

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Definisi

Apendisitis merupakan peradangan pada apendiks vermiformis yang dikenal oleh orang awam sebagai penyakit usus buntu. Apendisitis biasanya ditandai dengan nyeri abdomen periumbilical, mual, muntah, lokalisasi nyeri ke fosa iliaka kanan, nyeri tekan saat dilepas di sepanjang titik McBurney, dan nyeri tekan pelvis pada sisi kanan ketika pemeriksaan per rectal (Thomas et al., 2016)

Apendiktomy adalah suatu tindakan pembedahan dengan membuang apendik vermiformis (bedah umum, 2018). Sedangkan menurut (Astuti et al., 2020) Apendiktomy adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks untuk menurunkan resiko perforasi yang menimbulkan sayatan dan menyebabkan kerusakan integritas kulit dan menimbulkan keluhan nyeri.

2. Tanda dan Gejala

Gejala awal yang khas merupakan gejala klasik apendiksitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilicus atau periumbilikus. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, ke titik Mc Burney. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri somatic setempat. Namun terkadang, tidak dirasakan adanya nyeri di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi.

Terkadang apendiksitis juga disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5 – 38,5 derajat celcius.

Tabel 1

Skor Alvarado dalam penilaian nyeri Apendiktis

<i>The Modified Alvarado Score</i>		Skor
Gejala	Perpindahan nyeri dari ulu hati ke perut kanan bawah	1
	Mual – muntah	1
	Anoreksia	1
Tanda	Nyeri perut kanan bawah	2
	Nyeri lepas	1
	Demam diatas 37,5°C	1
Pemeriksaan Lab	Leukositosis	2
	Hitung jenis leukosit <i>shift to the left</i>	1
	Total	10

Sumber : Shwartz's Principles of Surgery

Interpretasi dari Modified Alvarado Score :

- 1-4 : Sangat mungkin bukan apendiktis akut
- 5-7 : Sangat mungkin apendiksitis akut
- 8-10 : Pasti apendiktis akut

3. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan fisik

- 1) Inspeksi : akan tampak adanya pembekakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (distensi).
- 2) Palpasi : didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (Blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari apendiksitis akut.

- 3) Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat/ tungkai diangkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (psoas sign).
- 4) Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.
- 5) Suhu tdubur (rectal) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (axsila), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.
- 6) Pada apendiks terletak pada retro sekal maka uji Psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila apendiks terletak di rongga pelvis maka Obturator sign akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.

b. Pemeriksaan laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm³. 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 (jarang membantu).

- 2) Ultrasonografi (USG)

Pada pemeriksaan USG ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendik, sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian yang menyilang dengan fekalith dan perluasan dari apendik yang mengalami inflamasi serta adanya

pelebaran sekum. Tingkat akurasi USG 90-94% dengan angka sensitivitas dan spesifisitas yaitu 85% dan 92%.

3) *Computed Tomography Scanning (CT-Scan)*

CT-Scan mempunyai tingkat akurasi 94-100% dengan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi yaitu 90-100% dan 96-97%.

4) Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

4. Penatalaksanaan

Pada penatalaksanaan operasi apendiktomy dibagi menjadi tiga (Brunner & Suddarth, 2010), yaitu:

a. Sebelum operasi

1) Observasi

Dalam 8-12 jam setelah munculnya keluhan perlu diobservasi ketat karena tanda dan gejala apendisitis belum jelas. Pasien diminta tirah baring dan dipuasakan. Laksatif tidak boleh diberikan bila dicurigai adanya apendisitis. ditegakkan dengan lokasi nyeri pada kuadran kanan bawah setelah timbulnya keluhan.

2) Antibiotik

Apendisitis ganggrenosa atau apenditis perforasi memerlukan antibiotik, kecuali apendiksitis tanpa komplikasi tidak memerlukan antibiotik. Penundaan tindakan bedah sambil memberikan antibiotik dapat mengakibatkan abses atau perforasi.

b. Operasi

Operasi / pembedahan untuk mengangkat apendiks yaitu apendiktomy.

Apendiktomy harus segera dilakukan untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomy dapat dilakukan dibawah anestesi umum dengan pembedahan abdomen bawah atau dengan laparaskopi. Laparaskopi merupakan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010).

