

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

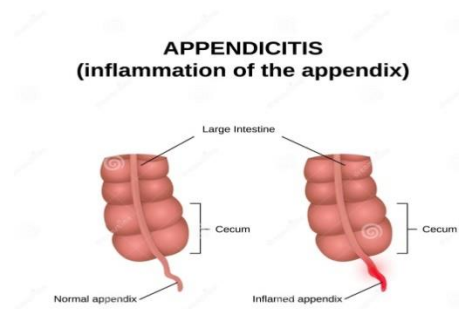
A. Konsep Dasar Apendiktomi

1. Defenisi Apendiktomi

Menurut Hartawan dkk. (2020), apendektomi adalah prosedur pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apendiks guna mengobati radang usus buntu atau mengangkat apendiks yang terinfeksi. Apendiks vermiformis adalah tabung kecil yang memanjang dari dasar sekum. Apendisitis adalah peradangan akut pada tabung ini. Walaupun tidak punya fungsi khusus, usus buntu bisa terisi lalu kosong lagi saat makanan bergerak di sistem pencernaan (Rahma Jannatunisa, 2024).

Guna menghindari komplikasi lebih serius, misalnya peritonitis atau terbentuknya abses, operasi pengangkatan usus buntu sebaiknya segera dilakukan (Wainsani dan Khoiriyah, 2020). Apendisitis terjadi jika usus buntu tersumbat atau meradang, sehingga pembuluh darah melebar, terjadi penumpukan darah, dan penyumbatan arteri. Lama-kelamaan, bakteri bisa berkembang biak dan usus buntu berisiko mengalami gangren (Hartoyo M dkk. , 2021).

Berdasarkan uraian tadi, dapat ditarik kesimpulan bahwa apendisitis itu merupakan peradangan pada usus buntu karena adanya sumbatan. Apendisitis pun jadi hal yang sangat penting dalam kondisi gawat darurat perut dan operasi bedah di bagian perut. Apendisitis yang berkepanjangan dapat menyebabkan komplikasi serius (Rahma Jannatunisa, 2024).



