

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Appendicitis*

1. Pengertian

Appendicitis yakni timbulnya peradangan pada usus buntu yang timbul dikarenakan oleh infeksi. Hal ini akan menimbulkan peradangan akut dan harus dilakukan tindakan lanjut yaitu pembedahan sesegera mungkin untuk menghindari komplikasi yang lebih berbahaya. *Appendicitis* merupakan peradangan dari apendiks dan menjadi salah satu penyebab abdomen akut yang paling sering disebabkan adanya obstruksi lalu iskemia dengan jangka waktu yang bermacam-macam (Iyani et al., 2019)

2. Etiologi

Appendicitis biasa terjadi disebabkan oleh bakteri. Ada banyak hal yang menjadi faktor penyebabnya, diantaranya yaitu sumbatan yang terjadi di lumen apendiks. Sumbatan ini terjadi biasanya dikarenakan adanya penumpukan kotoran tinja yang keras (fekalit), tumor apendiks, hiperplasia folikel limfoid, terdapatnya benda asing seperti cacing askariasis, erosi mukosa apendiks dikarenakan parasite seperti *Escherichia histolytica* dan kebiasaan mengkonsumsi makanan yang kurang atau rendah serat menyebabkan konstipasi dan terjadi *appendicitis* selanjutnya menyebabkan tekanan intrasekal dan mengakibatkan meningkatnya tekanan intrasekal dan menimbulkan

sumbatan fungsional apendiks serta terjadi peningkatan kuman flora pada kolon (Decaprio, 2022)

3. Patofisiologi

Appendicitis dimulai dengan tanda patogenetik primer yang menyebabkan penyumbatan dan luka pada mukosa apendiks. Hindrance dibagian proksimal dapat mengakibatkan obstruksi lumen. Peningkatan sekresi normal dari mukosa yang membengkak dapat mempercepat pertumbuhan bakteri (Widarsa et al., 2018). Penyebab penyumbatan mukus yang dihasilkan oleh mukosa dapat terhambat, menyebabkan hipoksia, hambatan aliran limfe, dan peningkatan tekanan akibat infeksi bakteri. Infeksi dapat memperparah pembengkakan apendiks, menyebabkan trombosis, dan mengurangi aliran darah. Peningkatan tekanan dapat mempertahankan sekresi mukus, menyebabkan obstruksi vena, dan memungkinkan bakteri menembus dinding, yang pada gilirannya dapat menyebabkan infark dinding apendiks dan gangren (Akemah et al., 2023)

4. Manifestasi klinis

Presentasi klinis *appendicitis* tidak pasti dikarenakan adanya variasi dalam posisi apendiks, usia dan tingkat peradangan. Riwayat seperti anoreksia dan nyeri periumbilikal lalu terjadi adanya mual, muntah dan nyeri kuadran kanan bawah hanya terjadi 50% saja. Anoreksia memiliki presentase sebanyak 74-78% sedangkan mual 61-92%. Tidak terdapat temuan yang berbeda secara statistik dari temuan pada pasien yang