Apendiktomy dapat dilakukan dengan menggunakan dua metode pembedahan, yaitu secara teknik terbuka (pembedahan konvensional laparatomi) atau dengan teknik laparaskopi yang merupakan teknik pembedahan minimal invasive dengan metode terbaru yang sangat efektif (Brunner & Suddarth, 2010).

c. Setelah Operasi

Dilakukan observasi tanda-tanda vital untuk mengetahui terjadinya perdarahan di dalam, hipertermia, syok atau gangguan pernafasan. Baringkan klien dalam posisi semi fowler. Klien dikatakan baik apabila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selama itu klien dipuaskan sampai fungsi usus kembali normal. Satu hari setelah dilakukan operasi klien dianjurkan duduk tegak di tempat tidur selama 2 x 30 menit. Hari kedua dapat dianjurkan untuk duduk di luar kamar. Hari ke tujuh dapat diangkat dan dibolehkan pulang (Mansjoer, 2010)

B. Konsep dasar masalah keperawatan nyeri akut pada pasien post apendiktomy

1. Pengertian

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat

individual. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik dan mental, sedangkan kerusakan dapat terjadi pada jaringan aktual atau pada fungsi ego seorang individu (Potter & Perry, 2005). Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

2. Tanda Mayor dan Minor

Pasien dengan nyeri akut memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). :

a. Tanda dan gejala mayor :

- 1) Secara subjektif pasien mengeluh nyeri.
- 2) Secara objektif pasien tampak meringis, bersikap protektif (mis, waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur.

b. Tanda dan gejala minor :

- 1) Secara subjektif tidak ada gejala minor dari nyeri akut.
- 2) Secara objektif nyeri akut ditandai dengan tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaphoresis.

Penyebab nyeri akut pada apendiktomy Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) beberapa penyebab terjadinya nyeri akut seperti agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

3. Faktor Penyebab

- a. Agens pencedera fisiologis (misal, inflamasi, iskemia, neoplasma).
- b. Agen pencedera kimiawi (misal, terbakar, bahan kimia iritan).
- c. Agen pencedera fisik (misal, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).

4. Penatalaksanaan nyeri akut dengan intervensi terapi musik

a. Pengertian Terapi Musik

Terapi musik adalah suatu terapi kesehatan menggunakan musik dimana tujuannya adalah untuk meningkatkan atau memperbaiki kondisi fisik, emosi, kognitif, dan sosial bagi individu dari berbagai kalangan usia (Suhartini, 2008). Terapi musik adalah penggunaan musik untuk relaksasi, mempercepat penyembuhan, meningkatkan fungsi mental dan menciptakan rasa sejahtera (Amalia,Susanti 2014).

b. Manfaat Terapi Musik

Manfaat terapi musik antara lain (Djohan, 2006) :

- 1) Mampu menutupi bunyi dan perasaan yang tidak menyenangkan
- 2) Mempengaruhi pernafasan
- 3) Mempengaruhi denyut jantung, nadi dan tekanan darah manusia
- 4) Bisa mempengaruhi suhu tubuh manusia
- 5) Bisa menimbulkan rasa aman dan sejahtera
- 6) Bisa mempengaruhi rasa sakit.

Salah satu manfaat musik sebagai terapi adalah self-mastery yaitu kemampuan untuk mengendalikan diri. Musik mengandung vibrasi energi, vibrasi ini juga mengaktifkan sel-sel di dalam diri seseorang, sehingga dengan aktifnya sel-sel

tersebut sistem kekebalan tubuh seseorang lebih berpeluang untuk aktif dan meningkat fungsinya. Musik juga dapat meningkatkan serotonin dan pertumbuhan hormon yang sama baiknya dengan menurunkan hormon ACTH (Setiadarama, 2007).

c. Jenis Musik Untuk Terapi

Menurut Novita (2011) pakar terapi musik, tubuh manusia memiliki pola getar dasar kemudian vibrasi musik yang terkait erat dengan frekuensi dasar tubuh atau pola getar dasar memiliki efek penyembuhan yang sanget hebat pada seluruh tubuh, pikiran dan jiwa manusia yang menimbulkan perubahan emosi, organ, enzim, sel-sel dan atom.

Elemen musik terdiri dari lima unsur penting, yaitu pitch (frekuensi), volume (intensity), warna nada (timbre), interval dan ritme (tempo atau durasi). Misalnya pitch yang tinggi dengan ritme yang lambat dan volume yang keras akan meningkatkan ketegangan otot atau menimbulkan perasaan tidak nyaman. Sebaliknya pada pitch yang rendah dengan ritme yang lambat dan volume yang rendah akan menimbulkan efek rileks.