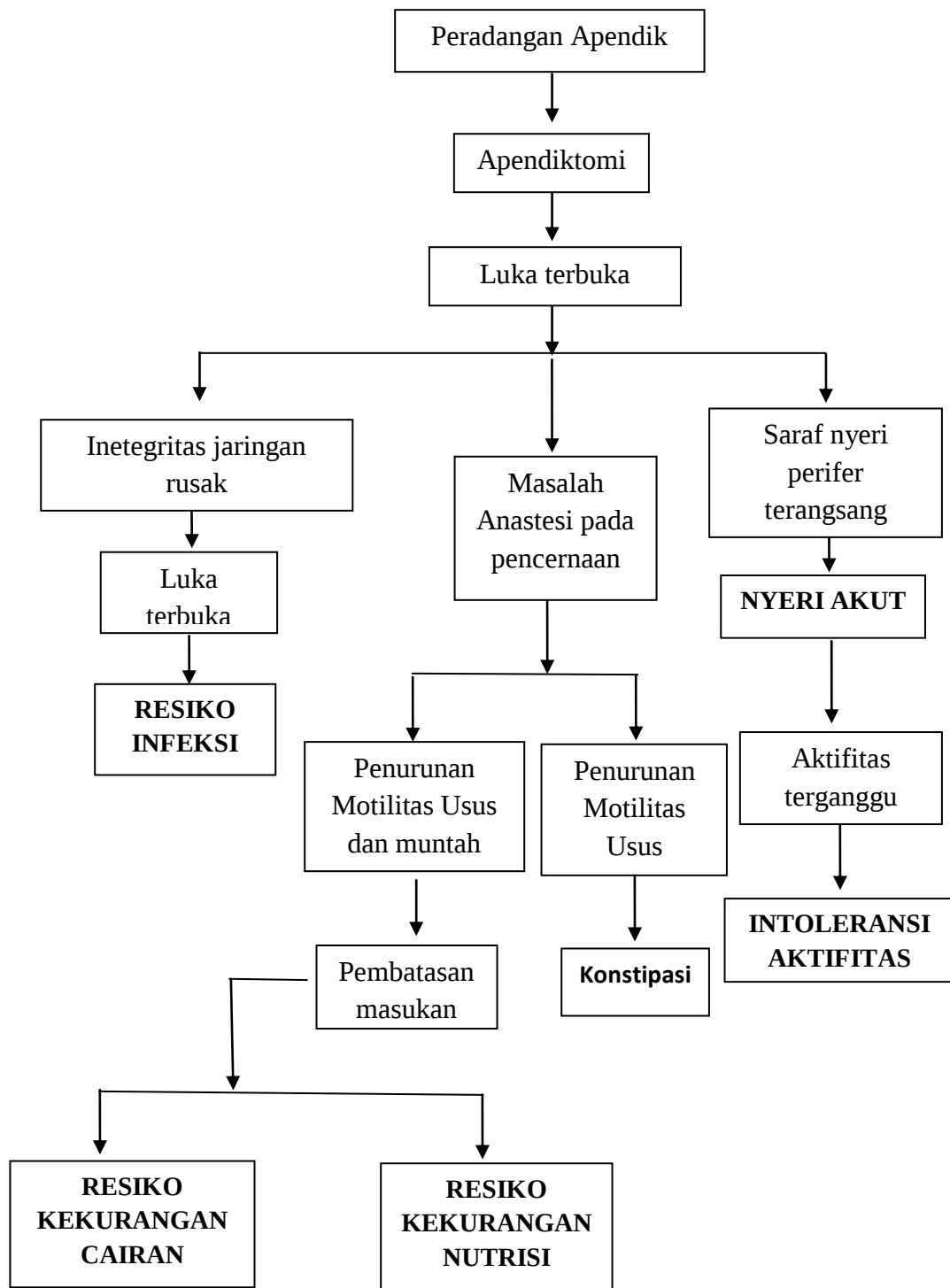
Gambar 2.1 Gambar Apendiks

2. Penyebab

Operasi apendisitis seringkali disebabkan oleh apendisitis. Apendisitis yang tidak ditangani dapat menyebabkan distensi dan infeksi apendisitis. Faktor lain yang berkontribusi terhadap apendisitis meliputi obstruksi lumen akibat hiperplasia limfatik, batu feses, tumor apendiks, dan tungau. Radang usus buntu bisa muncul akibat adanya gangguan pada selaput lendir usus buntu. Gangguan ini bisa dipicu oleh keberadaan parasit, contohnya *E. histolytica* (Eqlima Elfira dkk. , 2021).

3. Patofisiologi/Pathway

Apendektomi diakibatkan karena munculnya bakteri penghasil mukus, yang menyebabkan pelebaran lumen usus dan peningkatan tekanan pada dindingnya. Peningkatan tekanan ini menyumbat aliran limfatik, menyebabkan edema, diapedesis bakteri, dan pulsasi mukosa. Pada saat mencapai tahap ini, apendisitis akut sudah terlokalisasi, yang ditandai dengan adanya rasa nyeri di sekitar pusar. Produksi lendir yang berlanjut serta peningkatan tekanan dapat mengakibatkan terhambatnya aliran darah balik, menyebabkan pembengkakan yang makin parah, dan pertumbuhan bakteri, yang kemudian memicu peradangan. Proses peradangan ini terus berlanjut hingga mencapai peritoneum, yang mengakibatkan munculnya nyeri pada area abdomen kanan bawah (Nurlina, 2020).



Gambar 2.2 Pathway

Nurlina (2020)

4. Klasifikasi

Terdapat dua metode untuk melakukan pembedahan usus buntu, yaitu operasi terbuka dan operasi laparoskopi (Muslim dan Bahrudin, 2019) :

a. Appendiktomi terbuka

Saat melakukan appendiktomi terbuka, sayatan yang paling umum digunakan oleh para ahli bedah adalah wechseslschnit atau pemisahan otot, di mana sayatan bervariasi mengikuti arah serat otot. Metode appendiktomi yang biasa dipakai adalah teknik MC Burney :

- 1) pasien dalam posisi terlentang → dilakukan desinfeksi pada seluruh area perut dan bagian bawah dada → dikompres menggunakan kain steril.
- 2) Potongan diambil secara diagonal melalui lokasi Mc Burney yang tegak lurus antara SIAS dan pusar (Irisan Gridiron), alternatif potongan termasuk insisi transversal dan paramedian.
- 3) Tindakan pembedahan dilanjutkan dengan melakukan diseksi pada jaringan lemak, yang digerakkan hingga terlihat lapisan aponeurosis dari otot Oblikus Eksternus.
- 4) Dengan hati-hati, sayatan kecil dibuat pada MOE searah serat otot menggunakan pisau bedah, selanjutnya celah tersebut diperlebar ke samping kanan dan kiri memakai pinset anatomi. Sebuah pengait luka diposisikan di bawah MOE, sehingga memperlihatkan MOI (Muskulus Oblikus Internus) yang berada di bawahnya.
- 5) Proses MOI diawali dengan pemisahan jaringan secara kasar menggunakan gunting atau klem arteri, mengikuti alur serat otot sampai lapisan lemak peritoneum terlihat. Alat seperti haak LangenBack membantu dalam memisahkan lapisan otot. Kemudian, pengait ditempatkan di bawah otot transversus abdominis.