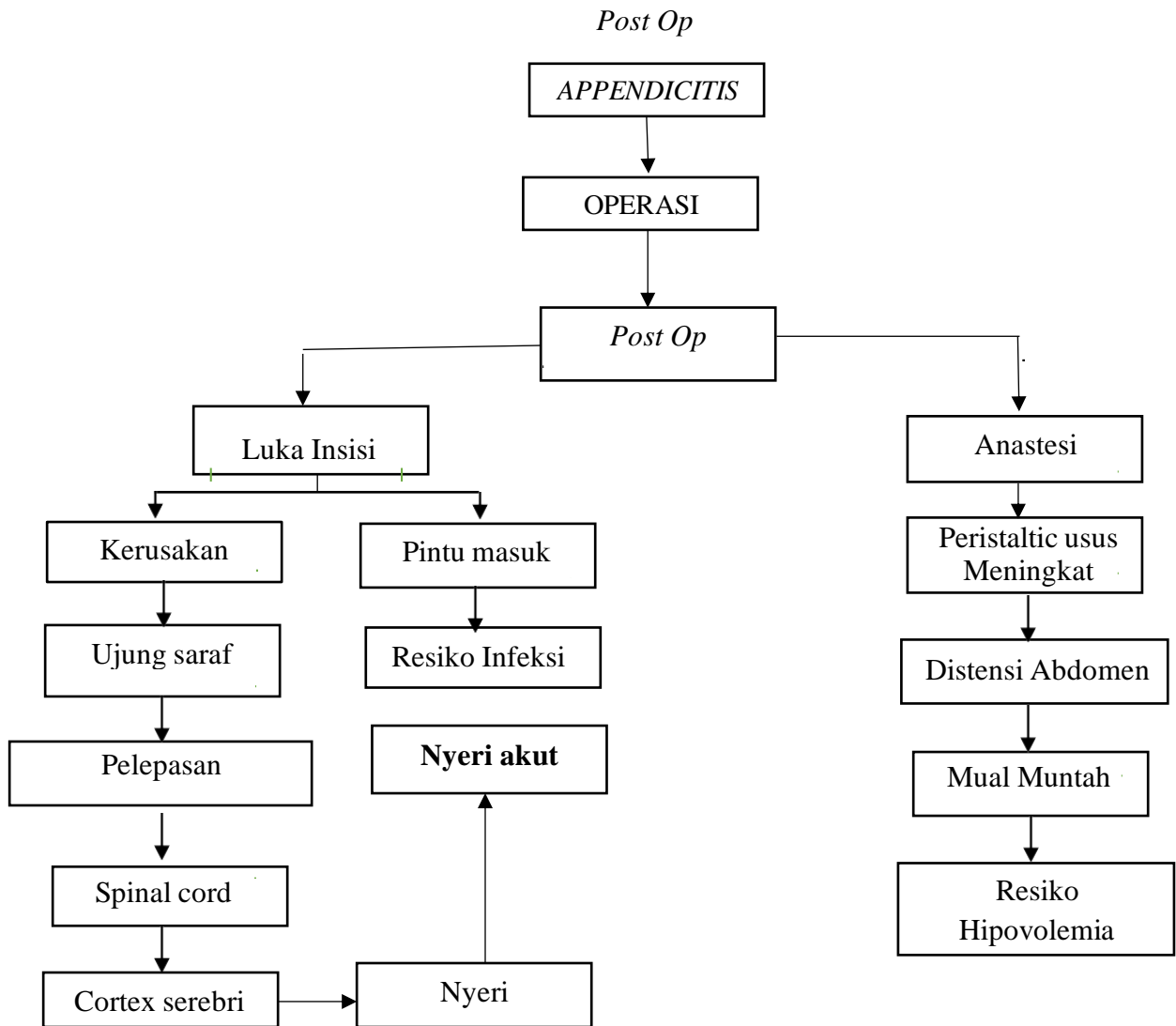
datang ke unit gawat darurat dengan etiologi lain dan nyeri pada perut.
(Decaprio, 2022)

Nyeri perut merupakan tanda dan gejala yang paling umum terjadi. Dimulai dari nyeri epigastrium yang berpindah ke kuadran kanan bawah perut. Saat serabut saraf aferen visceral di T8 hingga T10 distimulasi, akan menyebabkan nyeri terpusat yang tidak terlalu terasa. Lalu pada saat usus buntu menjadi lebih meradang selanjutnya peritoneum parietal yang berdekatan akan teriritasi rasa nyeri akan lebih terasa pada bagian kuadran kanan bawah. Pasien biasanya akan berbaring, melenturkan pinggul dan menarik lutut kearah atas untuk mengurangi rasa nyeri. Nyeri progresif akan memburuk bersama dengan mual muntah, dan anoreksia (Decaprio, 2022)

Proses awal penyakit *appendicitis* melibatkan tanda patogenetik utama yang mengakibatkan penyumbatan dan luka pada mukosa apendiks. Obstruksi lumen terjadi dibagian proksimal, sementara pertumbuhan bakteri dipercepat oleh peningkatan sekresi normal dari mukosa yang membengkak. Sumbatan mukus yang dihasilkan mukosa dapat mengakibatkan hipoksia, hambatan aliran limfe, dan tekanan yang meningkat karena infeksi bakteri. Infeksi dapat memperburuk pembengkakan apendiks, menyebabkan trombosis, dan mengurangi aliran darah. Peningkatan tekanan dapat mempertahankan sekresi mukus, menyebabkan obstruksi vena, memungkinkan penetrasi bakteri ke dinding, yang akhirnya dapat menyebabkan infark dinding apendiks dan gangren (Mardalena, 2018).

5. Pathway

Bagan 2.1 Pathway Post Op Appendicitis



(Sekarwangi, 2022)

6. Klasifikasi

Berikut adalah klasifikasi *appendicitis* antara lain (Viera Valenci, 2019). *Appendicitis* akut mencakup peradangan apendiks dengan gejala khas seperti nyeri samar dan tumpul disekitar umbilicus, disertai rasa mual, muntah, dan penurunan nafsu makan.