Banyak studi yang menyebutkan bahwa jenis musik untuk terapi musik tidak harus musik klasik. Musik yang berdasarkan kesukaan atau minat dari pasien merupakan faktor yang sangat baik dalam pemberian terapi musik. Musik yang sejak awal sesuai dengan suasana hati individu, biasanya merupakan pilihan yang baik. Musik klasik, pop dan modern (dengan catatan musik tanpa vocal, periode tenang) digunakan pada terapi musik. Jenis musik yang direkomendasikan selain instrumental musik klasik, bisa juga slow jazz, pop, western, country, dan

easy listening disertai dengan unsur suara natural atau musik yang sesuai budaya pasien.

Musik harus didengarkan minimal 15 menit agar mendapatkan efek terapeutik. Dalam keadaan perawatan akut, mendengarkan musik dapat memberikan hasil yang sangat efektif dalam upaya pengobatan.

d. Teknik Terapi Musik

Menurut Solehati dan Kosasih (2015) teknik relaksasi musik yaitu:

- 1) Menyiapkan semua alat yang dibutuhkan, seperti:
 - a) Handphone
 - b) Headset
- 2) Persiapan pasien
Pasien atau keluarga pasien diberikan penjelasan dan inform consent.
- 3) Atur dan bantu posisi pasien nyaman mungkin
- 4) Beri tahu pasien bahwa dirinya tidak akan terganggu selama pemberian terapi musik dilakukan, kecuali ada kepentingan medis atau permintaan dari pasien sendiri.
- 5) Bantu pasien memperbaiki perlengkapan terapi seperti earphone dan volume musik.
- 6) Nyalakan musik dengan volume sedang
 1. Cek terlebih dahulu ke telinga pemberi intervensi relaksasi musik sebelum diberikan kepada pasien.
 2. Pasang earphone di telinga pasien, tanyakan apakah volumenya cukup.

- 7) Mainkan musik sesuai dengan waktu yang telah disepakati, yaitu 15 menit.
- 8) Bimbing pasien dengan memberi perintah sebagai berikut:
 - a) Bimbing pasien untuk menutup mata
 - b) Dengarkan ritme musik dan alunannya
 - c) Anjurkan pasien untuk membiarkan pikirannya mengikuti ritme musik
- 9) Biarkan musik dimainkan selama 15 menit
- 10) Anjurkan dan bimbing pasien untuk melemaskan otot-ototnya selama musik terapi berlangsung
- 11) Anjurkan dan bimbing pasien untuk menarik napas melalui hidung dan mengeluarkan napas secara perlahan melalui mulut secara perlahan-lahan sambil mendengarkan musik
- 12) Anjurkan pasien untuk tetap fokus pada pernapasannya dan musik
- 13) Lakukan evaluasi kepada pasien
- 14) Setelah 15 menit, akhiri intervensi terapi music

C. Asuhan keperawatan nyeri akut post apendiktomy

1. Pengkajian Keperawatan

a. Pengkajian identitas

- 1) Identitas pasien berupa nama, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, status agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, nomor rm, diagnosis medis.

- 2) Identitas penanggung jawab berupa nama, tanggal lahir, jenis kelamin, status, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, hubungan dengan pasien.
 - 3) Catatan medis
- b. Riwayat kesehatan.
- 1) Keluhan utama
 - 2) Riwayat kesehatan sekarang
 - 3) Riwayat kesehatan dahulu.
 - 4) Riwayat kesehatan keluarga
- c. Pengkajian fungsional gordon :
- Menurut pola fungsi gordon 1982 terdapat 11 pengkajian pola fungsi kesehatan,
- 1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
 - a) Pandangan pasien mengenal sehat sakit
 - b) Apafah pasien memahami keadaa kesehatan dirinya
 - c) Apafah jika sakit pasien segera berobat ke dokter ataukah menggunakan obat tradisional ?
 - d) Apakah pasien sudah memeriksakan dirinya sebelum ke rumah sakit ?
 - 2) Pola nutrisi

Kajian pasien mengenai

 - a) Pola makan
 - (1) Bagaimana nafsu makan pasien selama sakit ?
 - (2) Berapakah porsi makan pasien per sekali makan :

b) Pola minum

Berapakah frakuensi minum pasien selama sakit ?