- 6) Dengan lembut, lapisan peritoneum yang berwarna putih itu dijepit dengan dua pinset khusus bedah, kemudian digunting. Kita perhatikan betul apa yang keluar dari sana: bisa jadi nanah, gas, atau cairan lainnya seperti darah atau bahkan tinja. Penting untuk mengambil sampel cairan itu untuk diperiksa kultur dan kepekaan terhadap berbagai mikroba. Setelah itu, luka ditarik dengan pengait yang ditempatkan di bawah peritoneum.
- 7) Selanjutnya, kita cari sekum yang tampak lebih pucat, dengan ciri khas taenia coli dan haustra. Sekum ini kemudian kita bebaskan. Apendiks, yang posisinya berada di titik pertemuan tiga taenia, bisa berada di berbagai tempat, seperti di depan sekum (antesekal), di belakang sekum (retrosekal), di depan ileum (anteileal), di belakang ileum (retroileal), atau bahkan di daerah panggul (pelvinal).
- 8) Begitu sekum ditemukan, kita tahan dengan pinset dan ditarik perlahan ke luar. Sambil menggunakan kain yang dibasahi, sekum dikeluarkan ke arah mediokaudal. Sekum yang sudah keluar sepenuhnya itu dipegang oleh asisten, dengan ibu jari berada di atasnya.
- 9) Mesenterium yang ada di ujung apendiks dijepit dengan klem Kocher. Kemudian, mesoapendiks dipotong dan diikat satu per satu hingga mencapai pangkal apendiks, menggunakan benang sutra 3/0. Pangkal apendiks kemudian dijepit kuat dengan klem Kocher, dan area yang sudah dijepit itu diikat dua kali dengan benang sutra No. 00.
- 10) Di sisi distal dari ikatan tadi, dipasang klem Kocher lagi. Di antara kedua klem Kocher dan ikatan itu, apendiks dipotong menggunakan pisau yang sudah diolesi betadine. Sisa ujung apendiks juga dibersihkan dengan betadine.
- 11) Sekum kemudian dikembalikan dengan hati-hati ke dalam rongga perut.

- 12) Setelah itu, dinding perut ditutup lapis demi lapis.
- 13) Jika terjadi perforasi, kita bisa memasang drain di bawah fascia.

b. Appendiktomi *laparaskopi*

Operasi pengangkatan apendiks dilakukan untuk mengatasi masalah peradangan usus buntu yang sudah sangat serius. Tindakan laparaskopi sebagai metode operasi usus buntu adalah opsi terbaik bagi pasien yang menderita apendisitis akut, khususnya perempuan usia subur, sebab teknik laparaskopi memberikan manfaat dalam menegakkan diagnosis yang belum pasti. Selain itu, metode ini memiliki manfaat lain seperti hasil yang lebih baik secara kosmetik, pengurangan rasa sakit, dan pemulihan yang lebih cepat. Dalam appendiktomi laparaskopi, tiga lubang kecil dibuat di bagian bawah perut untuk memasukkan kamera kecil dan alat bedah yang diperlukan untuk mengangkat usus buntu. Hal ini berbeda dengan sayatan sepanjang 4 hingga 6 cm yang diperlukan untuk prosedur appendiktomi terbuka.

c. Appendiktomi *Laparatomi*

Pembedahan usus buntu dengan metode laparotomi adalah prosedur klasik yang dilakukan dengan membuka perut. Proses ini dilakukan dengan membuat sayatan di perut kanan bawah. Ukuran sayatan yang dibuat biasanya tidak lebih dari 7,6 cm atau sekitar 3 inci. Selama operasi berlangsung, dokter bedah akan mengamati organ-organ di dalam perut dan memeriksa kemungkinan adanya penyakit atau kelainan lainnya. Apendiks yang terletak di bagian itu akan ditarik ke area yang bisa diakses, lalu dipisahkan dari jaringan sekitar dan dipindahkan ke sekum sebelum diangkat. Bagian sekum yang pernah menempel pada apendiks tersebut akan ditutup, kemudian dimasukkan kembali ke dalam perut. Setelah itu, jahitan akan dilakukan pada lapisan otot dan kulit.

5. Tanda dan Gejala

Menurut Wijaya dan Putri (2020) setelah melakukan apendiktomi, pasien dapat mengalami berbagai gejala klinis. Gejala tersebut meliputi nyeri pada area luka pasca operasi, rasa mual, muntah, penurunan nafsu makan, serta perubahan pada tanda-tanda vital. Selain itu, ada juga kemungkinan gangguan pada integritas kulit, demam yang cenderung rendah, kelelahan, dan kesulitan melakukan aktivitas perawatan diri. Selain itu, pasien sering mengalami konstipasi dan kadang-kadang diare.

6. Pemeriksaan Diagnostik pada Apendiktomi

Mengacu pada Irianto (2015) evaluasi tambahan untuk apendiktomi meliputi:

- a. Uji laboratorium yang terdiri dari:
 - 1) Uji darah lengkap, di mana jumlah leukosit berkisar antara 10.000 hingga 20.000 / ml dengan prosentase neutrophil yang melebihi 75%
 - 2) Uji protein reaksi menunjukkan adanya peningkatan kadar serum.
- b. Uji pencitraan yang meliputi:
 - 1) USG (ultrasonografi) mengidentifikasi daerah berbentuk memanjang di lokasi yang mengalami peradangan
 - 2) CT-Scan memperlihatkan penampang dan pembesaran pembesaran pada sekum

7. Penatalaksanaan

Apendiktomi yaitu pembedahan untuk mengangkat apendiks, dilakukan secepat mungkin agar resiko perforasi bisa berkurang. Pembedahan ini bisa dilakukan dengan anastesi umum atau anastesi spinal, menggunakan metode pembedahan terbuka (laparatomi konvensional) atau metode laparoscopi (Manurung Nixson, 2018).

Setelah operasi, pasien berbaring dalam posisi semifowler. Hal ini bisa membantu mengurangi tekanan pada jahitan dan organ perut, sehingga membantu mengurangi rasa sakit. Untuk mengurangi nyeri,

diberikan obat analgesik. Aktivitas normal bisa dilakukan kembali sekitar 2 hingga 4 minggu (Manurung, Nixson, 2018).