- a) *Appendicitis* rekuren terjadi ketika ada riwayat nyeri berulang diperut kanan bawah, mendorong dilakukannya apendektomi. Ini bisa terjadi setelah *appendicitis* akut sembuh spontan, tetapi apendiks tidak kembali ke bentuk aslinya karena fibrosis dan jaringan parur.
- b) *Appendicitis* kronis didiagnosis jika pasien mengalami nyeri dikuadran kanan bawah selama minimal tiga minggu tanpa alternatif, gejala hilang setelah apendektomi, dan histopatologik menunjukkan inflamasi kronis atau fibrosis pada apendiks.

7. Pemeriksaan Diagnosis

a) Anamnesa

Anamnesa merupakan salah satu tahap penting dalam proses diagnosis medis. Dalam dunia medis, anamnesa adalah langkah awal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengumpulkan informasi tentang riwayat kesehatan pasien (Anita, 2019).

b) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan perlu menginterpretasikan hasil laboratorium dengan mempertimbangkan riwayat klinis dan temuan pemeriksaan fisik pasien. Meskipun hasil laboratorium dapat mendukung diagnosis klinis, namun tidak dapat menggantikan pentingnya pemeriksaan fisik, terutama dalam kasus *appendicitis* (Putri, 2023).

c) Pemeriksaan penunjang

Berikut beberapa pemeriksaan laboratorium umum dilakukan untuk mendukung diagnosa apendisitis :

1) Urinalisis

Pengujian urin melibatkan analisis sampel urin yang dikumpulkan dalam wadah khusus, dapat dilakukan dilaboratorium untuk mengidentifikasi potensi infeksi saluran kemih atau batu ginjal (Brodsky, 2013). Pada apendisitis, sekitar 19-40% pasien mengalami abnormalitas urinalisis, seperti piuria, bakteriuria, dan hematuria. Piuria berat umumnya terkait dengan infeksi saluran kemih, sementara proteinuria dan hematuria menunjukkan masalah pada sistem genitourinari atau gangguan pembekuan darah (Craig, 2018).

2) Tes darah

Tes darah memberikan gambaran mengenai kondisi darah seseorang dan sampelnya akan dianalisis dilaboratorium. Meskipun tidak ada tes darah khusus untuk apendisitis, peningkatan jumlah sel darah putih, *C-reactive* protein, granulosit, atau proporsi sel PMN dapat membantu dalam diagnosis. Kombinasi CRP tinggi, peningkatan sel darah putih, atau neutrofilia di atas 75% secara signifikan meningkatkan akurasi diagnosis *appendicitis*. Jika parameter ini dalam batas normal, kemungkinan kecil bahwa pasien mengalami *appendicitis*.

3) *Computed tomography (CT)*

CT-scan adalah metode pemeriksaan yang dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis apendisitis dalam situasi dimana diagnosis tidak jelas. Tingkat sensitivitas dan spesifisitasnya mencapai sekitar 95-98%. Dalam kasus pasien obesitas, presentasi klinis ambigu, atau dugaan adanya abses, CT-scan menjadi opsi tes diagnostik yang relevan. Diagnosis *appendicitis* dengan CT-scan dapat ditegakkan jika diameter apendiks melebihi 5-7 mm. Meskipun udara atau kontras sulit terlihat pada lumen dengan apendisitis karena distensi luminal dan kemungkinan penyumbatan, nonvisualisasi apendiks pada CT tidak sepenuhnya mengecualikan diagnosis *appendicitis* (Jones et al., 2019).

4) *Magnetic resonance imaging (MRI)*

MRI bisa mengidentifikasi peradangan, apendiks yang pecah, sumbatan didalam apendiks, dan penyebab nyeri perut lainnya. Meskipun bermanfaat untuk mendiagnosis *appendicitis* dan masalah perut lainnya, penggunaan MRI dibatasi oleh biaya yang tinggi, waktu yang lebih lama untuk mendapatkan gambar, keahlian radiologis yang diperlukan untuk interpretasi, dan keterbatasan ketersediaan (Gadiparhi et al, 2019)

8. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan *appendicitis* yang baik adalah sebaiknya dengan memberikan antibiotic dan istirahat yang cukup ditempat tidur.

Penatalaksanaan pembedahan hanya dilaksanakan saat terjadi abses bersama atau tanpa peritonitis umum.

