

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep dasar Appendisitis

2.1.1. Definisi Appendisitis

Appendisitis berasal dari kata latian yaitu appendix dan -it is yang berarti inflamasi pada appendix . Appendisitis merupakan peradangan pada appendix vermiformis . Secara anatomis, appendix digambarkan sebagai bagian yang sempit dan panjang dengan ukuran rata-rata 1-9 inci. Appendix berada di belakang sekum kearah kiri di belakang ileum dan mesentery atau turun ke bawah ke dalam panggul. Organ ini disangga oleh mesenterium dan terdiri dari tiga lapisan yaitu organ sera, submucosa, dan mucus. Appendisitis biasanya disebabkan oleh sumbatan pada lumen apendiks. Sumbatan ini dapat berasal dari apendikolit (batu apendiks) atau beberapa etiologi mekanis lainnya (Yudi Pratama, 2022).

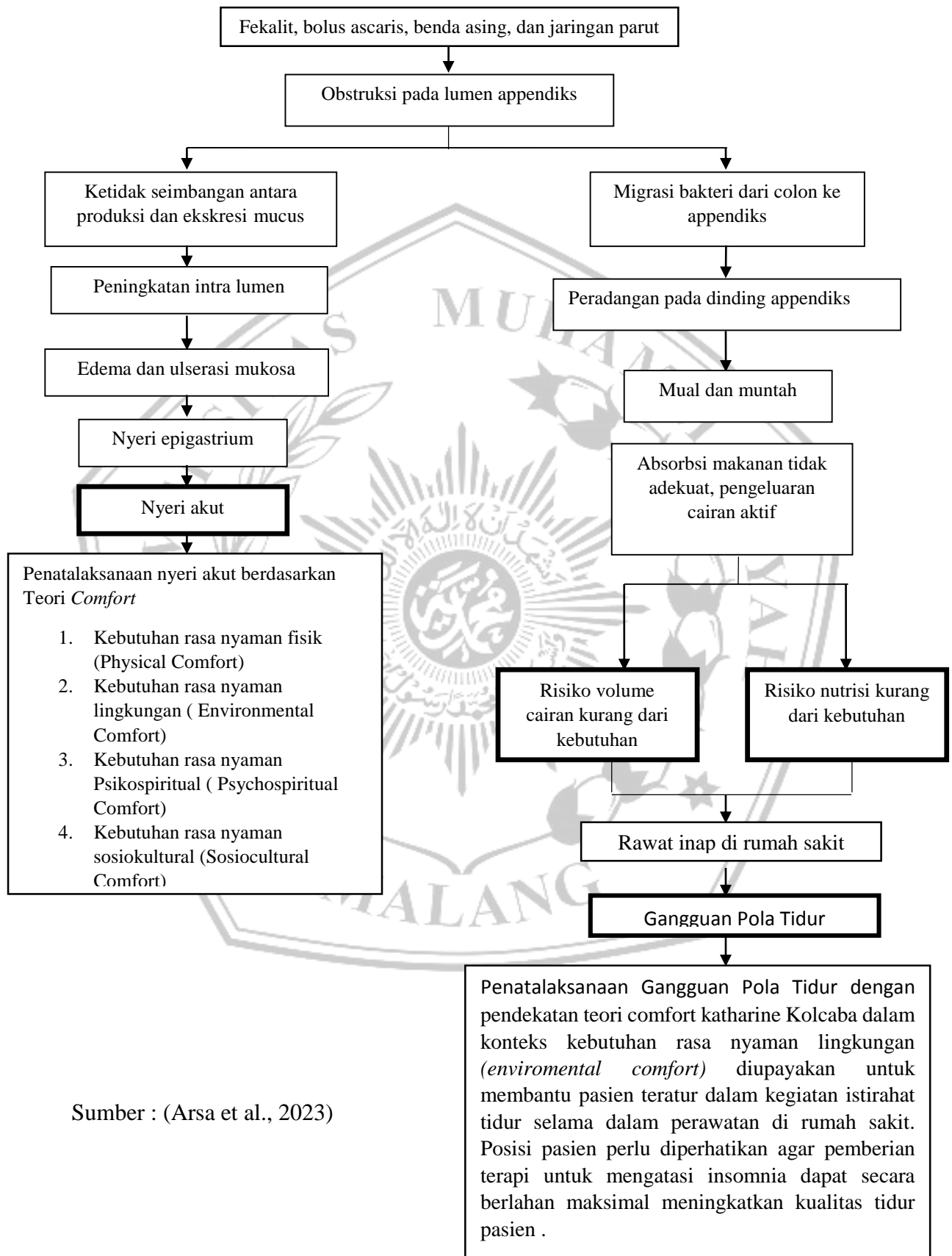
Appendisitis merupakan proses peradangan akut maupun kronis yang terjadi pada apendiks vermiformis oleh karena adanya sumbatan yang terjadi pada lumen apendiks. Peradangan terjadi akibat infeksi mikroorganisme yang masuk ke lapisan submukosa apendiks dan akhirnya melibatkan seluruh lapisan dindingnya. Peradangan akut akibat sumbatan lumen apendiks menyebabkan bendungan darah vena dan penutupan arteri. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya gangren bagian ujung atau tempat sumbatan yang terjadi. Komplikasi perforasi dapat terjadi, sehingga infeksi menyebar ke jaringan lokal seperti, omentum dan usus halus, atau menimbulkan peritonitis generalisata (Yulis Hati et al., 2023)

