

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit Apendisitis

2.1.1 Definisi Apendisitis

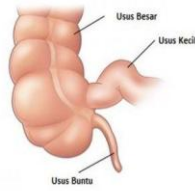
Secara anatomi, apendiks normal memiliki panjang bervariasi antara 6 hingga 9 cm, dengan diameter kurang dari 6 mm. Dinding apendiks tampak tipis, tidak menebal, dan berwarna merah muda keabu-abuan, menyerupai jaringan usus lainnya. Tidak ditemukan adanya edema, eksudat purulen (nanah), ataupun tanda-tanda peradangan seperti pembengkakan atau pelebaran pembuluh darah. Secara histologis, mukosa apendiks tetap utuh tanpa adanya ulserasi, dan tidak terdapat infiltrasi sel-sel radang seperti neutrofil ke dalam lapisan muskularis. Di dalam dinding apendiks normal masih dapat ditemukan folikel limfoid yang merupakan bagian normal dari jaringan limfoid sekunder (Gambar 1). Dalam pemeriksaan radiologis seperti ultrasonografi (USG), apendiks yang normal terlihat sebagai struktur tubular yang memiliki diameter kurang dari 6 mm, dengan dinding yang tipis dan tidak menebal. Apendiks ini umumnya non-kompresibel namun tidak menimbulkan nyeri tekan saat diperiksa, serta tidak menunjukkan peningkatan vaskularisasi pada pemeriksaan Doppler. Tidak tampak adanya fekalit (massa feses keras) maupun cairan bebas atau abses di sekitar apendiks. Pada pemeriksaan CT-scan, apendiks yang normal juga menunjukkan diameter yang kecil (di bawah 6 mm), tanpa penebalan dinding, tanpa infiltrasi lemak periapendikular, dan tanpa penumpukan cairan di rongga abdomen (Widjajakusumah, 2020).

Apendisitis merupakan kondisi peradangan akut yang terjadi pada apendiks vermiformis, yaitu struktur berbentuk tabung sempit yang terletak di bagian bawah sekum. Meskipun fungsi apendiks belum sepenuhnya diketahui, organ ini diketahui dapat mengalami pengisian dan pengosongan seiring dengan pergerakan makanan di dalam saluran pencernaan. Peradangan pada apendiks umumnya diawali oleh penyumbatan atau iritasi yang menyebabkan proses

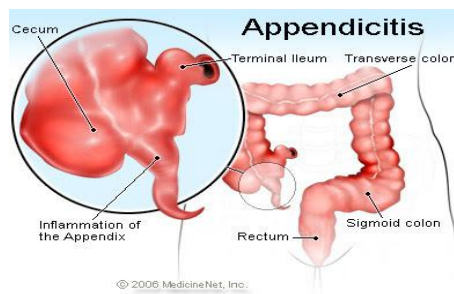
inflamasi. Akibatnya, pembuluh darah di sekitar apendiks mengalami pelebaran, aliran darah menjadi lambat (stasis), hingga berpotensi mengalami penyumbatan arteri. Kondisi ini menciptakan lingkungan yang memungkinkan pertumbuhan bakteri secara berlebihan, yang pada akhirnya dapat menyebabkan jaringan apendiks mengalami kematian gangren (Gambar 2) (Hartoyo, 2022).

Apendisitis adalah suatu kondisi peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, yaitu organ kecil berbentuk tabung yang melekat pada sekum dan terletak di bagian kanan bawah perut. Meskipun apendiks tidak memiliki fungsi vital yang jelas dalam sistem pencernaan, peradangan pada organ ini dapat menimbulkan kondisi darurat yang serius apabila tidak segera ditangani. Apendisitis biasanya terjadi akibat adanya sumbatan pada lumen (saluran dalam) apendiks, yang dapat disebabkan oleh fekalit (tinja yang mengeras), benda asing, infeksi parasit, atau pembesaran jaringan limfoid akibat respons imun. Sumbatan ini menyebabkan bakteri berkembang biak secara berlebihan, menimbulkan infeksi, pembengkakan, dan akumulasi nanah di dalam apendiks (Ernawati, 2023).

Apendisitis merupakan kondisi peradangan pada usus buntu (apendiks) yang disebabkan oleh infeksi. Umumnya, kondisi ini terjadi akibat penyumbatan lumen apendiks oleh tinja, yang kemudian mengganggu aliran darah serta merusak lapisan mukosa, sehingga memicu proses peradangan. Jika tidak segera ditangani, infeksi ini dapat berkembang menjadi peradangan akut yang memerlukan tindakan bedah secepatnya guna mencegah timbulnya komplikasi serius (Suryanti, 2025).