Berikut adalah penatalaksanaan *appendicitis* menurut (Anandayu, 2023):

1. Sebelum operasi

- a) Memasang sonde lambung untuk melakukan dekompresi
- b) Memasang kateter agar produksi urin terkontrol
- c) Rehidrasi
- d) Memberikan antibiotic dengan spektrum yang luas, dosis yang cukup tinggi dan diberikan melalui intravena
- e) Ketika dehidrasi diberikan obat-obatan penurun panas
- f) Saat demam sebelum anastesi, panas harus diturunkan suhunya

2. Operasi

- a) Apendiktomi adalah penanganan untuk *appendicitis* dengan prosedur bedah yang melibatkan pengangkatan apendik yang terinfeksi. Selama prosedur apendiktomi, sayatan dilakukan hanya pada titik *McBurney*. Penyembuhan luka pada *post op* apendiktomi biasanya berkisar 2 sampai 4 hari, sedangkan untuk masa pemulihan pasien *post op* 1 sampai 2 minggu (Sofyan, 2019).
- b) Laparatomi merupakan suatu prosedur yang melibatkan pembuatan sayatan vertikal besar pada dinding perut ke dalam rongga perut untuk mencari sumber kelainan (eksplorasi). Setelah sumber kelainan ditemukan, biasanya dokter bedah akan

melanjutkan dengan tindakan yang spesifik sesuai dengan jenis kelainan yang telah diidentifikasi.

- c) Laparoskopi merupakan metode untuk visualisasi didalam rongga perut tanpa melakukan pembedahan besar. Dengan memanfaatkan sumber cahaya eksternal, laparoskopi adalah teknik bedah yang minim invasif, menggunakan peralatan berdiameter kecil untuk menggantikan peran tangan dokter bedah dalam menjalankan prosedur didalam rongga perut.

3. Setelah Operasi

- a) Pemantauan TTV
- b) Lepas sonde lambung saat pasien sudah sadar sehingga dapat mencegah aspirasi cairan lambung, lalu baringkan pasien dengan posisi semi fowler.
- c) Jika pada saat 24 jam tidak terjadi gangguan maka pasien dapat dikatakan baik, selama pasien dipuasakan.
- d) Jika dilakukan tindakan yang lebih besar, misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai usus dapat berfungsi denan normal kembali.
- e) Anjurkan pasien minum mulai dari 15ml/jam selama 4-5 jam lalu ditambah menjadi 30ml/jam. Pada keesokan harinya pasien dapat diberikan makanan saring lalu dikeseokan harinya pasien dapat diberikan makanan lunak.
- f) Setelah satu hari *post operasi* pasien dapat dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x80 menit.

g) Lalu lanjut hari ke 2 pasien suda dapat berdiri dan duduk diluar kamar.

h) Pada hari ke 7 jahitan pasien sudah dapat dilepas dan pasien sudah dapat diperbolehkan pulang.

9. Komplikasi

Komplikasi pada *appendicitis* menurut (Damayanti, 2022) yaitu :

a) Perforasi apendik dapat menyebabkan peritonitis dengan terbentuknya abses (kumpulan materi purulen) atau flebitis portal. Perforasi biasanya terjadi dalam waktu 24 jam setelah timbulnya gejala, seperti demam 37,7 °C atau lebih, tampilan toksik, dan nyeri tajam atau nyeri abdomen yang terus menerus.

b) Peritonitis merupakan komplikasi berbahaya yang muncul sebagai hasil dari penyebaran infeksi. Respon awal peritonitis terhadap invasi bakteri adalah pembentukan eksudat fibrinosa. Abses atau kantong nanah terbentuk diantara penyebaran fibrinosa, membentuk satu kesatuan dengan pembentukan membran sekitarnya, sehingga membatasi penyebaran infeksi (Damayanti, 2022).

Pelekatannya umumnya menghilang ketika infeksi mereda, namun dapat tetap ada sebagai lapisan fibrinosa yang dapat menyebabkan obstruksi usus. Jika bahan yang terinfeksi menyebar luas di permukaan peritoneum, dapat menyebabkan peritonitis difus. Dengan ketidakseimbangan peritonitis difus, aktivitas peristaltik menjadi terbatas, menyebabkan ileus paralitik, usus kemudian menjadi atoni dan

melebar. Cairan dan elektrolit hilang ke dalam lumen usus, menyebabkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oliguria.

Pelekatannya dapat mempengaruhi antara lain lingkaran usus yang melebar dan dapat menghambat pergerakan usus, menyebabkan obstruksi usus. Gejala bervariasi tergantung luasnya peritonitis, beratnya peritonitis, dan jenis organisme yang bertanggung jawab. Gejala utamanya melibatkan nyeri perut (terutama saat menekan), muntah, abdomen yang tegang, kaku, nyeri, dan demam (Damayanti, 2022).