2.1.2. Manifestasi Klinis

Appendisitis akut sering tampil dengan gejala yang khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat. nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Pada

apendiks yang terinflamasi, nyeri tekan dapat dirasakan pada kuadran kanan bawah pada titik Mc.Burney yang berada antara umbilikus dan spinalis iliaca superior anterior. Derajat nyeri tekan, spasme otot dan apakah terdapat konstipasi atau diare tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi apendiks. Bila apendiks melingkar dibelakang sekum, nyeri dan nyeri tekan terasa didaerah lumbal. Bila ujungnya ada pada pelvis, tanda-tanda ini dapat diketahui hanya pada pemeriksaan rektal. nyeri pada defekasi menunjukkan ujung apendiks berada dekat rektum. nyeri pada saat berkemih menunjukkan bahwa ujung apendiks dekat dengan kandung kemih atau ureter. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot rektus kanan dapat terjadi. Tanda rovsing dapat timbul dengan melakukan palpasi kuadran bawah kiri yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa dikuadran kanan bawah. Apabila apendiks telah ruptur, nyeri menjadi menyebar. Distensi abdomen terjadi akibat ileus paralitik dan kondisi pasien memburuk (Mugi Hartoyo et al., 2022)

2.1.3. Pathway Appendisitis



Sumber : (Arsa et al., 2023)

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Nyeri Akut

Konsep Asuhan Nyeri Akut menurut (Selamat Parmin, 2023):

1. Pengkajian

- 1) Identitas pasien meliputi antara lain yaitu : nama, no. register, umur, jenis kelamin, agama, Pendidikan, pekerjaan, golongan darah dan Alamat.
- 2) Identitas penanggung jawab meliputi antara lain yaitu : nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, Alamat dan hubungan pada klien.
- 3) Keluhan Utama
Pasien dengan diagnose medis Appendisitis Akut dengan keluhan nyeri perut bagian kanan bawah. Secara klasik, apendisitis awalnya muncul dengan nyeri perut menyeluruh atau periumbilikalis yang kemudian terlokalisasi di kuadran kanan bawah.
- 4) Riwayat Penyakit Keluarga
Adanya anggota keluarga yang menderita appendisitis atau penyakit lainnya.
- 5) Pengkajian Psiko – Sosio - Spiritual
Adanya kesimpulan penekanan diagnosis medis nyeri akibat appendisitis akut akan memberikan dampak terhadap keadaan status psikologis klien. Mekanisme koping biasanya maladaptif yang diikuti perubahan mekanisme peran dalam keluarga, kemampuan ekonomi untuk pengobatan, serta prognosis yang tidak jelas merupakan faktor-faktor pemicu kecemasan dan ketidakefektifan koping individu dan keluarga.
- 6) Pemeriksaan Fisik
 - a. Gambaran umum : Pemeriksaan keadaan umum dimulai dengan pemeriksaan tandatanda vital yang meliputi nadi, suhu, tekanan darah, dan frekuensi pernapasan. Keadaan umum dengan gangguan nyeri akut dapat dilakukan