3) Pola eliminasi

Kaji pasien mengenai

a) Buang air besar

b) Buang air kecil

4) Aktivitas dan latihan

a) Kemampuan perawatan diri

b) Kebersihan diri

c) Aktivitas sehari-hari

d) Rekreasi

e) Olah raga

5) Tidur dan istirahat

Kajian pasien mengenai

a) Pola tidur

b) Frekuensi tidur

c) Intensitas tidur

6) Sensori, persepsi, dan kognitif

Kajian pasien mengenai :

a) Bagaimana cara pembawaan pasien saat bicara

b) Bagaimana tingkat ansietas ?

c) Apakah pasien mengalami nyeri :

P (Provoking atau pemicu) : faktor yang memperparah atau meringkankan

Q (Quality atau Fualitas) : kualitas nyeri

R (Region atau daerah) : daerah perjalanan

S (Severity atau kesanasan) : intensitasnya

T (Time atau waktu) : serangan, lama dan frekuensi

7) Konsep diri

Body image/gambaran diri

Role/peran

Identity/identitas diri

Self esteem/harga diri

Self ideals/ideal diri

8) Seksual dan reproduksi

a) Kapan terakhir pasien mengalami menstruasi ?

b) Apakah pasien mengalami masalah menstruasi ?

c) Apakah pasien pernah melakukan Pap smear ?

d) Apakah pasien melakukan pemeriksaan payudara ?

e) Apakah pasien mengalami masalah seksual ?

9) Pola peran hubungan

a) Apakah pekerjaan pasien ?

b) Bagaimana kualitas pasien ?

c) Bagaimana pasien berhubungan dengan orang lain ?

10) Manajemen koping stres

Bagaimana pasien menangani stres ?

11) Sistem nilai dan keyakinan

Bagaimana pasien memandang secara spiritual serta serta
keyakinannya.

1. Diagnosis Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan pasien mengeluh nyeri tampak meringis bersifat protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis. (D. 0077)

3. Rencana Keperawatan

Tabel 2
Rencana Keperawatan Nyeri Akut

No	Standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar luaran keperawatan Indonesia (SKKI)	Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3	4
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mengeluh nyeri ○ Tampak meringis ○ Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri) ○ Gelisah ○ Frekuensi nadi meningkat ○ Sulit tidur ○ Tekanan darah meningkat ○ Pola nafas berubah ○ Nafsu makan berubah ○ Menarik diri ○ Berfokus pada diri sendiri ○ Diaforesis 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama x diharapkan nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat nyeri :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keluhan nyeri menurun ○ Meringis menurun ○ Gelisah menurun ○ Frekwensi nadi membaik ○ Tekanan darah membaik ○ Pola nafas membaik <p>Nafsu makan membaik</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas intensitas nyeri ○ Identifikasi skala nyeri ○ Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri ○ Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup ○ Monitor efek samping penggunaan analgetik <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (misal : terapi musik, akupresure aromaterapi) <p>Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. ○ Jelaskan strategi meredakan nyeri ○ Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri ○ Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

4. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat terhadap pasien. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan rencana keperawatan diantaranya: Intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, keterampilan interpersonal, teknikal dan intelektual dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan psikologis klien dilindungi serta dokumentasi intervensi dan respon pasien. Pada tahap implementasi ini merupakan aplikasi secara kongkrit dari rencana intervensi yang telah dibuat untuk mengatasi masalah kesehatan dan perawatan yang muncul pada pasien.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai kemungkinan terjadi pada tahap evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi berfokus pada ketepatan perawatan yang diberikan dan kemajuan pasien atau kemunduran pasien terhadap hasil yang diharapkan. Evaluasi merupakan proses yang interaktif dan kontinu karena setiap tindakan keperawatan dilakukan, respon klien dicatat dan dievaluasi dalam hubungannya dengan hasil yang diharapkan. Kemudian berdasarkan respon klien, direvisi intervensi keperawatan atau hasil yang diperlukan. Ada 2 komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan komputer keperawatan, yaitu:

a. Proses (sumatif)

Fokus evaluasi proses adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan tindakan keperawatan. Evaluasi proses harus

dilakukan sesudah perencanaan keperawatan, dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan.

b. Hasil (formatif)

Fokus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir tindakan keperawatan klien.