Untuk mengurangi rasa sakit, umumnya digunakan berbagai jenis obat. Menurut Mayasari (2016) ada dua kategori obat penghilang rasa sakit, yaitu obat yang tergolong ringan seperti aspirin, salisilat, parasetamol, dan NSAID, serta obat yang tergolong kuat seperti morfin, petidin, dan metadon (Mayasari, 2016). Penanganan nyeri dengan cara nonfarmakologis untuk meredakan rasa sakit meliputi berbagai teknik, antara lain adalah, teknik distraksi, relaksasi dan distraksi melalui audio, serta mobilisasi awal (Wainsani et al, 2020).

8. Komplikasi

Komplikasi utama yang terjadi setelah operasi pengangkatan usus appendiks adalah terbukanya usus appendiks yang bisa menyebabkan peritonitis, terbentuknya abses dengan adanya cairan berwarna kuning kehitaman, atau infeksi pada saluran portal. Terbukanya usus appendiks biasanya terjadi dalam waktu 24 jam setelah mulai terasa sakit. Menurut Wainsani et al (2020) masalah yang muncul pada pasien pasca pembedahan usus buntu yaitu peningkatan suhu diatas 37,7 derajat Celsius atau lebih tinggi, serta rasa sakit saat ditekan yang berkelanjutan pada area insisi

B. Mobilisasi Dini

1. Pengertian Mobilisasi dini

Mobilisasi dini berdasarkan Ibrahim (2013) merupakan tindakan khusus yang dilaksanakan setelah tindakan bedah. Kegiatan ini meliputi latihan sederhana seperti latihan pernapasan dan gerakan kaki di ranjang pasien. Tujuan utama dari latihan-latihan ini adalah untuk mendorong pasien agar dapat berjalan dan bergerak secara mandiri, contohnya menuju kamar mandi.

Tujuan dari mobilisasi adalah untuk menjaga sistem mekanisme tubuh tetap berjalan baik, mengurangi rasa sakit atau nyeri yang dirasakan pasien, mempercepat proses penyembuhan luka, menjaga pernapasan tetap stabil, membantu otot membaik, mempermudah proses

eliminasi, serta membantu pasien untuk pulih dan kembali beraktivitas normal sesuai kebutuhan mobilisasi pasien. Latihan mobilisasi dilakukan secara bertahap dan sesuai dengan prosedur yang benar sangat membantu dalam mempercepat proses penyembuhan pasien. (Handayani 2020)

Latihan mobilisasi dini ini mendorong klien untuk fokus pada gerakan yang dilakukan. Semakin klien memperhatikan gerakannya, semakin rendah kesadaran mereka terhadap nyeri. Dengan fokus pada latihan, terjadi pelepasan zat norepinefrin dan serotonin. Zat ini menstimulasi sistem kontrol desenden. Dalam sistem ini terdapat dua aktivitas, yaitu pelepasan zat P oleh neuron delta-A dan delta-C, serta mekanoreseptor dan neuron beta-A yang melepaskan neurotransmitter yang menghambat opiat yang berasal dari dalam tubuh seperti endorfin dan dinorfin. Kedua zat ini membantu menghalangi mekanisme pertahanan dengan menghambat substansi P. Dengan demikian, transmisi sinyal nyeri ke otak berkurang, sehingga persepsi nyeri juga berkurang (Pradana Raka, 2024).

Pada latihan mobilisasi dini, pasien disarankan melakukan latihan secara mandiri sebanyak mungkin, tetapi hanya diberi arahan untuk memberi semangat sehingga pasien dapat melaksanakan gerakan hingga batas gerak maksimal (latihan bantu) secara bertahap (Pristianto dkk, 2018).

2. Tujuan dan Manfaat Mobilisasi Dini

Tujuan dari melaksanakan mobilisasi dini secepatnya setelah prosedur operasi adalah sebagai berikut (Octaviana, 2023) :

- a. Mencegah terjadinya konstipasi atau sembelit.
- b. Mengurangi rasa sakit yang dialami pasien.
- c. Memperlancar aliran darah dalam tubuh.
- d. Membantu pernapasan menjadi lebih baik.
- e. Mempercepat proses penutupan luka setelah operasi.
- f. Membantu pasien kembali bergerak secara normal dan memenuhi kebutuhan gerak sehari-hari.

- g. Mengembalikan tingkat kemandirian pasien setelah menjalani operasi.

Mobilisasi dini memainkan peranan yang signifikan dalam meredakan nyeri karena bisa mengalihkan fokus pasien dari bagian yang sakit, meminimalkan pergerakan zat kimia yang memperburuk inflamasi dan reaksi nyeri, serta menghambat pengiriman sinyal nyeri ke sistem saraf pusat (Wainsani et al. , 2020).