dengan menilai keadaan fisik tiap bagian tubuh, dan menilai kesadaran klien. Beberapa yang perlu dikaji dalam klien dengan nyeri akut appendisitis :

1. Sistem Pencernaan

Kaji kesimetrisan bibir, ada tidaknya nya lesi pada bibir, kelembaban mukosa, nyeri stomatitis, keluhan pada saat mengunyah dan menelan. Amati bentuk abdomen, lesi, biasanya ditemukan nyeri tekan, adanya massa, bising usus.

2. Sistem Perkemihan

Kaji terhadap kebutuhan dari genitalia, terjadinya perubahan pada eliminasi BAK. Kaji adanya retensi urine dan inkontinesia urine dengan cara palpasi abdomen bawah atau pengamatan terhadap pola berkemih dan keluhan klien.

3. Sistem Musculoskeletal

Kaji pergerakan ROM dari pergerakan sendi mulai dari kepala sampai anggota gerak bawah, kaji nyeri pada waktu klien bergerak..

4. Sistem Endokrin

Kaji adanya pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid, apakah terdapat benjolan ataupun pembengkakan.

5. Sistem Persyarafan

Pada saat dilakukan inspeksi, tingkat kesadaran perlu dikaji, setelah sebelumnya diperlukan pemeriksaan GCS untuk menentukan apakah klien berada dalam keadaan compos mentis, somnolen, atau koma, selain fungsi sensriik perlu juga dikaji seperti pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, dan pengecapan.

6. Sistem Intergumen

Kaji keadaan kulit meliputi tekstur, kelembaban, turgor, warna dan fungsi perabaan, kaji perubahan suhu tubuh.