B. Asuhan keperawatan pada pasien *Post Op Apendicitis*

1. Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dalam proses keperawatan yang melibatkan pengumpulan data secara sistematis, dimulai dari informasi identitas hingga evaluasi status kesehatan pasien. Pengkajian merujuk pada tahap pengumpulan data yang terorganisir secara sistematis mengenai keadaan kesehatan individu. Data yang dikumpulkan disusun dan dianalisis oleh perawat untuk menyajikan gambaran yang terus-menerus tentang status kesehatan pasien. Tujuan utama dari pengkajian adalah memberikan pemahaman yang berkelanjutan tentang kondisi pasien, sehingga perawat dapat merencanakan perawatan yang sesuai ((Putri et al., 2023).

a. Identitas klien

Pasien diidentifikasi berdasarkan nama, usia, jenis kelamin, agama, alamat, etnis, tanggal masuk di rumah sakit, metode, keluhan utama, alasan pengobatan, dan diagnosis medis.

b. Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama pada pasien *appendicitis* adalah rasa nyeri, yang dapat bersifat akut atau kronis tergantung pada durasi serangan. Untuk melakukan evaluasi yang komprehensif, prosedur berikut dapat diterapkan, seperti yang dijelaskan oleh :

- a) Apakah kejadian tersebut terprovokasi (*provoking incident*)
- b) Kualitas nyeri : bagaimana pasien menjelaskan rasa nyeri, apakah seperti perih, terbakar atau berdenyut (*quality of pain*)
- c) Wilayah : daerah yang nyeri, menjalar atau menyebar (*region*)
- d) Tingkat keparahan nyeri : pasien dapat menggambarkan rasa nyeri menggunakan skala nyeri (*severity scale of pain*)
- e) Lamanya nyeri (*time*)

2) Riwayat kesehatan sekarang

Rasa nyeri dari bagian atas perut menjalar ke daerah kanan bawah, disertai ketidaknyamanan setelah beberapa jam dari nyeri awal ditengah atau epigastrium. Nyeri dapat bersifat terus-menerus, mungkin mereda atau kembali muncul, dan disertai gejala muntah.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan sering mual dikarenakan masalah kesehatannya. Pada saat penyakit sebelumnya, pengalaman yang dilalui dan penyakit sebelumnya dapat mempengaruhi radang usus buntu.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Mencari tahu apakah ada anggota keluarga yang lainnya yang menderita *appendicitis* juga untuk dikaji apakah penyakit tersebut keturunan (Putri, 2019)

Data yang di haruskan di lakukan pengkajian pada *post op appendicitis* adalah :

a) Istirahat/aktivitas

Tanda gejala : Malaise biasanya ditandai dengan kelelahan.

b) Sirkulasi

Tanda gejala : klien mengalami takikardi atau denyut jantung cepat.

c) Eliminasi

Tanda gejala : biasanya terjadi konstipasi atau diare, perut kaku, nyeri tekan, terasa kembung, penurunan atau tidaknya suara usus.

d) Makanan/cairan

Biasanya di tandai dengan mual muntah.

e) Nyeri/gangguan kebutuhan kenyamanan

Nyeri dari bagian atas perut menyebar ke kanan bawah dengan ketidaknyamanan setelah beberapa jam dari awalnya ditengah atau epigastrium. Nyeri bisa terus-menerus, kadang-kadang mereda atau kembali muncul, disertai dengan muntah. Tanda : Nyeri yang berasal dari perut bagian atas, menjalar ke sisi kanan bawah, dan disertai rasa tidak nyaman beberapa jam setelah timbulnya awal nyeri diperut bagian tengah atau atas.

Rasa sakitnya mungkin menetap, terkadang mereda atau muncul kembali, dan disertai gejala muntah.

f) Pernapasan

Tanda : Pernapasan dangkal dan cepat.

g) Keamanan

Tanda : hipertermi atau suhu tubuh meningkat.

h) Penyuluhan dan pembelajaran

Gejala : jika terdapat hubungan dengan riwayat kondisi lain disertai abdomen yang terasa nyeri seperti pielitis akut, salpingitis akut, batu saluran kemih, ileitis regional dan pielitis akut.

2. Pengkajian Nyeri Pada *Pasien Post Operasi*

Pengkajian nyeri dapat dilakukan dengan mengetahui karakteristik nyeri (PQRST) yang akan membantu pasien mengungkapkan keluhannya secara lengkap yaitu sebagai berikut:

1. *Provocate/palliates (P)*

Mengkaji tentang penyebab nyeri dan yang dapat mengurangi serta memperberat nyeri (Sulistyo, A, 2019).