Menurut Wulandari dan Asnindari (2018), praktik mobilisasi awal dapat memperbaiki aliran darah yang berpengaruh pada pengurangan rasa sakit dan percepatan penyembuhan luka. Terapi yang terdiri dari latihan dan mobilisasi adalah cara yang efektif untuk memulihkan fungsi tubuh, tidak hanya di area yang cedera, tetapi juga di seluruh badan. Terapi latihan meliputi latihan pasif dan aktif, serta aktivitas seperti pemindahan, penyesuaian posisi, dan mobilisasi untuk meningkatkan kemampuan bergerak secara mandiri.

3. Tahapan Mobilisasi Dini

Tahap-tahap mobilisasi pada pasien setelah operasi menurut Agustin (2017) adalah sebagai berikut:

- a. Pada 6 hingga 8 jam pertama setelah operasi, pasien dapat melakukan gerakan fisik di tempat tidur dengan pasien tirah baring, pasien dapat melakukan dorsol fleksi pada kaki serta ekstensi dan fleksi, melatih kontraksi otot, serta berpindah posisi ke sisi kiri atau kanan.
- b. Pada 12 hingga 24 jam setelah operasi, atau bahkan lebih cepat, pasien dapat miring kiri kanan, duduk , baik dengan dibantu fengan menyangga bagian kepala atau tidak, serta mulai dapat duduk di atas ranjang dengan kaki digantung atau ditempatkan di lantai dan di gerakkan secara perlahan.
- c. Pada hari kedua setelah operasi, pasien yang dirawat di kamar atau ruangan dan tidak mengalami hambatan fisik seharusnya sudah dapat berdiri dan berjalan di sekitar kamar, seperti ke toilet atau kamar mandi.

4. Standar Prosedur Operasional

2.1 Standar Prosedur Operasional

“Penerapan Prosedur Mobilisasi Dini pada Anak Penderita Post Operasi Apendiktomi dengan Gangguan Nyeri Akut di UPTD RSUD dr. M.Thomsen Nias”	
Pengertian	Mobilisasi dini setelah prosedur operasi merupakan kegiatan perubahan posisi atau pergerakan yang dilakukan oleh pasien beberapa jam pasca operatif. Kegiatan ini dapat dimulai dengan gerakan dasar di atas tempat tidur, seperti menggeser ke kanan, menggeser ke kiri, atau latihan untuk duduk, hingga pasien bisa berdiri dari tempat tidur, berjalan menuju kamar mandi, dan berjalan keluar dari kamar (Banamtum, 2021).
Tujuan	1. Meningkatkan aliran darah yang dapat meminimalisir rasa sakit, menghindari pembekuan darah, memberikan gizi untuk proses penyembuhan luka serta meningkatkan kinerja ginjal. 2. Menjaga kinerja tubuh. 3. Menjaga fungsi otot. 4. Mengembalikan mobilitas secara bertahap 5. Kembalikan semangat kebebasan.
Persiapan Alat	1. Masker 2. Handscoon
Tahap Pra-Interaksi	1. Memeriksa program terapi yang telah ditentukan 2. Mencuci tangan sebelum memberikan perawatan 3. Memastikan identitas pasien dengan benar 4. Mengatur dan mendekatkan peralatan ke pasien jika dibutuhkan
Tahap Orientasi	1. Memberi salam, menyapa pasien, dan memperkenalkan diri 2. Bersikap sopan dan jelas dalam menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Menjelaskan secara rinci tujuan serta langkah-langkah prosedur yang akan ditempuh 4. Mengajukan pertanyaan untuk mendapatkan persetujuan dan meminta kerjasama dari pasien

Prosedur Kerja

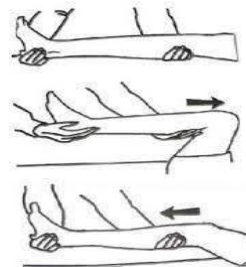
Menjaga privasi pasien

Pada 6 jam pertama 20-30 menit

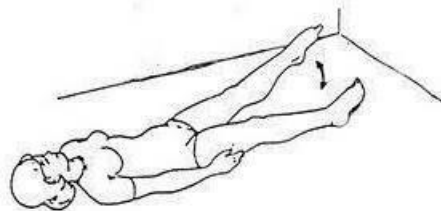
1. Pasien tirah baring, melakukan gerakan dorsofleksi dan plantarfleksi pada kaki (gerakan pompa betis)



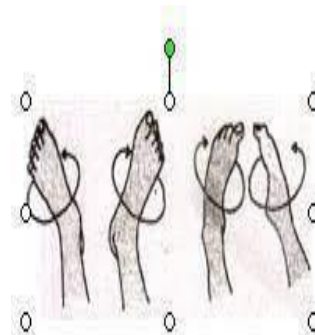
2. Melakukan gerakan ekstensi dan fleksi