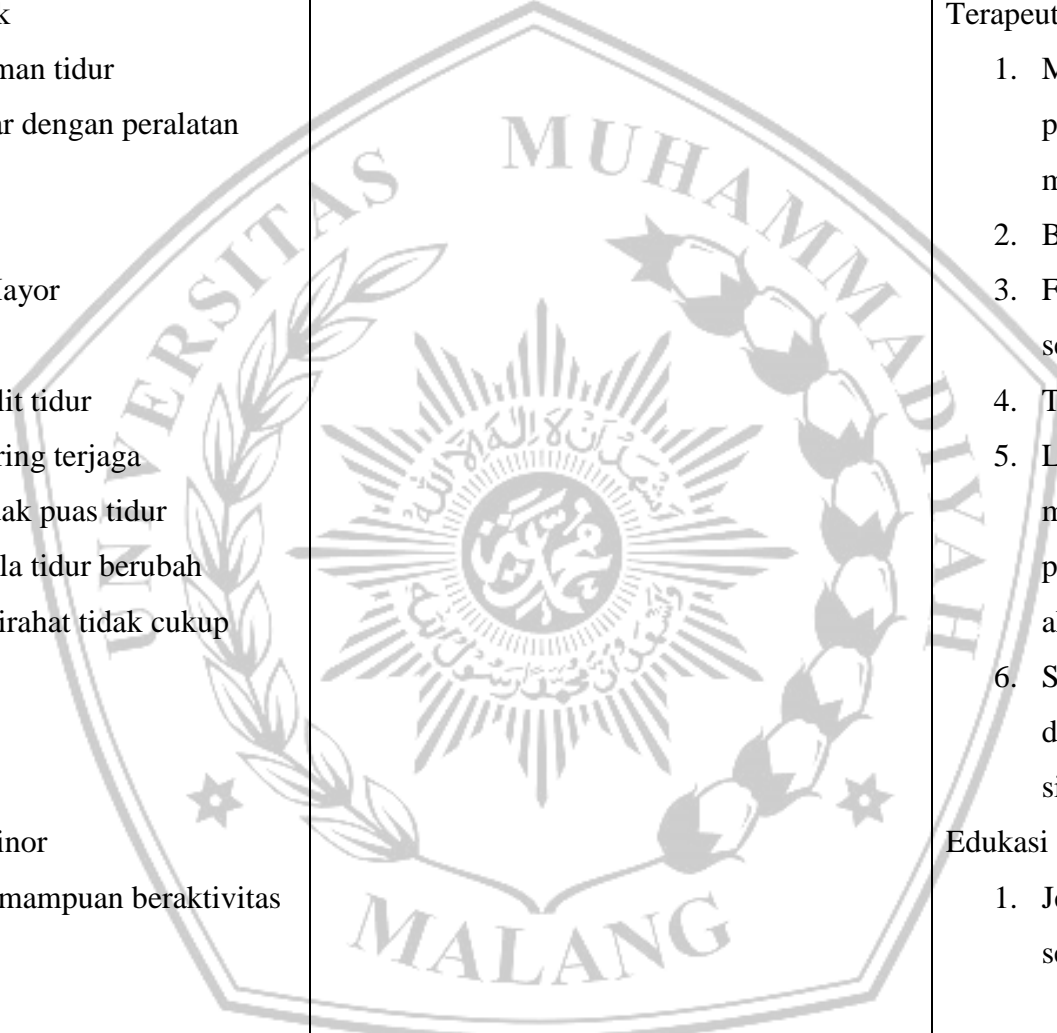
2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