2. *Quality (Q)*

Kualitas nyeri merupakan sesuatu yang subjektif yang diungkapkan oleh klien dengan kalimat-kalimat: tajam, tumpul, berdenyut, berpindahpindah, seperti tertindih, perih, tertusuk, dll (Prasetyo, 2018)

3. *Region (R)*

Mengkaji lokasi nyeri dengan meminta klien untuk menunjukkan semua bagian atau daerah yang dirasakan tidak nyaman oleh klien. Untuk melokalisasi nyeri lebih spesifik, perawat dapat melacak daerah nyeri dari titik yang paling nyeri, namun nyeri yang dirasakan pasien bisa bersifat difus (menyebar) (Prasetyo, 2018).

4. *Severity(S)*

Mengkaji tingkat keparahan nyeri dengan menggambarkan nyeri yang dirasakan dari rentang skala 1-10 yaitu mulai dari nyeri ringan, sedang, dan berat (Sulistyo, 2019).

5. Time (T)

Mengkaji awitan, durasi dan rangkaian nyeri. Perawat dapat menanyakan: “Kapan nyeri mulai dirasakan?”, “Sudah berapa lama nyeri dirasakan?”, “Apakah nyeri yang dirasakan terjadi pada waktu yang sama setiap hari?”, “Seberapa sering nyeri kambuh?” (Sulistyo, 2019).

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan melibatkan evaluasi klinis terhadap respons individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan, dengan tujuan menyusun perawatan yang tepat untuk mencapai kesehatan optimal. Nyeri akut, sebagai contoh, adalah respons fisiologis normal terhadap stimulus kuat seperti zat kimia, panas, atau trauma yang dapat diprediksi dalam konteks pembedahan, trauma, atau penyakit akut (Tanra, 2022).

Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut <i>Kategori : Psikologis</i> <i>Sub kategori : nyeri dan kenyamanan</i>	D.007
Definisi Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.	
Penyebab <ol style="list-style-type: none">1. Agen pencedera sensorik (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)	
Gejala dan tanda mayor Subjektif <ol style="list-style-type: none">1. Mengeluh nyeri Objektif	

<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersifat 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"> 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 coroner akut 5. Glaucoma

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis dengan tujuan mencapai hasil yang diharapkan (PPNI, 2018).

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan	
	Tujuan dan Kriteria Hasil (PPNI, 2019)	Intervensi Keperawatan (PPNI,2018)
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri dari meningkat 	Teknik Distraksi Observasi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pilihan teknik distraksi yang diinginkan Terapiutik : <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan teknik distraksi (seperti

	menjadi cukup menurun 2. Meringis dari meningkat menjadi cukup menurun 3. Gelisah dari meningkat menjadi cukup menurun 4. Sulit tidur dari meningkat menjadi cukup menurun 5. Frekuensi nadi dari memburuk menjadi cukup membaik	distraksi audiovisual (menonton video) Edukasi : - Jelaskan manfaat dan teknik distraksi audiovisual bagi panca indra - Anjurkan menggunakan teknik audiovisual sesuai dengan tingkat energi, kemampuan, usia tingkat perkembangan - Anjurkan membuat daftar aktivitas yang menyenangkan - Anjurkan berlatih teknik distraksi (audiovisual)
--	---	---

4. Implementasi

Implementasi keperawatan dapat diinterpretasikan sebagai langkah perawat dalam menjalankan tindakan sesuai dengan rencana keperawatan, termasuk observasi, terapi, edukasi kesehatan, dan kerja sama dengan tim medis lainnya. Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan selama implementasi mencakup aspek intelektual, teknis, dan interpersonal, yang melibatkan upaya pemenuhan kebutuhan dasar individu (Aeni et al., 2023). Teknik distraksi visual adalah salah satu implementasi yang bisa diterapkan pada pasien dengan *post op appendicitis*.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang dipakai untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan apakah harus dilanjutkan atau di hentikan untuk menepatkan hasil yang sudah ditargetkan. Evaluasi yakni suatu perbandingan sistemik dan terperinci tentang kesehatan pasien dan juga tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi dilaksanakan dengan berkelanjutan dan juga melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lain. Evaluasi juga bisa disebut kegiatan untuk menilai intervensi yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan juga mengoptimalkan asuhan keperawatan (Aprilliani & Diyanah Syolihan R.P, 2023).

Evaluasi keperawatan adalah penilaian yang terdiri dari 5 komponen yaitu SOAP, S yaitu subjektif adalah keluhan dari pasien ketika intervensi keperawatan telah di lakukan. O yakni penilaian dari perawat langsung, A adalah analisi yakni perawat menganalisis setelah perawat meninjau langsung respon pasien secara subjektif maupun objektif, P yaitu apa tindakan selanjutnya yang harus di lakukan setelah perawat telah melakukan analisis.