Gambar 2. 1 Apendik



Gambar 2. 2 Apendisitis

2.1.2 Etiologi Apendisitis

Apendisitis atau radang usus buntu dapat terjadi akibat penyumbatan pada lumen usus buntu, yang disebabkan oleh berbagai faktor. Selain tinja, penyumbatan juga dapat disebabkan oleh tumor seperti tumor karsinoid, adenokarsinoma, parasit, serta pembesaran jaringan limfatik. Ketika terjadi obstruksi, bakteri mulai berkembang biak di dalam apendiks, yang kemudian memicu peradangan akut, dan dalam beberapa kasus dapat menyebabkan perforasi serta pembentukan abses. Di dalam apendiks sendiri, terdapat berbagai jenis bakteri aerob dan anaerob, seperti *Escherichia coli* dan *Bacteroides* spp. Selain itu, parasit seperti *Enterobius vermicularis* juga dapat menyumbat lumen apendiks dan memicu terjadinya apendisitis (Sintya, 2023).

2.1.3 Klasifikasi Apendisitis

2.1.3.1 Apendisitis Akut

Peradangan pada apendiks biasanya ditandai dengan gejala khas yang menunjukkan lokasi tertentu. Pada kasus apendisitis akut, gejala awal yang

muncul adalah nyeri tumpul dan samar yang bersifat visceral, umumnya dirasakan di daerah epigastrium atau sekitar pusar. Nyeri ini sering disertai dengan mual, muntah, serta penurunan nafsu makan. Setelah beberapa jam, rasa nyeri tersebut akan berpindah ke titik McBurney, di mana nyerinya menjadi lebih tajam dan jelas, menandakan adanya nyeri somatik yang terlokalisasi (Ernawati, 2023).

2.1.3.2 Apendisitis Kronis

Apendisitis kronis adalah peradangan pada usus buntu (apendiks) yang berlangsung dalam jangka waktu lama, biasanya berminggu-minggu hingga berbulan-bulan. Berbeda dengan apendisitis akut yang muncul secara tiba-tiba dengan gejala yang intens dan memerlukan tindakan bedah segera, apendisitis kronis memiliki gejala yang lebih ringan, tidak khas, dan sering kali muncul secara berulang. Penderita biasanya mengalami nyeri perut yang hilang timbul di bagian kanan bawah, disertai rasa tidak nyaman yang menetap. Gejala lain yang dapat muncul adalah penurunan nafsu makan, mual ringan, dan rasa kembung. Penyebab kondisi ini umumnya adalah penyumbatan sebagian pada lumen apendiks akibat tinja, jaringan limfoid yang membesar, atau jaringan parut dari peradangan sebelumnya. Karena gejalanya tidak spesifik, apendisitis kronis kerap kali sulit didiagnosis secara tepat dan sering terlewatkan. Meskipun tidak bersifat darurat seperti apendisitis akut, kondisi ini tetap memerlukan penanganan medis yang tepat, dan dalam banyak kasus, pembedahan tetap menjadi pilihan untuk mengatasi peradangan yang berkelanjutan (Ernawati, 2023).

2.1.4 Manifestasi Klinis Apendisitis

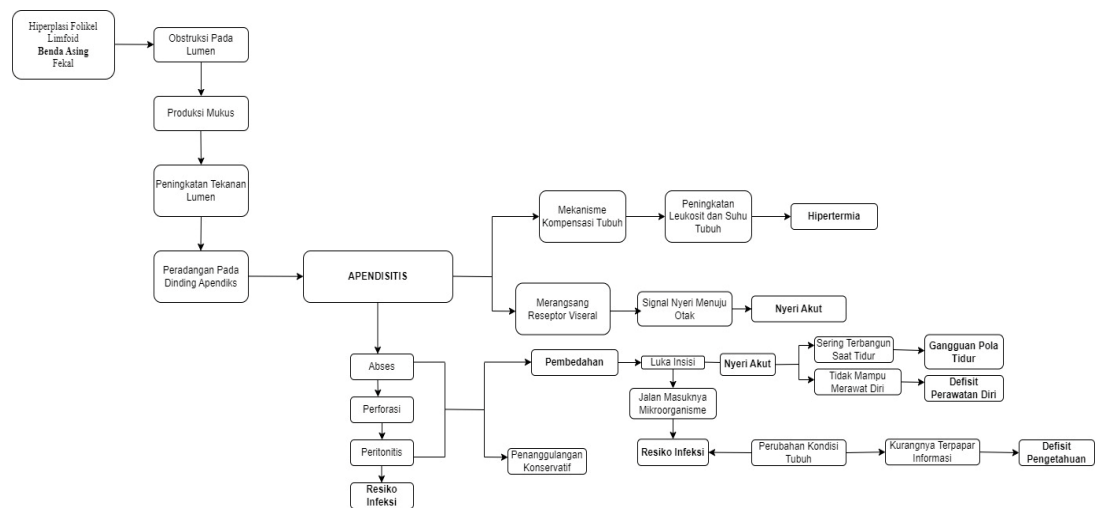
Apendisitis umumnya muncul dengan gejala khas akibat peradangan mendadak pada umbai cacing (apendiks) yang menimbulkan tanda-tanda lokal. Nyeri biasanya dirasakan di kuadran kanan bawah perut dan sering disertai demam ringan, mual, muntah, serta hilangnya nafsu makan. Pada kasus apendiks yang meradang, nyeri tekan sering ditemukan di titik McBurney, yaitu titik yang terletak antara pusar dan spina iliaka anterior