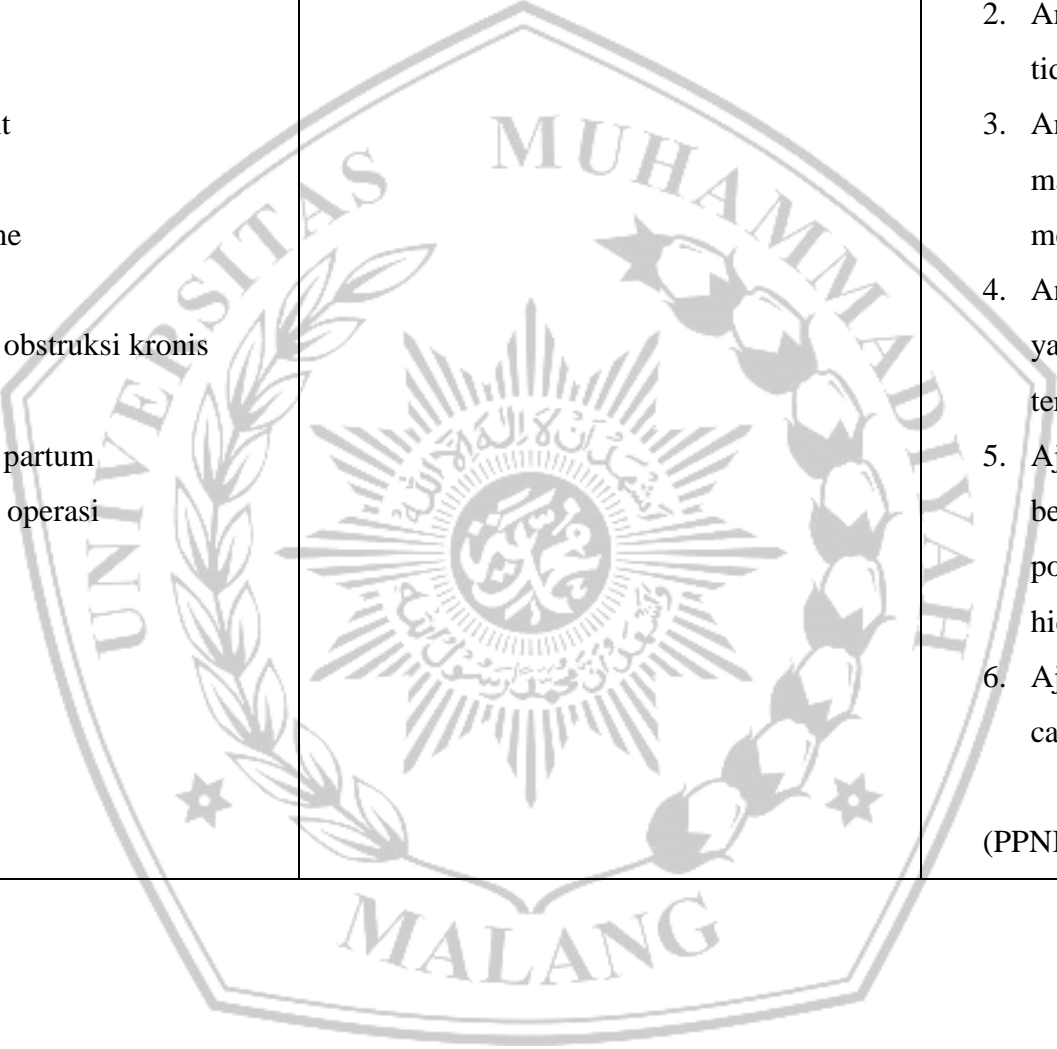
No	SDKI	SLKI	SIKI
1	<p>Nyer Akut (D.0077)</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteraksi ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma). 2. Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan). 3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). 	<p>Tingkat Nyeri (L.080066)</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.</p> <p>Ekspektasi : Menurun.</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menurunkan aktivitas menurun. 2. Keluhan nyeri menurun. 3. Meringis menurun. 4. Sikap protektif menurun. 5. Gelisah menurun. 6. Kesulitan tidur menurun. 7. Menarik diri menurun. 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</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 hingga berat dan konstan.</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan 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. <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"> 8. Berfokus pada diri sendiri menurun. 9. Diaphoresis menurun. 10. Perasaan depresi (tertekan) menurun. 11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun. 12. Anoreksia menurun. 13. Perineum terasa tertekan menurun. 14. Uterus teraba membulat menurun. 15. Ketegangan otot menurun. 16. Pupil dilatasi menurun. 17. Muntah menurun. 18. Mual menurun. 19. Frekuensi nadi membaik. 20. Pola napas membaik. 21. Tekanan darah membaik. 22. Proses berfikir membaik. 23. Fokus membaik. 24. Fungsi berkemih membaik. 25. Perilaku membaik. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat atau dingin, terapi bermain.
--	--	--	---

	<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. Diaphoresis. <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi pembedahan. 2. Cedera traumatis. 3. Infeksi. 4. Sindrom koroner akut. 5. Glaukoma. <p>(PPNI, 2016)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 26. Nafsu makan membaik. 27. Pola tidur membaik <p>(PPNI, 2018)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 3. Fasilitas istirahat dan tidur. 4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat. 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi</p>
--	--	--	---

			<p>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. (PPNI, 2018)</p>
2	<p>Gangguan pola tidur (D.0055) Definisi : Gangguan Kualitas Dan Kuantitas Waktu Tidur Akibat Faktor Eksternal</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hambatan lingkungan (mis: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/Tindakan) 2. Kurang control tidur 3. Kurang privasi 	<p>Pola Tidur (L.05045) Definisi : Keadekuatan Kualitas Dan Kuantitas Tidur Ekspetasi : Membaik Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 6. Kemampuan beraktivitas meningkat <p>(PPNI, 2018)</p>	<p>Dukungan Tidur (I.05174) Definisi : Memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur. Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