Tabel 2.3 Luaran Keperawatan

Kriteria Hasil					
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Keluhan Nyeri	1	2	3	4	5
Meringis	1	2	3	4	5
Sikap Protektif	1	2	3	4	5

C. Penerapan Teknik Distraksi Visual

1. Pengertian

Strategi distraksi mengacu pada proses kognitif yang melibatkan pengalihan fokus atau perhatian yang disengaja dari rangsangan tertentu, seperti rasa sakit menuju stimulus lainnya. Penggunaan teknik distraksi digunakan untuk mengalihkan perhatian, sehingga memfasilitasi pengurangan sementara persepsi nyeri. Rangsangan eksternal yang menimbulkan emosi positif juga dapat menyebabkan pelepasan endorfin yang mengakibatkan penurunan nyeri yang dialami individu secara progresif (Et & Sinica, 2019) Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa kombinasi rangsangan visual, pendengaran, dan sentuhan dapat memberikan kemanjuran lebih dalam pengurangan nyeri dibandingkan dengan penggunaan rangsangan sensorik individu saja. Contoh teknik distraksi adalah penggunaan distraksi visual. distraksi visual seperti melihat pertandingan, 22 menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan, dan gambar (Pursitasari et al., 2023) Contoh distraksi visual adalah menonton animasi kartun yang menggunakan media animasi kartun dalam

pelaksanaannya. Media animasi adalah media berupa gambar yang bergerak disertai dengan suara . Distraksi visual lebih efektif mengalihkan kecemasan karena melibatkan 2 indera yaitu penglihatan dan pendengaran (Adha Riani et al., 2023).

Terapi distraksi visual adalah pendekatan yang umum digunakan untuk mengelola rasa sakit dengan mengalihkan perhatian individu dari sensasi nyeri. Dalam teknik ini, stimulus visual dan audiovisual digunakan untuk mengubah fokus pasien dari perasaan nyeri dan ketidaknyamanan. Contoh pelaksanaan terapi distraksi visual mencakup kegiatan seperti menonton film, menikmati pemandangan, mengamati gambar, dan membaca buku cerita bergambar (Yadi et al., 2019). Teknik distraksi visual yang paing umum dan paling efektif adalah penggunaan video, dimana gambar bergerak yang di hasilkan dan volume suara yang berasal dari video tersebut mampu mengalihkan perhatian sehingga mampu mengurangi rasa nyeri pada pasien post op, pemilihan video humor atau komedi menjadi yang paling efektif, karena mampu membuat seseorang yang menonton video tersebut merasa nyaman dan bahagia, karena tubuh melepaskan hormone berupa hormone dopamin, endorfin, setorosin, dan oksitosin (Sari et al, 2022).

2. Efektivitas Teknik Distraksi Audio Visual

Tabel 2.4 Efektifitas Terapi Relaksasi Benson

No	Judul Jurnal	Penulis	Tahun	Hasil
1	Pengaruh Terapi Distraksi Visual Dengan Media Virtual Reality Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Post Operasi	Rahmat Deri Yati et al .,	2018	Hasil penelitian menyimpulkan bahwa rata-rata skala nyeri menurun setelah di berikan teknik distraksi audiovisual dari skala 5,8 menjadi 3,55
2	Penerapan Pengalihan Distraksi Visual Pada An.G dengan Akut Leukemia Limfoblastik (ALL) dalam Penurunan Tingkat Nyeri Akut di RSPAD Gatot Soebroto	Rahayu Maharani et al .,	2023	Kesimpulan dari studi kasus ini adalah bahwa penerapan pengalihan distraksi visual terbukti efektif dalam mengurangi tingkat nyeri akut pada anak yang mengalami Akut Leukemia Limfoblastik. Hal ini terlihat dari penurunan tingkat nyeri yang dapat diukur, serta adanya indikasi bahwa anak-anak tersebut merasa lebih nyaman dan kurang mengalami ketidaknyamanan selama proses pengalihan distraksi visual.
3	Literature Review : Distraksi Audio Visual Dapat Menurunkan Intensitas Nyeri Pemasangan Infus Anak	Intan Zahra et al.,	2020	Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa penggunaan teknik distraksi audiovisual mampu mengurangi tingkat nyeri pada anak-anak prasekolah yang sedang dirawat inap di berbagai rumah sakit.