superior. Tingkat nyeri tekan, spasme otot, serta munculnya konstipasi atau diare tidak selalu mencerminkan tingkat keparahan infeksi ataupun posisi apendiks. Jika apendiks berada di belakang sekum, nyeri dan tekanan akan terasa di daerah pinggang. Bila ujung apendiks terletak di dalam rongga pelvis, gejala mungkin hanya terdeteksi melalui pemeriksaan rektal. Rasa nyeri saat buang air besar dapat mengindikasikan bahwa ujung apendiks berada dekat rektum, sedangkan nyeri saat buang air kecil menunjukkan kedekatannya dengan kandung kemih atau ureter. Kekakuan otot rektus kanan bagian bawah juga dapat terjadi. Tanda Rovsing, yaitu nyeri di kuadran kanan bawah yang muncul saat ditekan kuadran kiri bawah, bisa menjadi indikasi khas. Jika apendiks mengalami ruptur, nyeri akan menyebar ke seluruh perut, dan distensi abdomen bisa terjadi akibat ileus paralitik, menandakan kondisi pasien yang semakin memburuk (Afdhal, 2023).

2.1.5 Patofisiologi Apendisitis

Apendisitis umumnya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks yang bisa terjadi akibat hiperplasia folikel limfoid, feses yang mengeras (fekalit), benda asing, striktur karena fibrosis dari peradangan sebelumnya, atau adanya neoplasma. Penyumbatan ini menyebabkan mukus yang dihasilkan oleh mukosa terakumulasi dan menumpuk. Seiring waktu, penumpukan mukus semakin banyak, namun elastisitas dinding apendiks terbatas sehingga tekanan di dalam lumen meningkat. Peningkatan tekanan ini menghambat aliran getah bening yang menyebabkan pembengkakan (edema), masuknya bakteri ke jaringan (diapedesis), serta kerusakan pada mukosa. Pada tahap ini, terjadi apendisitis akut lokal yang ditandai dengan nyeri di daerah epigastrium. Jika produksi mucus terus berlanjut, tekanan akan semakin tinggi, menyebabkan sumbatan pada pembuluh vena, bertambahnya edema, dan bakteri yang menembus dinding apendiks. Peradangan pun meluas hingga mengenai peritoneum sekitar, sehingga menimbulkan nyeri di kuadran kanan bawah yang dikenal sebagai apendisitis supuratif akut. Jika aliran darah arteri terhambat, dinding apendiks akan mengalami infark yang kemudian diikuti oleh gangren, yang disebut apendisitis gangrenosa (Afdhal, 2023).

Ketika dinding apendiks yang rapuh tersebut pecah, kondisi ini disebut apendisitis perforasi. Jika proses ini berlangsung perlahan, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak mendekati apendiks sehingga terbentuk massa lokal yang disebut infiltrat apendikularis. Peradangan tersebut kemudian bisa berkembang menjadi abses atau mereda dengan sendirinya. Pada anak-anak, risiko perforasi lebih tinggi karena omentum yang lebih pendek, apendiks yang lebih panjang, serta dinding apendiks yang lebih tipis, ditambah dengan sistem kekebalan tubuh yang belum sempurna. Sedangkan pada orang tua, perforasi juga lebih mudah terjadi akibat gangguan pada pembuluh darah (Afdhal, 2023).



Gambar 2. 3 Patofisiologi Apendisitis

(Suryanti, 2025)

2.1.6 Komplikasi Apendisitis

Komplikasi pada apendisitis umumnya muncul akibat keterlambatan dalam penanganan. Faktor-faktor yang menyebabkan keterlambatan ini dapat berasal dari pasien maupun tenaga medis. Dari sisi pasien, keterlambatan sering disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang gejala dan keterbatasan biaya untuk mendapatkan perawatan. Sementara itu, dari pihak tenaga medis, keterlambatan dapat terjadi karena kesalahan dalam menegakkan diagnosis, penundaan dalam proses diagnosis, keterlambatan

dalam merujuk pasien ke fasilitas kesehatan yang lebih lengkap, atau lambatnya tindakan medis yang diberikan. Semua faktor tersebut dapat berkontribusi pada meningkatnya angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas) akibat apendisitis (Geniko & Sofatunisa, 2024).