	<p>4. Restraint fisik</p> <p>5. Ketiadaan teman tidur</p> <p>6. Tidak familiar dengan peralatan tidur</p> <p>Gejala Dan Tanda Mayor</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidak puas tidur 4. Mengeluh pola tidur berubah 5. Mengeluh istirahat tidak cukup <p>Objektif :</p> <p>(tidak tersedia)</p> <p>Gejala dan Tanda Minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun <p>Objektif</p>		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit
--	--	---	---

	<p>(tidak tersedia)</p> <p>Kondisi Klinis Terkait</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri/Kolik 2. Hipertiroidisme 3. Kecemasan 4. Penyakit paru obstruksi kronis 5. Kehamilan 6. Periode pasca partum 7. Kondisi pasca operasi <p>(PPNI, 2016)</p>		<ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 5. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya <p>(PPNI, 2018)</p>
--	---	---	--

2.3. Konsep Teori Model Keperawatan Comfort Kolcaba

2.3.1. Konsep Teori Comfort Kolcaba

Beberapa konsep penting dalam teori kolcoba adalah (Aini, 2018) :

- 1) Kebutuhan perawatan kesehatan merupakan kebutuhan kenyamanan yang berkembang dari situasi stress dalam asuhan Kesehatan yang tidak dapat dicapai dengan system dukungan penerima secara umum (tradisional). Kebutuhan manusia dapat berupa kebutuha fisiologis, psikospiritual, sosiokultural, atau lingkungan. Hal ini dapat diidentifikasi melalui melakukan observasi, laporan verbal atau non verbal dan konsultasi keuangan dan intervensi.
- 2) Intervensi untuk rasa nyaman merupakan tindakan keperawatan dan ditunjukan untuk mencapai kebutuhan kenyamanan penerima asuhan, mencakup fisiologis, sosial, budaya, ekonomi, psikologis, spiritual, lingkungan dan intervensi fisik. Beberapa contoh intervensi yang telah diuji oleh Kolcaba adalah : Guided imagery untuk pasien psikiatrik, sentuhan yang menyembuhkan (*Healing Touch*) dan dukungan untuk mengurangi stress pada mahasiswa : pijat dengan tahan (*Hand Massage*) untuk pasien dengan lama keperawatan, pakain hangat dengan suhu yang dapat dikendalikan untuk mengurangi kecemasan dan meingkatkan kenyamanan pada pasien preoperative.
- 3) Variabel yang mengintervensi merupakan intervensi yang mempengaruhi presepsi penerima mengenai kenyamanan sepenuhnya. Hal ini mencakup pengalaman sebelumnya, usia, sikap, status emosional, latar belakang budaya, system pendukung, prognosis, ekonomi, edukasi, dan keseluruhan elemen lainnya dari pengalaman penerima.

- 4) Perilaku mencari bantuan merupakan perilaku mencari bantuan menjabarkan tujuan hasil yang ingin dicapai tentang makna sehat, yakni sikap peneri a berkonsultasi mengenai kesehatannya dengan perawat.
- 5) Integritas institusional merupakan Perusahaan, komunitas, sekolah, rumah sakit, regional, negara bagian dan negara yang memiliki kualitas yang lengkap, utuh, berkembang, etik dan tulus akan memiliki integritas kelembagaan. Ketika institusi tersebut menunjukkan hal tersebut, hal ini akan menciptakan dasar praktik dan kebijakan yang tepat.
- 6) Praktik terbaik diartikan sebagai intervensi yang diberikan petugas Kesehatan sesuai dasar keilmuan dan praktik untuk mendapatkan hasil yang terbaik untuk pasien dan keluarga.
- 7) Kebijakan terbaik merupakan kebijakan institusi atau kebijakan regional dimulai dari adanya protocol prosedur dan medis yang mudah untuk diakses, diperoleh dan diberikan

2.3.2. Tingkat Kenyamanan Comfor Kolcaba

Kolcaba menggunakan idenya dari 3 teoriti keperawatan sebelumnya untuk mensintesis atau mengidentifikasi jenis kenyamanan menurut analisis konsep. Ada 3 tingkat kenyamanan menurut Kolcaba (Aini, 2018) :

1. Relief (Kelegaian)

Merupakan arti kenyamanan dari hasil penelitian Orlando, yang mengemukakan bahwa perawat meringankan kebutuhan yang diperlukan oleh pasien. Di sini pasien memerlukan kebutuhan kenyamanan yang spesifik.