	Usia Prasekolah			Hal ini terlihat ketika anak-anak tersebut menjalani pemasangan infus, di mana rasa nyeri mereka dapat berkurang..
--	-----------------	--	--	--

3. Standar Operasional Prosedur (SOP) Teknik Distraksi Audio Visual

Tabel 2.5 (SOP) Teknik Distraksi Visual

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) TEKNIK DISTRAKSI AUDIOVISUAL	
Pengertian	Teknik Distraksi Audio Visual adalah teknik untuk mengalihkan perhatian seseorang ke hal hal yang lain berupa video untuk mengurangi rasa nyeri
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi rasa nyeri 2. Meningkatkan perasaan nyaman 3. Menurunkan ketegangan otot
Persiapan Klien dan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Tingkat nyeri pada pasien 2. Kaji kesiapan dan perasaan pasien 3. Berikan penjelasan tentang Teknik distraksi audio visual 4. Menciptakan lingkungan yang aman nyaman dan selalu menjaga privasi pasien
Peralatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Smartphone atau laptop 2. Earphone
Tahap Orientasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam terapeutik dan memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dan prosedur
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kesempatan pasien untuk bertanya bila masih ada yang belum jelas 2. Menanyakan keluhan pasien 3. Tetap menjaga privasi pasien 4. Mengatur posisi pasien pada posisi yang nyaman dan rileks 5. Menyiapkan video yang akan di putar 6. Atur posisi layar lcd dengan pasien 7. Tawarkan pasien jika ingin menggunakan earphone

	8. Putar file terapi audio visual atau video yang sudah di siapkan 9. Pastikan volume sesuai dan tidak terlalu keras sehingga pasien merasa nyaman
Terminasi	1. Observasi skala nyeri setelah intervensi 2. Ucapkan salam

D. Fisiologi Teknik Distraksi Visual

Nyeri merupakan suatu pengalaman dari sensasi dan emosi yang tidak menyenangkan, menunjukkan keadaan ketidaknyamanan secara subjektif atau individual. Nyeri dapat menyebabkan rasa sakit pada tubuh, dan setiap kali individu menyatakannya, pengalaman tersebut dianggap nyata. Reseptor nyeri terdapat pada semua saraf bebas yang tersebar dikulit, tulang, persendian, dinding arteri, membran sekitar otak, dan usus. Reseptor nyeri menjadi aktif ketika dirangsang oleh rangsangan kimia, mekanis, dan suhu. Bila sel-sel tersebut mengalami kerusakan, substansi-substansi yang dilepaskan akan keluar dan merangsang reseptor nyeri. Pada keadaan mekanik, hal ini umumnya disebabkan oleh spasme otot dan kontraksi otot. Spasme otot dapat mengakibatkan tekanan pada pembuluh darah, menyebabkan iskemia pada jaringan. Sementara pada kontraksi otot, terjadi ketidakseimbangan antara kebutuhan nutrisi dan suplai nutrisi, sehingga jaringan mengalami kekurangan nutrisi dan oksigen, memicu mekanisme anaerob dan menghasilkan zat sisa berupa asam laktat secara berlebihan. Asam laktat kemudian merangsang serabut saraf, menyebabkan sensasi nyeri. Salah satu pelaksanaan yang dapat dilakukan untuk meringankan atau menghilangkan rasa nyeri adalah teknik distraksi visual (Rohmah, 2017).

Teknik distrkasi visual adalah teknik yang digunakan untuk mengalihkan perhatian pasien dari rasa nyeri yang dirasakan sehingga mampu mengurangi rasa nyeri dan membuat pasienb lebih rileks dan menimbulkan rasa tenang dan nyaman. Perasaan rileks akan dikirimkan ke hipotalamus untuk memicu produksi *conticothropin releaxing factor* (CRF). CRF kemudian merangsang kelenjar dibawah otak untuk meningkatkan produksi enkefalin oleh medula adrenal. Kelenjar di bawah otak juga menghasilkan endorfin sebagai neurotransmitter. Endorfin dihasilkan dengan cara terpisah dari *deyoxyribo nucleid acid* (DNA), yaitu substansi yang mengatur kehidupan sel dan memberikan instruksi kepada sel untuk tumbuh dan berhenti tumbuh.

Pada permukaan sel, terutama pada sel saraf, terdapat area yang menerima endorfin. Ketika endorfin terlepas dari DNA, zat tersebut membuat kehidupan dalam kondisi normal menjadi kurang terasa menyakitkan. Endorfin mempengaruhi impuls nyeri dengan menekan pelepasan neurotransmitter *dipre-inap* atau menghambat impuls nyeri di *post-inap*, sehingga rangsangan nyeri tidak dapat mencapai kesadaran dan sensasi nyeri tidak dirasakan.