2.1.6.1 Abses

Abses adalah bentuk peradangan pada apendiks yang ditandai dengan terbentuknya kumpulan nanah (pus). Kondisi ini biasanya ditandai dengan terabanya massa lunak di kuadran kanan bawah perut atau di area pelvis. Awalnya, massa ini berbentuk flegmon, yaitu peradangan jaringan lunak yang belum membentuk rongga, namun kemudian berkembang menjadi rongga berisi pus. Abses biasanya terbentuk ketika apendisitis gangrenosa atau mikroperforasi tertutup oleh omentum, sehingga mencegah penyebaran infeksi lebih lanjut dan membatasi peradangan pada satu area.

2.1.6.2 Perforasi

Perforasi merupakan kondisi pecahnya apendiks yang telah terisi nanah, sehingga bakteri menyebar ke dalam rongga perut. Kejadian ini jarang ditemukan dalam 12 jam pertama sejak gejala awal muncul, namun risikonya meningkat secara signifikan setelah 24 jam. Sekitar 70% kasus perforasi dapat dikenali sebelum operasi melalui tanda-tanda klinis yang muncul setelah 36 jam, seperti demam tinggi di atas 38,5°C, kondisi tubuh yang tampak toksik, nyeri tekan menyeluruh di perut, serta peningkatan jumlah sel darah putih, khususnya sel polymorphonuclear (PMN). Baik perforasi yang terjadi secara bebas maupun mikroperforasi berpotensi menimbulkan komplikasi serius berupa peritonitis, yaitu peradangan pada selaput rongga perut (Geniko & Sofatunisa, 2024).

2.1.6.3 Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan pada peritoneum, yaitu selaput yang melapisi rongga perut dan organ-organ di dalamnya, dan merupakan salah satu komplikasi serius yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis.

Ketika infeksi menyebar secara luas ke seluruh permukaan peritoneum, kondisi ini berkembang menjadi peritonitis generalisata. Dalam keadaan ini, gerakan peristaltik usus menurun drastis hingga terjadi ileus paralitik, menyebabkan usus membesar, serta hilangnya cairan dan elektrolit yang berujung pada dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi darah, dan penurunan produksi urin (oligouria). Gejala peritonitis biasanya mencakup nyeri perut yang semakin berat, muntah, nyeri tekan di perut, demam, dan peningkatan jumlah sel darah putih (leukositosis) (Geniko & Sofatunisa, 2024).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Apendisitis

2.1.7.1 Laboratorium

Pemeriksaan penunjang untuk mendeteksi apendisitis meliputi pemeriksaan darah lengkap dan pengukuran kadar C-reactive protein (CRP). Pada pemeriksaan darah lengkap, biasanya ditemukan peningkatan jumlah leukosit antara 10.000 hingga 18.000/mm³ (leukositosis), dengan persentase neutrofil melebihi 75%. Sementara itu, kadar CRP dalam darah juga akan meningkat. CRP merupakan salah satu protein fase akut yang mengalami peningkatan 4 hingga 6 jam setelah proses inflamasi dimulai, dan dapat dianalisis melalui elektroforesis protein serum. Pemeriksaan CRP memiliki tingkat sensitivitas sekitar 80% dan spesifisitas sebesar 90%, sehingga cukup andal sebagai indikator adanya peradangan, termasuk pada kasus apendisitis (Geniko & Sofatunisa, 2024).

2.1.7.2 Radiologi

Pemeriksaan radiologis untuk mendeteksi apendisitis meliputi :

a. Ultrasonografi (USG)

Pada pemeriksaan USG, apendiks yang mengalami peradangan tampak sebagai struktur memanjang di lokasi inflamasi. Tingkat akurasi USG berada pada kisaran 90–94%, dengan sensitivitas sekitar 85% dan spesifisitas 92%.

b. Computed Tomography Scan (CT-Scan)

CT-Scan memberikan gambaran yang lebih rinci, menunjukkan apendiks yang membesar dengan keberadaan fekalith serta pelebaran sekum sebagai tanda peradangan yang meluas. CT-Scan memiliki akurasi yang lebih tinggi, yaitu 94–100%, dengan sensitivitas 90–100% dan spesifisitas mencapai 96–97%, sehingga dianggap sebagai metode pencitraan paling akurat dalam mendiagnosis apendisitis (Geniko & Sofatunisa, 2024).