2. Ease (Ketentraman)

Terbebas dari rasa ketidaknyamanan atau meningkatkan rasa nyaman merupakan arti kenyamanan dari hasil penelitian. Henderson, yang mendeskripsikan ada 14 fungsi dasar manusia yang harus dipertahankan selama pemberian asuhan.

3. Transcendence

Yaitu mampu mentoleransi atau dapat beradaptasi dengan ketidaknyamanan. Ini dijabarkan dari hasil penelitian Paterson dan Zderat, yang menjelaskan bahwa perawat membantu pasien dalam mengatasi kesulitannya.

2.3.3. Konteks Kenyamanan Comfor Kolcaba

Menurut Kolcaba ada 4 konteks kenyamanan yaitu (Aini, 2018):

1) Kebutuhan rasa nyaman fisik (*Physical Comfort*)

Merupakan kebutuhan karena penurunan mekanisme fisiologis yang terganggu atau berisiko karena suatu penyakit atau prosedur invasive yang berkenaan dengan sensasi tubuh.

2) Kebutuhan akan psikospiritual (*Psychospiritual Comfort*)

Merupakan kebutuhan terhadap kepercayaan diri, kepercayaan dan motivasi yang bertujuan agar pasien atau keluarga dapat bangkit atau meninggal dengan damai.

3) Kebutuhan rasa nyaman sosiokultural (*Sociocultural Comfort*)

Merupakan kebutuhan penentraman hati, dukungan, bahasa tubuh yang positif dan perawatan yang dilihat dari segi budaya. Kebutuhan ini dipenuhi melalui coaching atau pemberian Pendidikan Kesehatan (informasi), promosi, pelatihan, mendapat informasi perkembangan yang berhubungan dengan prosedur pulang dari rumah sakit dan rehabilitasi.

4) Kebutuhan rasa nyaman lingkungan (*Environmental Comfort*)

Kebutuhan ini meliputi kerapian lingkungan, lingkungan yang sepi, perabotan yang nyaman, bau lingkungan minimum dan keamanan lingkungan. Tindakan yang dapat dilakukan perawat meliputi mengurangi kebisingan, memberikan penerangan yang cukup dan mengurangi gangguan pada saat tidur.

2.3.4. Paradigma Kenyamanan Comfor Kolcaba

Definisi paradigma keperawatan menurut Kolcaba antara lain yaitu (Aini, 2018):

1) Manusia

Penerima asuhan mungkin dapat berupa individu, keluarga, institusi atau komunitas yang membutuhkan asuhan keperawatan. Perawat dapat berperan sebagai penerima intervensi terkait kenyamanan di lingkungan tempat kerja ketika adanya inisiatif untuk meningkatkan kondisi kerja di bawah tekanan.

2) Lingkungan

Yang dimaksud di sini adalah segala aspek pasien, keluarga atau institusi yang dapat dimanipulasi oleh perawat, orang yang dicintai atau institusi untuk meningkatkan kenyamanan.

3) Kesehatan

Yang dimaksud di sini adalah status fungsi optimal seorang pasien, keluarga, pemberi asuhan Kesehatan atau komunitas dalam konteks individu atau kelompok.

4) Keperawatan

Yang dimaksud di sini adalah salah satu pengkajian kebutuhan kenyamanan yang intensif, intervensi yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan dan evaluasi tingkat kenyamanan setelah implementasi diberikan kemudian dengan tujuan hasil yang diinginkan