang terjadi dalam 8 jam pertama. Tanda-tanda perforasi meliputi meningkatnya nyeri, spasme otot dinding perut kuadran kanan bawah dengan tanda peritonitis umum atau abses yang terlokalisasi, ileus, demam, malaise, dan leukositosis semakin jelas. Bila perforasi dengan peritonitis umum atau pembentukan abses telah terjadi sejak klien pertama kali datang, diagnosis dapat ditegakkan dengan pasti.

### b. Peritonitis

Peritonitis adalah tromboflebitis septik pada sistem vena porta ditandai dengan panas tinggi  $39^{\circ}\text{C}$  -  $40^{\circ}$  menggigil dan ikterus merupakan penyakit yang relative jarang. Bila terjadi peritonitis umum terapi spesifik yang dilakukan adalah operasi untuk menutup asal perforasi. Bila terbentuk abses apendiks akan teraba massa di kuadran kanan bawah yang cenderung menggelembung kearah rectum atau vagina.

- 1) Tromboflebitis supuratif dari system portal, jarang terjadi tetapi merupakan komplikasi yang letal
- 2) Abses subfrenikus dan fokal sepsis intra abdominak lain
- 3) Obstruksi intestinal juga dapat terjadi akibat perlengketan

### c. Hemoragi

Selama atau setelah pembedahan dapat memicu syok (keluarnya darah dari pembuluh darah yang robek) sehingga memerlukan transfusi darah atau pengganti cairan lain. Tindakan yang cepat dan tepat diperlukan dalam peristiwa hemoragi (perdarahan) karena perdarahan yang berlebihan dapat berakibat fatal.

## 9. Masalah yang lazim muncul

Beberapa diagnosis yang lazim muncul dalam buku (Nurarif & Kusuma, 2016) antara lain:

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
- b. Hipertermia b.d respon sistemik dari inflamasi gastrointestinal
- c. Nyeri akut b.d inflamasi dan infeksi
- d. Kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan aktif, mekanisme kerja peristaltic usus menurun
- e. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d faktor biologis, ketidakmampuan untuk mencerna makanan
- f. Kerusakan integritas jaringan
- g. Gangguan rasa nyaman
- h. Resiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal b.d proses infeksi, penurunan sirkulasi darah ke gastrointestinal, hemoragi gastrointestinal akut
- i. Resiko infeksi b.d tidak adekuatnya pertahanan tubuh
- j. Ansietas b.d proknoisis penyakit rencana pembedahan