c. Apendikogram

Apendikogram adalah pemeriksaan radiologi yang menggunakan bahan kontras, seperti barium sulfat, untuk memvisualisasikan apendiks (umbai cacing) guna mendeteksi kelainan seperti apendisitis. Prosedur ini melibatkan pemberian bahan kontras secara oral, yang kemudian akan terlihat pada gambar radiografi jika mengisi lumen apendiks. Hasil pemeriksaan dapat menunjukkan pengisian penuh (full filling), sebagian (partial filling), atau tidak sama sekali (non-filling) pada apendiks, yang membantu dalam diagnosis kondisi seperti peradangan atau sumbatan pada apendiks (Hartoyo, 2022).

2.1.8 Penatalaksanaan Apendisitis

2.1.8.1 Penanggulangan konservatif

Penanganan konservatif umumnya diberikan kepada pasien apendisitis yang tidak memiliki akses langsung ke layanan bedah, dengan fokus utama pada pemberian antibiotik untuk mengendalikan infeksi. Terapi ini bertujuan menekan proses peradangan dan mencegah komplikasi lebih lanjut. Pada kasus apendisitis perforasi, tindakan awal yang dilakukan sebelum operasi mencakup stabilisasi kondisi pasien melalui penggantian cairan dan elektrolit yang hilang, serta pemberian antibiotik sistemik untuk menangani infeksi yang telah menyebar. Pendekatan ini penting untuk mempersiapkan pasien sebelum menjalani tindakan bedah (Geniko & Sofatunisa, 2024).

2.1.8.2 Pembedahan

Adapun 2 cara yang dapat dilakukan untuk pembedahan apendisitis yaitu laparaskopi dan laparatomi. Laparaskopi dan laparatomi merupakan dua metode pembedahan yang digunakan untuk mengakses organ dalam perut, namun keduanya memiliki perbedaan mendasar.

a. Laparaskopi

Laparaskopi adalah prosedur bedah minimal invasif yang dilakukan dengan membuat sayatan kecil, biasanya berukuran 0,5 hingga 1,5 cm, untuk memasukkan alat khusus bernama laparoskop. Alat ini dilengkapi dengan kamera dan sumber cahaya yang memungkinkan dokter melihat organ dalam melalui monitor. Karena sayatannya kecil, pasien yang menjalani laparaskopi umumnya mengalami nyeri pascaoperasi yang lebih ringan, risiko infeksi yang lebih rendah, serta waktu pemulihan yang lebih cepat, biasanya hanya membutuhkan rawat inap singkat atau bahkan bisa pulang di hari yang sama.

b. Laparatomi

Laparotomi adalah prosedur bedah terbuka yang memerlukan sayatan besar pada dinding perut untuk memberikan akses langsung ke organ-organ dalam. Metode ini digunakan terutama untuk kondisi medis yang lebih kompleks, seperti kanker, trauma perut, atau situasi darurat yang memerlukan penanganan cepat. Meskipun laparatomi memberikan pandangan langsung dan akses lebih luas bagi dokter, prosedur ini cenderung menyebabkan nyeri pascaoperasi yang lebih berat, risiko komplikasi yang lebih tinggi, serta masa pemulihan yang lebih lama (Rehatta, 2020).

2.1.8.3 Pencegahan Tersier

Tujuan utama dari pencegahan tersier adalah untuk menghindari timbulnya komplikasi yang lebih serius, khususnya komplikasi intra-abdomen. Komplikasi yang paling sering terjadi meliputi infeksi pada luka operasi dan abses di dalam rongga peritoneum. Jika selama tindakan bedah ditemukan

adanya kemungkinan perforasi apendiks, maka rongga perut perlu dibersihkan dengan larutan garam fisiologis atau diberikan antibiotik untuk mengendalikan infeksi. Setelah prosedur apendektomi, pasien memerlukan perawatan intensif dan pemberian antibiotik, dengan durasi terapi yang disesuaikan berdasarkan tingkat keparahan infeksi intra-abdomen yang ditemukan (Geniko & Sofatunisa, 2024)

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Apendisitis

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah Pengkajian adalah tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data secara sistematis dari berbagai sumber untuk kemudian dianalisis dan diinterpretasikan. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien, sehingga dapat direncanakan tindakan keperawatan yang tepat. Langkah pertama dalam pengkajian adalah pengumpulan data, yang terbagi menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif diperoleh langsung dari pasien melalui wawancara, seperti keluhan nyeri atau rasa cemas, sedangkan data objektif didapatkan dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, atau pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi. Setelah data terkumpul, perawat harus melakukan validasi untuk memastikan bahwa informasi yang diperoleh akurat dan konsisten. Selanjutnya, data tersebut dikelompokkan berdasarkan kebutuhan dasar pasien, misalnya kebutuhan oksigenasi, nutrisi, eliminasi, dan mobilisasi. Tahap berikutnya adalah analisis dan interpretasi data untuk mengenali pola atau gejala yang mengarah pada suatu masalah kesehatan (Serinadi, 2024). Pengkajian pada pasien dengan apendiksitis meliputi :

2.2.1.1 Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama, suku, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, alamat, dan nomor register.