3. Menaikkan dan menurunkan kaki secara bergantian dari permukaan tempat tidur

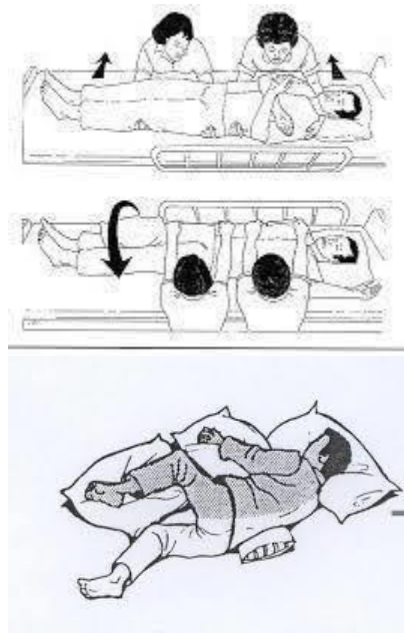


4. Memutar telapak kaki seperti membuat lingkaran sebesar mungkin menggunakan ibu jari kaki

Setelah 16 jam *post* operasi

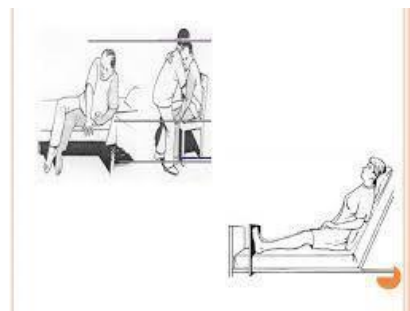
1. Memiringkan badan ke kanan dan ke kiri
-

selama 15-30 menit



Setelah 24 jam *post operasi*

1. Pasien dianjurkan untuk belajar duduk. Latihan duduk baik dengan disangga maupun tidak. 1-2 jam



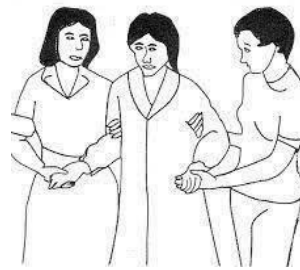
2. Pasien mulai melakukan latihan turun dari tempat tidur dan memulai untuk berjalan.

2. Latihan Bangun



3. Tingkatkan secara bertahap setiap gerakan
-

mobilisasi dengan bantuan penuh, minimal, hingga mandiri sesuai toleransi pasien



Tahap Terminasi	1. Mengamati respon pasien setelah penerapan dilakukan 2. Memberitahukan langkah-langkah penerapan berikutnya yang akan dilakukan 3. Mengatur atau merapikan pasien 4. Berpamitan dengan pasien serta menetapkan waktu untuk penerapan berikutnya 5. Merapikan semua alat kembali ke tempat semula 6. Mencuci tangan secara rapi dan menyeluruh
Dokumentasi	1. Catat: identitas pasien, waktu dan tanggal, serta reaksi dari pasien. 2. Tanda tangan dan nama harus tertulis dengan jelas pada catatan pasien.

Sumber : Banamtum (2021)

C. Gangguan Nyeri Akut

1. Definisi Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan tantangan pada aspek fisik atau emosional yang disebabkan oleh kerusakan pada jaringan baik secara nyata maupun fungsional. Ketidaknyamanan ini bisa timbul secara tiba-tiba atau bertahap, tingkat rasa sakitnya dapat bervariasi dari yang tidak terasa sampai yang sangat parah, umumnya berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2018). Rasa nyeri akut yang dialami pasien setelah menjalani operasi usus buntu timbul akibat dari prosedur bedah yang menimbulkan masalah fisik (PPNI, 2018).

2. Penyebab Nyeri Akut

Pemicu rasa sakit dapat diklasifikasikan menjadi dua kategori, yaitu sebab fisik dan sebab psikologis. Sebab fisik mencakup berbagai jenis cedera seperti cedera mekanis, termal, kimia, dan listrik, serta

kondisi-kondisi seperti tumor, inflamasi, masalah pada sirkulasi darah, dan lain-lain. Di sisi lain, penyebab psikologis biasanya berhubungan dengan trauma mental, sebagaimana dijelaskan oleh Ningtyas et al. (2023).

Berdasarkan PPNI (2016), beberapa faktor yang menyebabkan nyeri akut meliputi agen yang menimbulkan luka fisik, seperti abses, amputasi, luka bakar, luka potong, pengangkatan beban berat, tindakan bedah, trauma, dan kegiatan fisik yang berlebihan. Dalam studi Wainsani et al. (2020), yang melibatkan 9 pasien dengan nyeri akut pasca operasi usus buntu, rasa sakit tersebut berhubungan dengan agen yang menyebabkan cedera fisik, khususnya insisi pada prosedur apendiktomi.

3. Tanda dan Gejala

Menurut Pedoman Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017), nyeri akut ditandai oleh gejala-gejala sebagai berikut:

a. Tanda serta Gejala Utama

1) Subjektif

Merasa nyeri

2) Objektif

Menampakkan rasa sakit dengan cara meringis

Membuat sikap yang melindungi diri (contoh: waspada, memilih posisi untuk menghindari rasa nyeri)

Merasa gelisah

Denyut nadi meningkat

Sulit tidur.

b. Tanda dan Gejala Tambahan

1) Subjektif

(tidak tersedia)

2) Objektif

Tekanan darah naik

Cara bernapas berubah

Selera makan tidak stabil

Kemampuan berpikir terpengaruh

Menjauh dari komunitas

Hanya memperhatikan diri sendiri

4. Klasifikasi nyeri

Secara umum, nyeri dibagi menjadi dua jenis, yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.:

a. Nyeri akut

Nyeri mendadak atau akut muncul tiba-tiba serta berhubungan dengan cedera pada tubuh . Nyeri merupakan respon alami dari tubuh atas kerusakan atau cedera pada jaringan dan berfungsi sebagai indikasi adanya kerusakan tersebut, misalnya nyeri pasca operasi. Selain oleh penyakit yang lebih luas, nyeri mendadak umumnya akan hilang setelah jaringan yang terluka sembuh. Nyeri akut berlangsung kurang dari enam bulan (Ningtyas et al. 2023).