2.2.1.2 Keluhan Utama

Pasien mengeluhkan rasa nyeri di sekitar epigastrium menjalar keperut kanan bawah. Jika ditekan perut kanan bagian bawah, penderita merasakan nyeri tumpul dan jika penekanan dilepaskan, nyeri bisa bertambah tajam. Nyeri perut kanan bawah mungkin timbul beberapa jam dan kemudian nyeri di pusat atau di epigastrium akan dirasakan setelahnya. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus-menerus, atau hilang/timbul dalam waktu yang lama. Keluhan yang menyertai biasanya pasien mengeluh rasa mual dan muntah, panas.

2.2.1.3 Riwayat Kesehatan Sekarang

Selain mengeluh nyeri pada daerah epigastrium, keluhan yang menyertai biasanya klien mengeluh rasa mual, muntah dan demam.

2.2.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Biasanya berhubungan dengan penyakit yang sekarang seperti klien pernah mengalami penyakit yang sama atau penyakit organ pencernaan lainnya.

2.2.1.5 Riwayat Kesehatan keluarga

Biasanya penyakit apendisitis ini bukan merupakan penyakit keturunan, bisa dalam anggota keluarga ada yang pernah mengalami sakit yang sama dengan pasien juga tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti yang dialami pasien sebelumnya.

2.2.1.6 Pemeriksaan fisik

a. Kepala

Perhatikan bentuk dan kesimetrisan, palpasi adanya pembengkakan, dan periksa kebersihan kepala.

b. Mata

Pada konjungtiva akan tampak anemis, sclera tidak ikterik.

c. Hidung

Perhatikan kesimetrisan hidung, tidak ada pernafasan cuping hidung.

d. Mulut

Biasanya ditemukan mukosa bibir lembab.

e. Telinga

Perhatikan kebersihan telinga, lihat adanya lesi dan sekret.

f. Leher

g. Tidak ada pembesaran kelenjer getah bening dan tiroid.

h. Jantung

Inspeksi : iktus kordis biasanya tidak terlihat

Palpasi : iktus kordis biasanya teraba

Perkusi : bunyi jantung I RIC III kanan, kiri, bunyi jantung II RIC 4-5 midklavikula

Auskultasi : biasanya bunyi jantung normal

i. Paru-paru

Inspeksi : biasanya terlihat simetris kiri dan kanan, biasanya tidak ada tarikan dinding dada

Palpasi: biasanya fremitus kiri dan kanan

Perkusi : biasanya sonor

Auskultasi : biasanya vesikuler

j. Abdomen

Inspeksi : Terlihat luka insisi operasi pada kuadran kanan bawah abdomen, biasanya ditutupi balutan steril. Tidak tampak tanda distensi abdomen maupun perdarahan aktif. Warna kulit sekitar luka tampak normal.

Palpasi : Terdapat nyeri tekan ringan di area bekas insisi. Tidak ditemukan tanda tahanan otot atau nyeri alih. Luka operasi teraba hangat normal, tanpa fluktuasi atau tanda infeksi lokal seperti abses subkutan.

Perkusi : Bunyi timpani masih terdengar, menandakan tidak adanya akumulasi cairan atau udara bebas intraabdomen.

Auskultasi : Peristaltik usus mulai kembali terdengar, meskipun bisa masih lemah atau tidak teratur, tergantung pada fase pemulihan pasca-operasi.

k. Ekstermitas

Biasanya CRT <2 detik, tugor kulit kembali cepat, dan tidak ada edema

2.2.1.7 Keadaan umum

Biasanya pasien tampak lemah

2.2.1.8 Tingkat kesadaran

Composmentis (kesadaran penuh dan kooperatif)

2.2.1.9 Tanda-tanda vital

- a. Frekuensi nadi dan tekanan darah Denyut nadi biasanya ditemukan normal, tekanan darah biasanya ditemukan normal.
- b. Frekuensi pernafasan Biasanya ditemukan frekuensi pernafasan normal.
- c. Suhu tubuh

Biasanya suhu tubuh normal, namun jika ada infeksi pada bekas luka suhu tubuh dapat meningkat.

2.3 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia terhadap status kesehatan atau risiko perubahan pola kesehatan pada individu maupun kelompok, di mana perawat memiliki tanggung jawab untuk mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara tepat guna mempertahankan, menurunkan, membatasi, mencegah, atau mengubah kondisi keperawatan. Perumusan diagnosa keperawatan dapat dibagi menjadi beberapa kategori. Diagnosa aktual menggambarkan masalah nyata yang sedang dialami pasien dan didukung oleh data klinis yang ditemukan. Diagnosa risiko menunjukkan potensi masalah kesehatan yang mungkin terjadi apabila tidak segera diberikan intervensi. Diagnosa kemungkinan menggambarkan suatu kondisi yang membutuhkan pengumpulan data tambahan untuk memastikan adanya masalah keperawatan. Diagnosa wellness merupakan keputusan klinis mengenai keadaan individu, keluarga, atau komunitas yang sedang berada

dalam proses transisi dari tingkat kesejahteraan tertentu menuju tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi. Selain itu, terdapat juga diagnosa sindrom yang terdiri dari kumpulan diagnosa keperawatan aktual dan risiko tinggi yang cenderung muncul sebagai respons terhadap suatu kejadian atau situasi tertentu (Syahri, 2023). Pada pasien apendisitis biasanya muncul diagnosis :

2.3.1 Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)

2.3.2 Risiko infeksi berhubungan dengan tindakan invasive (D.0142)

2.3.3 Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi (D.0111)

2.3.4 Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0190)

2.4 Rencana Keperawatan

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan. Rencana perawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan keperawatan yang dirumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang (Syahri, 2023).

Tabel 2. 1 Rencana Keperawatan

	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)	Rasional
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	Tingkat Nyeri Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24	Manajemen Nyeri Observasi : • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,	• Mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,

		jam maka tingkat nyeri menurun dengan Kriteria Hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi menurun Pola napas meningkat	frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respon nyeri non-verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : • Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis. Teknik relaksasi Benson) • Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : • Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi • Kolaborasi pemberian analgetik	kualitas, intensitas nyeri • Mengetahui skala nyeri • Mengetahui respon nyeri non-verbal • Mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Meredakan Nyeri • Memberikan rasa aman dan nyaman • Pasien mengetahui cara meredakan nyeri • Meredakan Nyeri
	Resiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur infansif (D.0142)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama ...x 24jam tingkat infeksi dengan kriteria hasil: 1. Kebersihan tangan meningkat. 2. Kebersihan badan meningkat.	Intervensi pencegahan infeksi dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Observasi : • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : • Batasi jumlah pengunjung	• Mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik • Mencegah infeksi • Mencegah Infeksi • Mencegah infeksi • Pasien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi

		3. Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun 4. Kadar sel darah putih meningkat	Berikan perawatan kulit pada area edema Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi : • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan	• Pasien mengetahui cara mencuci tangan dengan benar • Pasien dapat mengetahui etika batuk • Pasien mengetahui cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Pasien dapat meningkatkan asupan nutrisi
	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi (D.0111)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ...x24 jam maka tingkat pengetahuan	Intervensi edukasi kesehatan dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Observasi : • Identifikasi kesiapan dan kemampuan	• Mengetahui kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Mengetahui faktor-faktor yang dapat meningkatkan

		menurun dengan Kriteria Hasil :	menerima informasi • Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik : • Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan • Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi : • Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan • Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat • Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat • Mempermudah pemberian pendidikan kesehatan • Pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan • Mengetahui faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan • Pasien dapat perilaku hidup bersih dan sehat • Mengetahui strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	--	--	---

2.5 Implementasi Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Syahri, 2023). Sesuai dengan rencana diatas maka intervensi yang dilakukan penulis yaitu :

2.5.1 Nyeri Akut

Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi respon nyeri non-verbal, mengidentifikasikan faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan strategi meredakan nyeri, mengkolaborasi pemberian analgetik. Yang kedua pada diagnosis

2.5.2 Resiko Infeksi

Memonitor tanda gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan, jelaskan tanda dan gejala infeksi, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, menganjurkan meningkatkan nutrisi.

2.5.3 Defisit Pengetahuan

Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menyediakan materi dan media guna pendidikan kesehatan, menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, memberikan kesempatan bertanya, mengajarkan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan yaitu cara pencegahan infeksi dan nutrisi yang dianjurkan.

2.5.4 Defisit Perawatan Diri

Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan, menyediakan peralatan mandi dan membantu pasien mandi.

2.6 Evaluasi keperawatan

Evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi proses dan evaluasi hasil merupakan dua komponen penting dalam tahap evaluasi asuhan keperawatan. Evaluasi proses berfokus pada penilaian terhadap cara pelaksanaan tindakan keperawatan, yaitu apakah intervensi yang diberikan oleh perawat telah sesuai dengan rencana keperawatan, standar prosedur operasional (SPO), dan prinsip-prinsip keperawatan yang berlaku. Evaluasi ini menekankan pada kualitas dan ketepatan pelaksanaan, termasuk waktu pelaksanaan, teknik, serta komunikasi yang digunakan saat tindakan dilakukan. Sementara itu, evaluasi hasil bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan keperawatan telah tercapai dengan melihat perubahan kondisi atau respon pasien setelah diberikan tindakan. Evaluasi hasil lebih menitikberatkan pada efektivitas tindakan keperawatan, misalnya apakah skala nyeri pasien menurun, apakah mobilitas meningkat, atau apakah tanda-tanda vital pasien kembali normal. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya (Syahri, 2023).

Hal yang harus dievaluasi khususnya pada kasus post apendiktomi adalah mengevaluasi keluhan nyeri meliputi karakteristik, durasi, frekuensi, dan karakteristik nyeri pada luka operasi. Selain itu mengevaluasi kondisi luka operasi, memonitor tanda tanda infeksi seperti nyeri berlebih, kemerahan, panas, dan keluar cairan atau rembesan pada luka operasi. Dari sisi fungsi fisiologis, perawat perlu mengevaluasi kemampuan eliminasi (baik urin maupun feses), pergerakan usus (bising usus kembali normal), serta toleransi terhadap asupan oral. Aspek mobilisasi juga penting dievaluasi, yaitu apakah pasien sudah bisa duduk, berdiri, atau berjalan dengan bantuan atau mandiri, yang menunjukkan pemulihan kekuatan fisik (Christina, 2025).

2.7 Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari proses pemberian asuhan keperawatan. Dokumentasi harus dilakukan secara konsisten dan sesuai dengan format yang telah ditentukan. Pencatatan tersebut harus dibuat segera setelah tindakan keperawatan dilakukan, disusun berdasarkan urutan kronologis kejadian, dan menggunakan singkatan yang telah baku. Dalam setiap dokumentasi, penting untuk mencantumkan waktu pelaksanaan, uraian tindakan yang jelas, inisial serta paraf perawat yang melakukan, dan memastikan bahwa catatan yang ditulis bersifat akurat serta dijaga kerahasiaannya. Kelengkapan dan ketepatan dalam dokumentasi menjadi cerminan mutu asuhan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat harus mematuhi prinsip-prinsip dokumentasi yang baik. Dalam menulis dokumentasi, apabila terjadi kesalahan, perawat tidak diperkenankan menghapus tulisan dengan tipe-x. Kesalahan harus diperbaiki dengan menarik satu garis pada tulisan yang salah, memberikan paraf, lalu menuliskan informasi yang benar. Selain itu, komentar yang bersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan lainnya harus dihindari karena dapat menunjukkan sikap yang tidak profesional serta menurunkan kualitas pelayanan keperawatan (Massa, 2025).

Jika terjadi kesalahan penulisan, koreksi harus segera dilakukan karena kesalahan tersebut dapat berujung pada kekeliruan tindakan keperawatan. Catatan yang dibuat harus mencerminkan fakta, ditulis secara akurat, teliti, dan dapat dipercaya. Hindari spekulasi atau menulis berdasarkan perkiraan yang belum terbukti. Bagian akhir catatan perawat tidak boleh dibiarkan kosong, karena bagian kosong tersebut berisiko diisi oleh informasi yang tidak benar. Oleh karena itu, bagian kosong harus diberi garis horizontal sepanjang area tersebut dan ditandatangani di bawahnya. Semua catatan harus dapat dibaca dengan jelas, menggunakan tinta berwarna hitam atau biru, serta menggunakan bahasa yang mudah dimengerti. Ketika perawat menerima instruksi, ia harus mencatat ulang instruksi tersebut untuk memastikan kejelasan dan sebagai bentuk klarifikasi. Dokumentasi hanya boleh ditulis oleh perawat yang

melakukan tindakan karena ia memiliki tanggung jawab penuh terhadap informasi yang ditulis. Penggunaan istilah yang terlalu umum sebaiknya dihindari karena kurang menggambarkan kondisi spesifik klien dan berisiko menimbulkan kesalahpahaman. Oleh karena itu, catatan keperawatan harus ditulis secara lengkap, singkat, padat, dan objektif. Setiap urutan kejadian harus dicatat dengan benar, serta ditandatangani setelah dokumentasi selesai ditulis. Dengan demikian, dokumentasi keperawatan akan bersifat objektif, komprehensif, dan akurat, serta dapat mencerminkan kondisi klien secara nyata (Massa, 2025).