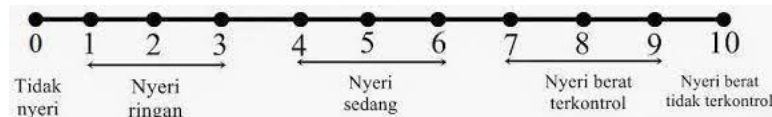
b. Nyeri kronis

Nyeri kronis terjadi ketika seseorang merasakan sakit dalam periode waktu yang panjang, baik secara terus-menerus maupun terputus. Biasanya, nyeri jenis ini memerlukan waktu pemulihan yang lebih lama daripada yang diharapkan dan sering kali sulit untuk dipahami penyebabnya, baik itu karena cedera atau masalah yang mengakibatkan rasa sakit berulang selama berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun. Menurut beberapa peneliti, nyeri dapat dikategorikan sebagai kronis jika berlangsung lebih dari enam bulan (Ningtyas et al. , 2023).

5. Pengukuran intensitas nyeri

Pengukuran intensitas nyeri pada pasien dapat menggunakan skala penilaian (Numerical Rating Scale / NRS) sebagai pilihan lain dari alat pendeskripsi kata atau pengekspresian rasa nyeri. Dalam metode ini, pasien menilai tingkat nyeri mereka dengan menggunakan skala 0 hingga 10. Pasien diberi penjelasan bahwa angka 0 berarti “tidak ada nyeri sama sekali” sedangkan angka 10 berarti “nyeri yang paling parah yang mereka bisa bayangkan”. Skala ini biasanya diterapkan untuk

mengevaluasi intensitas nyeri sebelum dan setelah pemberian intervensi terapeutik. Penilaian NRS membantu pasien dalam menggambarkan tingkat nyeri karena setiap angka atau nilai pada skala tersebut menjelaskan jenis atau masalah nyeri yang dirasakan (Kemenkes, 2022).



Gambar 2.3 *Numerical rating scale (NRS)*

Sumber : Kemenkes, 2022

Keterangan:

- a. 0: Tanpa rasa sakit
- b. 1-3: Nyeri ringan: Klien mampu berkomunikasi dengan baik dan menunjukkan gejala yang tidak terlihat.
- c. 4-6: Nyeri sedang: Klien terlihat mendesis dan menyeringai, bisa menunjukkan lokasi nyeri dan mendeskripsikannya, serta dapat mengikuti perintah dengan baik. Terdapat peningkatan frekuensi napas, tekanan darah, kekuatan otot, dan pupil yang melebar.
- d. 7-9: Nyeri yang parah: Klien kadang tidak bisa mengikuti perintah tetapi masih bereaksi terhadap tindakan, mampu menunjukkan lokasi nyeri, namun tidak bisa mendeskripsikannya. Nyeri ini tidak bisa diatasi dengan teknik pernapasan yang dalam atau dengan distraksi. Karakteristiknya meliputi wajah klien yang pucat, kekakuan otot, serta rasa lelah yang berlebihan.
- e. 10: Nyeri yang sangat parah: Pasien tidak lagi mampu berkomunikasi dan mungkin mengeluarkan suara menderita.

6. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada pasien yang telah menjalani operasi apendiktomi menurut Ni Made Yuni Antara tahun 2018.

1) Identitas

Meliputi data pasien seperti nama, usia, alamat, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, tanggal masuk rumah sakit,

nomor registrasi, pekerjaan, diagnosis medis, agama, suku bangsa, serta identitas orang yang bertanggung jawab.

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Pada pasien yang baru saja menjalani operasi apendektomi biasanya mengeluh merasa nyeri. P : adanya luka di daerah perut, Q : sesuai dengan keluhan yang diterima, R : nyeri berlokasi di kuadran bawah kanan perut, S : sesuai dengan kondisi nyeri yang dialami pasien, T : nyeri muncul dan hilang atau terus menerus.

b) Riwayat penyakit dahulu

Dalam mempelajari kesehatan masa lalu, dilakukan pemeriksaan terhadap faktor-faktor yang berpotensi menyebabkan masalah kesehatan saat ini serta jenis penyakit dan kondisi kesehatan yang pernah dialami sebelumnya. Pada pasien yang menjalani operasi karena peritonitis, perlu diketahui riwayat penyakit saluran pencernaan seperti typhoid, apendisitis, dan lainnya serta riwayat operasi sebelumnya.

c) Riwayat penyakit saat ini

Ditanyakan kapan keluhan pertama kali muncul, berapa lama keluhan berlangsung, bagaimana sifat dan tingkat keparahan nyeri, tempat munculnya keluhan, serta kondisi apa yang memperparah atau meringankan gejala tersebut.

d) Riwayat keperawatan keluarga

Operasi apendektomi atau usus buntu dalam menangani penyakit apendisitis bukanlah merupakan penyakit yang diwariskan dari generasi ke generasi.

3) Tinjauan Sistem

a) Aktivitas / Istirahat

Pasien menghadapi masalah dalam beristirahat dan tidur

Pasien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas pribadi, seperti berpakaian, makan, mandi, dan lain-lain

b) Sirkulasi

Secara umum aman

c) Integritas Ego

Dilihat dari keadaan pasien, yaitu apakah ia mengerti tentang situasi kesehatan yang dialaminya dan apakah ia sadar akan penyakit yang dideritanya.

d) Eliminasi

Apakah pasien mengalami masalah dengan buang air besar atau buang air kecil?

Pasien yang telah menjalani operasi pengangkatan usus buntu telah dipasang kateter.

Tinja sering sulit dikeluarkan

e) Makanan / Cairan

Pasien diingatkan dalam masa puasa hingga usus kembali berbunyi normal

Nausea

Tidak nafsu makan

f) Kebersihan Diri

Pasien umumnya beristirahat di tempat tidur karena belum mampu berjalan.

g) Neurosensorik

Apakah pasien menghadapi gangguan dalam kemampuan melihat, mendengar, mencium, dan lain-lain?

h) Nyeri / Kenyamanan

Pasien mengeluh nyeri dan bagaimana respons terhadap nyeri tersebut.

Pasien menahan nyeri

P : terdapat sayatan pada area perut tempat tindakan dilakukan

Q : berdasarkan pernyataan pasien

R : rasa sakit di bagian kanan bawah perut

S : sesuai dengan keadaan nyeri yang dialami pasien

T : rasa sakit muncul dan menghilang

i) Respirasi

Pola pernapasan berkurang

j) Keamanan

Apakah pasien alergi ?

Apakah pasien menderita penyakit menular ?

4) Pemeriksaan Fisik

a) Kondisi Umum

Pasien setelah operasi appendektomi biasanya lemah

b) Kesadaran

Pasien setelah operasi appendektomi memiliki kesadaran composmentis

c) Tanda-Tanda Vital

Tekanan darah : umumnya stabil

Nadi : dicatat frekuensinya

Respirasi : frekuensinya berkurang

Suhu : mengalami peningkatan

d) Thoraks

Pola napas pasien setelah operasi appendektomi berkurang

e) Abdomen

Dilakukan pemeriksaan inspeksi, yaitu adanya luka insisi setelah appendektomi, kondisi luka, Peristaltik usus yang berkurang ditandai dengan pembengkakan di perut, kesulitan mengeluarkan gas, dan merasa mual. Lakukan palpasi untuk mengecek apakah ada rasa sakit saat ditekan atau adanya massa. Lakukan perkusi untuk mendengar suara di perut.

f) Ekstremitas

Terjadi pembatasan dalam aktivitas akibat rasa sakit yang mengganggu dan kekuatan otot pasien yang rendah.

b. Perumusan Diagnosa Keperawatan

Mengikuti pedoman keperawatan Indonesia untuk diagnosis pada tahun 2018, diagnosis keperawatan dapat terjadi pada pasien yang telah menjalani pengangkatan bedah adalah..

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
- 2) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)
- 3) Resiko hipovolemia berhubungan dengan mual dan muntah (D.0034)
- 4) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan luka insisi (D.0129)

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien yang baru saja selesai operasi apendektomi sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018

1. Manajemen Nyeri (I. 08238)

Manajemen nyeri adalah tindakan yang dilakukan perawat untuk mengenali dan mengatasi pengalaman sensorik atau emosional yang terjadi karena adanya kerusakan pada jaringan atau fungsi tubuh, baik secara mendadak maupun secara bertahap, dengan intensitas nyeri yang ringan hingga berat dan secara berkelanjutan.

Observasi

- a) Tentukan lokasi, karakteristik, frekuensi, durasi, kualitas, dan intensitas nyeri
- b) Tentukan skala nyeri
- c) Kenali respons nyeri nonverbal
- d) Tentukan faktor yang memperberat dan meringankan nyeri
- e) Tentukan pengetahuan dan keyakinan seseorang tentang nyeri
- f) Tentukan bagaimana budaya memengaruhi respons terhadap nyeri
- g) Tentukan bagaimana nyeri memengaruhi kualitas hidup
- h) Pantau keberhasilan terapi komplementer yang telah diberikan
- i) Pantau efek samping dari penggunaan analgetik

Terapeutik

- a) Beri teknik nonfarmakologis atau tanpa obat untuk mengurangi nyeri (misalnya: TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain, mobilisasi dini)
- b) Kendalikan faktor lingkungan yang memperburuk nyeri (misalnya: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- c) Fasilitasi istirahat dan tidur
- d) Tinjau bentuk dan pemicu nyeri dalam memilih prosedur menangani nyeri

Edukasi

- a) Jelaskan alasan dan pemicu nyeri
- b) Jelaskan cara meredakan nyeri
- c) Sarankan memonitor nyeri secara mandiri
- d) Sarankan menggunakan analgesik secara tepat
- e) Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu