

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Konsep Nyeri**

##### **1. Definisi Nyeri**

*International Association for the Study of Pain (IASP)* memberikan definisi nyeri sebagai “*unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential damage or discribe in terms of such damage. And pain is always subjctif. Each indifidual learns the application of the word through experience related injury in early life*”. Definisi ini menggambarkan nyeri sebagai pengalaman yang kompleks menyangkut multidimensional. Definisi diatas mengandung dua poin penting, yaitu bahwa secara normal nyeri dianggap sebagai indikator sedang atau telah terjadinya cedera fisik. Yang kedua bahwa komponen kognitif, emosional dan tingkah laku dari nyeri dipengaruhi oleh pengalaman yang lalu tentang nyeri (Suwondo et al., 2017).

Margo Mc Caffery, mendefinisikan nyeri sebagai "segala sesuatu yang dikatakan oleh individu yang merasakan nyeri dan ada ketika individu tersebut mengatakan ada". Karena nyeri merupakan hal yang subjektif, satu-satunya individu yang dapat dengan akurat mendefinisikan nyeri mereka sendiri yaitu mereka yang mengalami,merasakan nyeri tersebut (Black & Hawks, 2014).

Rasa nyeri merupakan stressor yang dapat menimbulkan ketegangan. Individu akan merespon secara biologis dan perilaku yang menimbulkan respon fisik dan psikis. Respon fisik meliputi perubahan keadaan umum, ekspresi wajah, nadi, pernafasan, suhu, sikap badan dan apabila nyeri berada pada derajat berat dapat menyebabkan kolaps kardiovaskuler dan syok. Respon psikis akibat nyeri dapat merangsang respon stress yang dapat menekan sistem imun dan peradangan, serta menghambat penyembuhan. Nyeri dapat terjadi karena proses perjalanan penyakit maupun tindakan diagnostik dan invasif (Kadri & Fitrianti, 2020).

## 2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Respon Nyeri

Menurut Black & Hawks, (2014) faktor-faktor yang mempengaruhi respon nyeri yaitu :

### a. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Karena seseorang akan menerima dan memandang nyeri berdasarkan pengalaman individual masing-masing, oleh sebab itu nyeri yang dirasakan akan berbeda pada tiap individu.

### b. Sosial Budaya

Ras, budaya, dan etnik merupakan faktor penting dalam respons individu terhadap nyeri. Faktor-faktor ini memengaruhi seluruh respons sensori, termasuk respons terhadap nyeri. Respons terhadap nyeri cenderung merefleksikan moral budaya kita masing-masing.

### c. Usia

Usia dapat mengubah persepsi dan pengalaman nyeri, terdapat beberapa variasi dalam batas nyeri yang dikaitkan dengan kronologis usia. Seseorang dengan usia dewasa cenderung tidak mengungkapkan adanya nyeri karena takut bahwa hal tersebut akan mengindikasikan diagnosis yang buruk. Bagi orang dewasa nyeri bisa berarti kelemahan, kegagalan, atau kehilangan kontrol.

### d. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respons nyeri, pria lebih jarang mengungkapkan nyeri dibandingkan wanita. Umumnya pria dan wanita tidak berbeda dalam berespons terhadap nyeri, tetapi beberapa kebudayaan mempengaruhi pria dan wanita dalam mengekspresikan nyeri. Misalnya Pada budaya Amerika Serikat dimana pria tidak boleh menangis dan harus berani. Hal tersebut dapat menyebabkan pria cenderung tidak mengekspresikan nyeri yang di alami dibandingkan wanita.

e. Arti Nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memengaruhi respons mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri diketahui, individu akan dapat mengungkapkan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman tersebut. Jika pengalaman nyeri tersebut diartikan negatif, maka nyeri akan terasa lebih berat dibandingkan yang dirasakan di situasi positif. Contohnya, nyeri yang dikaitkan dengan ancaman terhadap citra diri akan terasa lebih berat dibandingkan dengan nyeri yang tidak dihubungkan dengan hal tersebut.

f. Ansietas

Tingkat ansietas yang dialami akan memengaruhi respons terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk.

g. Pengalaman Sebelumnya Mengenai Nyeri

Individu yang memiliki pengalaman negatif terhadap nyeri akan merasa kesulitan dalam mengatasi nyeri. Pengalaman buruk cenderung akan menyebabkan nyeri terasa lebih berat meskipun dengan kondisi yang baik, begitupun sebaliknya. Individu biasanya mengira bahwa semakin sering mengalami nyeri maka akan semakin tenang dalam menghadapinya, pada kenyataannya yang terjadi individu akan menjadi lebih cemas dan mengharapkan nyeri reda dengan cepat untuk menghindari kesakitan yang pernah dialami sebelumnya.

h. Harapan

Harapan dapat memengaruhi persepsi terhadap nyeri dan efektivitas intervensi untuk mengurangi atau meredakan nyeri. Harapan positif menghasilkan hasil yang positif, harapan negatif akan cenderung memberikan hasil yang negatif.

### 3. Fisiologis Nyeri

Terdapat empat proses fisiologis dari nyeri nosiseptif (nosiseptif: sarafsaraf yang menghantarkan stimulus nyeri ke otak): transduksi, transmisi, persepsi dan modulasi. Klien yang mengalami nyeri tidak dapat membedakan keempat proses tersebut. Bagaimanapun pemahaman terhadap masing-masing proses akan membantu kita dalam mengenali faktor-faktor yang menyebabkan nyeri. Gejala yang menyertai nyeri, dan rasional dari setiap tindakan yang diberikan. Transduksi merupakan proses rangsangan yang mengganggu sehingga menimbulkan aktivitas listrik di reseptor nyeri. Transduksi dimulai di perifer, ketika stimulus terjadinya nyeri mengirimkan impuls yang melewati serabut saraf nyeri perifer yang terdapat pancaindra (nosiseptor) maka akan menimbulkan potensial aksi. Stimulus berupa suhu, kimia, atau mekanik (Potter & Perry, 2010). Setelah proses transduksi selesai, transmisi impuls nyeri dimulai. Kerusakan sel dapat disebabkan oleh stimulus suhu, mekanik, atau kimiawi yang mengakibatkan pelepasan neurotransmitter eksitatori. Serabut nyeri memasuki medulla spinalis melalui tulang belakang dan melewati beberapa rute hingga berakhir di dalam lapisan abu-abu medulla spinalis. Ketika stimulus nyeri sampai ke korteks serebral, maka otak akan menginterpretasikan kualitas nyeri dan memproses informasi dari pengalaman yang telah lalu, pengetahuan, serta faktor budaya yang berhubungan dengan persepsi nyeri (Potter & Perry, 2010).

### 4. Klasifikasi Nyeri

Menurut Black & Hawks, (2014), pola nyeri dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis.

#### a. Nyeri Akut

Nyeri akut disebabkan oleh aktivasi nosiseptor, biasanya berlangsung dalam waktu yang singkat (kurang dari 6 bulan), dan memiliki onset yang tiba-tiba, seperti nyeri insisi setelah operasi. Nyeri jenis ini juga dianggap memiliki durasi yang terbatas dan bisa diduga, seperti nyeri pasca operasi, yang biasanya menghilang ketika

luka sembuh. Klien menggunakan kata-kata seperti “tajam”, “tertusuk”, dan “tertembak” untuk mendeskripsikan nyeri akut. Individu yang mengalami nyeri akut biasanya tidak mengalami traumatis karena sifat nyeri yang terbatas, seperti nyeri pada saat melahirkan. Ketika nyeri reda, individu akan kembali ke status sebelum mengalami nyeri. Nyeri akut mungkin disertai respon fisik yang dapat diobservasi, seperti: Peningkatan atau penurunan darah, takikardi, diaforesis, takipnea, fokus pada nyeri, dan melindungi bagian tubuh yang nyeri. Nyeri akut yang tidak teratasi akan memicu status nyeri kronis.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis biasanya dianggap sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan (atau 1 bulan lebih dari normal di masa-masa akhir kondisi yang menyebabkan nyeri) dan tidak diketahui kapan akan berakhir kecuali jika terjadi penyembuhan yang lambat, seperti pada luka bakar. Lamanya nyeri kronis dihitung berdasarkan nyeri yang dirasakan dalam hitungan bulan atau tahun, bukan menit atau jam.

Klien dengan nyeri kronis mungkin mengalami nyeri yang lokal atau menyebar serta terasa ketika disentuh, beberapa terasa nyeri di titik yang dapat diprediksi, namun hanya disertai sedikit teman fisik. Mereka biasanya mengeluh perasaan kelemahan, gangguan tidur, dan keterbatasan fungsi. Mereka mungkin menunjukkan suasana hati depresif, dan memperlihatkan perilaku individu dengan penyakit kronis.

## 5. Respon Terhadap Nyeri

Respon tubuh terhadap nyeri merupakan sebuah proses kompleks dan bukan suatu kerja spesifik. Respons tubuh terhadap nyeri memiliki aspek fisiologis dan psikososial. Adaptasi terhadap nyeri ini terjadi setelah beberapa jam atau beberapa hari mengalami nyeri. Seseorang dapat belajar menghadapi nyeri melalui aktivitas kognitif dan perilaku, seperti pengalihan, imajinasi, dan banyak tidur (Kozier et al., 2011).

**Tabel 2.1 Perilaku Non Verbal Terhadap Nyeri**

<b>Ekspresi wajah</b>	Menggertakan gigi, mengeryitkan dahi, mengigit bibir, menekuk muka, menutup mata dengan rapat, membuka mata atau mulut dengan lebar.
<b>Vokal</b>	Menangis, mengerang, terengah, merintih, menggerutu, dan menjerit.
<b>Gerakan tubuh</b>	Gelisah, waspada, tegang pada otot, imobilitas, mondar-mandir, meremas tangan, tidak bisa diam, gelisah, menggeliat, menolak ubah posisi, dan kaku pada sendi.
<b>Interaksi sosial</b>	Diam, menarik diri, tingkat perhatian menurun, dan fokus pada standar meredakan nyeri.
<b>Emosi</b>	Agresif, bingung, rewel, sedih, iritabilitas.
<b>Tidur</b>	Meningkat, karena kelelahan Menurun, karena sering terbangun.

Sumber: Black & Hawks (2014)

**Tabel 2.2 Respon Fisiologis Terhadap Nyeri**

<b>Respon Sistem Saraf Simpatik</b>	<b>Respon Sistem Saraf Parasimpatik</b>
Peningkatan denyut nadi	Tekanan darah menurun
Peningkatan frekuensi napas	Enyut nadi menurun
Peningkatan tekanan darah	Mual, muntah
Pasien tampak pucat	Kelemahan
Dilatasi pupil	Kehilangan kesadaran

Sumber: Black & Hawks (2014)

## 6. Pengukuran Skala Nyeri

### a. Skala Deskriptif

Merupakan alat pengukuran tingkat nyeri yang lebih objektif.



**Gambar 2.1 Skala Pendeskriptif Verbal (*Verbal Descriptor Scale, VDS*) (Potter & Perry, 2010)**

**b. Wong-Baker Faces Pain Rating Scale**

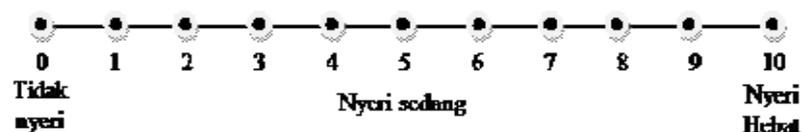
*Wong Baker Faces Pain Rating Scale* cocok digunakan pada pasien anak > 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka (Suwondo et al., 2017). Caranya yaitu dengan menunjuk 1 wajah menggunakan kata-kata untuk menggambarkan intensitas nyeri lalu meminta anak memilih wajah untuk mencerminkan nyeri mereka dan catat angka yang tepat (Potter & Perry, 2010).



**Gambar 2.2 Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (Potter & Perry, 2010)**

**c. Numerical Rating Scale (NRS)**

Caranya dengan menarik garis horizontal sepanjang 10 cm, pasien menunjuk di sepanjang titik/angka, lalu di lihat nilai atau angka nyeri yang dirasakan pasie, 0 menggambarkan tidak ada nyeri dan 10 menggambarkan nyeri hebat.



**Gambar 2.3 Numerical Rating Scale (NRS) (Potter & Perry, 2010)**

Keterangan:

- a) Skala 0: Tidak ada keluhan nyeri
- b) Skala 1: Nyeri ringan ( Nyeri hampir tak terasa, nyeri seperti gigitan nyamuk)
- c) Skala 2: Nyeri ringan (Seperti cubitan ringan pada kulit)
- d) Skala 3: Nyeri ringan (Nyeri sangat terasa namun bisa di tahan, seperti dipukul atau seperti rasa sakit karena suntikan)
- e) Skala 4: Nyeri sedang (Nyeri mengganggu dan memerlukan usaha untuk menahan, nyeri dalam seperti sengatan lebah)
- f) Skala 5: Nyeri sedang (Nyeri mengganggu, nyeri dalam, menusuk, seperti saat kaki terkilir)
- g) Skala 6: Nyeri sedang (Nyeri kuat, dalam dan menusuk begitu kuat hingga menyebabkan tidak fokus dan komunikasi terganggu)
- h) Skala 7: Nyeri berat (Nyeri nyeri kuat, dalam dan menusuk, menyebabkan tidak dapat berkomunikasi dengan baik dan tidak mampu melakukan perawatan diri)
- i) Skala 8: Nyeri berat (Nyeri begitu kuat sehingga anda tidak dapat berpikir jernih)
- j) Skala 9: Nyeri berat (Nyeri begitu kuat sehingga tidak bisa mentoleransinya dan sampai menuntut untuk segera menghilangkan rasa sakit apapun caranya, idak peduli efek samping atau resikonya)
- k) Skala 10: Nyeri berat (Nyeri begitu kuat hingga tak sadarkan diri, kebanyakan orang tidak pernah mengalami skala rasa sakit ini karena sudah terlanjur pingsan seperti mengalami kecelakaan parah. Kesadaran akan hilang sebagai akibat dari rasa sakit yang luar biasa)

#### d. Skala Analog Visual

*Visual Analogue Scale (VAS)* merupakan cara yang banyak digunakan untuk menilai nyeri. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 100 mm. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri (nol/0), sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi (100 mm). Skala dapat dibuat vertikal atau horizontal. Manfaat utama VAS yaitu penggunaannya yang sangat mudah dan sederhana, namun pada kondisi pasien kurang kooperatif misalnya nyeri yang sangat berat atau periode pasca bedah, VAS seringkali sulit dinilai karena koordinasi visual dan motorik dan kemampuan konsentrasi pasien terganggu. VAS pada umumnya mudah dipergunakan pada pasien anak >8 tahun dan dewasa (Suwondo et al., 2017).



**Gambar 2.4** *Visual Analogue Scale, VAS (Potter & Perry, 2010)*

#### 7. Nyeri Post Operasi *Appendectomy*

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). *International Association For The Study Of Pain* atau *IASP* mendefinisikan nyeri akut post operasi apendektomi sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan (Potter & Perry, 2009).

Menurut (Simamora et al., 2021) skala nyeri terbanyak pada pasien post operasi *appendectomy* berada pada skala 6,7, dan 8, berdasarkan kategori nyeri mayoritas berada pada kategori nyeri berat. Berdasarkan pengkajian (Santoso, 2022) pada pasien post operasi *appendectomy*, di dapatkan hasil pengkajian PQRST: P: Nyeri terasa saat berubah posisi, Q: ditusuk-tusuk, R: abdomen bagian bawah kanan (luka post op), S: 6, T: Hilang timbul.

Menurut Buyukyilmaz, (2014) nyeri pasca operasi hari pertama akan berangsur menurun pada hari berikutnya. Selama dilakukan pengkajian berhari-hari setelah operasi nyeri akan muncul dari skala sedang sampai berat. Pengalaman nyeri pada setiap pasien post operasi dilaporkan mengalami nyeri dengan intensitas tinggi pada hari pertama dan menurun di hari-hari berikutnya (Rosiska, 2021). Pada penelitian yang dilakukan (Liestarina et al., 2023) disebutkan bahwa 6 jam pertama pasca operasi pasien keluar dari kamar operasi masih terpengaruh oleh obat anastesi. Obat anastesi bisa bertahan didalam tubuh kurang dari 6 jam. Responden mengalami nyeri pada 6 jam setelah operasi ditandai dengan pasien mengeluhkan nyeri secara verbal dan pasien merintih kesakitan.

## **8. Penatalaksanaan Nyeri**

Menurut Black & Hawks (2014), terbagi menjadi dua yaitu intervensi farmakologi dan intervensi nonfarmakologi.

### **a. Farmakologi**

Farmakologi atau obat-obatan merupakan bentuk pengendalian yang sering digunakan. Obat-obatan analgesik dibagi dua yaitu analgesik ringan seperti aspirin atau salisilat, parasetamol dan NSAID, sedangkan analgesik kuat yaitu morfin, petidin dan metadon.

### **b. Non-farmakologi**

#### **1) Aromaterapi**

Terapi alternatif untuk menjaga kesehatan tubuh, dengan memanfaatkan wangi-wangian minyak esensial. Minyak aromaterapi berasal dari ekstra tumbuhan seperti lavender,

mawar, kenanga, *chamomile*, *rosemary*, *mint*, jahe lemon, kayu putih, dan kayu manis.

2) Stimulasi dan Massase Kutaneus

Masase tidak secara spesifik menstimulasi reseptor tidak nyeri pada bagian yang sama seperti reseptor nyeri tetapi dapat mempunyai dampak melalui system kontrol desenden. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena menyebabkan relaksasi otot.

3) Distraksi

Distraksi yang mencakup memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang berhasil dan mungkin merupakan mekanisme yang bertanggung jawab terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Seperti mendengarkan musik (*classic music therapy*), mengobrol atau menonton televisi.

4) Relaksasi

Ada beberapa teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri yaitu relaksasi nafas dalam, relaksasi genggam jari dan relaksasi otot progresif. Relaksasi nafas dalam dimana bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri dengan cara menarik nafas melalui hidung, dan menghembuskan nafas perlahan melalui mulut.

5) Imajinasi Terbimbing

Imajinasi terbimbing yaitu menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu.

6) Hipnosis

Hipnosis efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan jumlah analgesik yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Keefektifan hipnosis tergantung pada kemudahan hipnotik individu

## **B. Konsep *Appendectomy***

### **1. Pengertian**

*Appendectomy* merupakan pembedahan atau operasi pengangkatan apendiks. *Appendectomy* merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/pengangkatan usus buntu yang terinfeksi. *Appendectomy* dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi peritonitis atau abses (Alza et al., 2023). Pada prosedur *appendectomy*, insisi dilakukan pada bagian titik *Mc. Burney* saja.

### **2. Tipe *Appendectomy***

Terdapat 2 jenis *appendectomy* menurut Tanjung (2020), yaitu:

#### **a. Operasi Usus Buntu Terbuka.**

*Appendectomy* terbuka dilakukan dengan membuat irisan pada bagian kanan bawah perut sepanjang 2-4 inci. Usus buntu diangkat melalui irisan ini kemudian irisan ditutup kembali. *Appendectomy* terbuka harus dilakukan jika usus buntu pasien sudah pecah dan infeksinya menyebar. *Appendectomy* terbuka juga merupakan metode yang harus dipilih bagi pasien yang pernah mengalami pembedahan di bagian perut.

#### **b. Operasi Usus Buntu Laparoscopi.**

*Appendectomy* laparoscopi dilakukan dengan membuat 1-3 irisan kecil di bagian kanan bawah abdomen. Setelah irisan abdomen dibuat, dimasukkan sebuah alat laparoskop ke dalam irisan tersebut untuk mengangkat apendiks. Laparoscopi merupakan alat berbentuk tabung tipis panjang yang terdiri dari kamera dan alat bedah. Pada saat dilakukan *appendectomy* laparoscopi, dokter akan memutuskan apakah dibutuhkan *appendectomy* terbuka atau tidak.

### **3. Etiologi**

Etiologi dilakukannya tindakan pembedahan pada penderita apendiksitis dikarenakan apendik mengalami peradangan. Apendiks yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi apabila tidak dilakukan tindakan pembedahan. Berbagai hal berperan sebagai faktor pencetusnya.

Sumbatan lumen apendiks merupakan faktor yang diajukan sebagai faktor pencetus. Disamping hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askariasis dapat pula menyebabkan sumbatan. Penyebab lain yang diduga dapat menimbulkan apendisitis ialah erosi mukosa apendiks akibat parasit seperti *E. Histolytica* (Muhammad, 2022).

#### **4. Patofisiologi**

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendiks oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fibrosis yang disebabkan oleh peradangan sebelumnya, atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa mengalami bendungan. Semakin lama mukus tersebut semakin banyak, tetapi elastisitas dinding apendiks mempunyai keterbatasan sehingga terjadi peningkatan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat ini akan menghambat aliran limfe yang menyebabkan edema, diapadesis bakteri, dan ulserasi mukosa. Pada saat inilah terjadi apendisitis akut lokal yang ditandai dengan nyeri epigastrium. Tekanan akan terus meningkat bila sekresi mucus terus berlanjut. Hal ini akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah, dan bakteri akan menembus dinding. Timbulnya nyeri didaerah kanan bawah disebabkan peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat. Kondisi ini disebut apendisitis supuratif akut. Terganggunya aliran arteri di kemudian maka akan terjadi infark dinding apendiks yang diikuti dengan gangren. Stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila pecahnya dinding yang telah rapuh akan mengakibatkan terjadinya apendisitis perforasi. Bila semua proses diatas berjalan lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak kearah apendiks hingga timbul suatu massa lokal yang disebut infiltrate apendikularis. Terjadinya abses disebabkan oleh peradangan pada apendiks. Pada anak-anak, kerana dinding apendiks lebih tipis, akan memudahkan terjadinya perforasi. Pada orang tua, perforasi mudah terjadi karena telah ada gangguan pembuluh darah (Indra et al., 2018).

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Operasi *Appendectomy***

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan. Hasil dari pengkajian merupakan dasar dari penentuan masalah keperawatan dan rencana tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien. Pengkajian atau pengumpulan data mempunyai empat metode yaitu wawancara (anamnesis), observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan diagnostik

#### **a. Anamnesis**

Anamnesis atau disebut juga wawancara merupakan suatu metode pengumpulan data dengan memberikan beberapa pertanyaan kepada pasien atau keluarga mengenai masalah yang dihadapi

##### **1) Data Demografi**

Data demografi pada pengkajian meliputi identitas pasien seperti nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pekerjaan, pendidikan dan alamat serta identitas penanggung jawab yang terdiri dari nama, umur, hubungan dengan keluarga dan pekerjaan. Pengkajian umur penting karena berbagai penyakit saluran pencernaan dikaitkan dengan umur, misalnya penyakit radang usus buntu lebih banyak ditemukan pada umur 20-30 tahun, sedangkan pada anak terjadi umur 6-10 tahun.

##### **2) Riwayat Kesehatan**

###### **a) Riwayat Kesehatan Sekarang**

Pengkajian dilakukan dengan menanyakan keluhan utama pasien secara kronologis, yaitu waktu, pencetus, durasi, dan keadaan pasien saat ini. Keluhan utama yang dirasakan oleh pasien post apendektomi, yaitu nyeri pada insisi pembedahan serta letih dan tidak bisa beraktivitas atau imobilisasi sendiri. Pengkajian nyeri harus lengkap meliputi: P (provokatif/paliatif), yaitu faktor pencetus nyeri, bagaimana nyeri bisa bertambah dan berkurang, Q (quality/quantity) yaitu kualitas nyeri biasanya pasien post akan merasakan nyeri seperti ditusuk-tusuk atau

disayat-sayat, R (region/radiasi), yaitu lokasi nyeri yang dirasakan dan nyeri menyebar atau pada satu titik, S (severity/scale), yaitu intensitas atau skala nyeri yang dirasakan dengan menggunakan *Numeric Rating Scale (NRS)* dimulai dari skala 0-10; dan T (*time*), yaitu kapan, berapa lama, durasi, dan frekuensi nyeri. Tanyakan juga pada pasien apakah pasien membuang gas (*flatus*), karena ini merupakan tanda penting yang menunjukkan fungsi usus normal.

b) Riwayat Kesehatan Dulu

Perlu dikaji adanya riwayat gangguan saluran pencernaan pada masa lalu pasien, seperti gangguan pada usus, lambung dan sebagainya. Biasanya pasien post apendiktomi memiliki kebiasaan makan-makanan yang rendah serat dan juga makanan yang pedas. Tanyakan kepada pasien pernah sampai dirawat di rumah sakit atau tidak, berapa lama dan pulang dengan status apa. Selain itu, riwayat pembedahan juga perlu untuk dikaji baik pembedahan abdomen atau sistem yang lain.

c) Riwayat Kesehatan Keluarga

Penyakit saluran pencernaan bisa terjadi akibat pola kebiasaan keluarga yang kurang baik seperti penyiapan dan penyimpanan makanan. Tanyakan apakah anggota keluarga memiliki penyakit yang sama dengan pasien dan biasanya tidak ada pengaruh ke penyakit keturunan seperti hipertensi, hepatitis, diabetes mellitus, tuberkulosis, dan asma.

b. Observasi

Observasi yaitu tindakan pengamatan kondisi, perilaku dan keadaan umum pasien pada rentang waktu tertentu. Observasi dilakukan untuk mendukung atau menguatkan data hasil dari anamnesis yang kurang jelas. Misalnya, pada pasien post apendiktomi yang mengeluh nyeri, maka untuk mendukung keluhan pasien tersebut perawat mengobservasi perilaku pasien, seperti perilaku membatasi gerak,

memegang area nyeri secara terus-menerus dan sebagainya. Observasi juga bisa dengan menggunakan alat misalnya mengobservasi suhu pasien menggunakan termometer, mengukur tekanan darah menggunakan sfigmomanometer dan sebagainya (Sugiyono, 2019). Pasien post apendiktomi biasanya mengeluh mual muntah, konstipasi pada awitan awal post.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik yaitu metode pengumpulan data dengan cara melakukan pengamatan bagian fisik dari pasien menggunakan alat ataupun tidak dengan alat. Berikut pemeriksaan fisik pada pasien post apendiktomi meliputi:

1) Keadaan Umum

Pasien post apendiktomi mencapai kesadaran penuh atau composmentis, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung periode nyeri. Tanda vital pada umumnya stabil kecuali pasien yang mengalami perforasi apendiks.

2) Sistem Pernafasan

Pasien akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas serta pernafasan dangkal, sesuai yang dapat ditoleransi oleh pasien, tidak ada penggunaan otot bantu napas, retraksi dinding dada, tidak terdapat suara napas tambahan.

3) Sistem Kardiovaskuler

Umumnya pasien mengalami takikardi sebagai respon terhadap stres dan hipovolemia, pasien juga mengalami hipertensi sebagai respon terhadap nyeri ataupun hipotensi karena kelemahan dan tirah baring. Pengisian kapiler biasanya normal, dikaji keadaan konjungtiva, ada tidaknya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.

4) Sistem Pencernaan

Tampak adanya luka bekas operasi di area abdomen. Saat dipalpasi adanya nyeri pada luka operasi di area abdomen, penurunan bising usus (Saputro, 2018). Inspeksi abdomen untuk memeriksa perut kembung akibat akumulasi gas. Kaji kembalinya peristaltik setiap 4-8 jam. Auskultasi perut secara rutin untuk mendeteksi suara usus kembali normal yaitu 5-30 x/menit bunyi keras pada masing masing kuadran menunjukkan gerak peristaltik kembali normal.

5) Sistem Perkemihan

Awal post *appendectomy* pasien akan mengalami penurunan jumlah output urin, hal ini terjadi dikarenakan adanya pembatasan intake oral selama periode awal post *appendectomy*.

6) Sistem Musculoskeletal

Secara umum, pasien dapat mengalami kelemahan karena tirah baring post operasi dan merasa kaku. Kekuatan otot berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas.

7) Sistem Integumen

Tampak adanya luka bekas operasi di abdomen karena insisi bedah yang biasanya disertai juga dengan kemerahan.

8) Sistem Persyarafan

Pengkajian fungsi persyarafan meliputi tingkat kesadaran, saraf kranial dan refleks.

d. Pemeriksaan Diagnostik

Perawat dalam menegakkan diagnosis keperawatan perlu untuk mempertimbangkan hasil analisis pemeriksaan penunjang atau prosedur diagnostik (Diyono & Mulyanti, 2013). Berikut ini jenis pemeriksaan yang dilakukan pada pasien yang mengalami masalah sistem pencernaan, yaitu: Pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi (Rontgen apendikogram, *ultrasonografi (USG)* dan CT-Scan).

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik aktual maupun potensial diagnosis keperawatan yang muncul pada pasien post *appendectomy* yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017a):

### a. Nyeri Akut (D.0077)

**Tabel 2.3 Nyeri Akut**

Definisi	
Nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai 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.	
Penyebab	
1. Agen pencedera fisiologis (mis: inflamasi, iskemia, neoplasma) 2. Agen pencedera kimiawi (mis: terbakar, bahan kimia iritan) 3. Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).	
Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Tampak meringis 2. Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	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. Diaforesis
Kondisi Klinis Terkait	
1) Kondisi pembedahan 2) Cedera traumatis 3) Infeksi 4) Sindrom koroner akut 5) Glaukoma.	

**Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)**

## b. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

**Tabel 2.4 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan**

<b>Definisi</b>	
Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen.	
<b>Penyebab</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan sirkulasi;</li> <li>2. Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan);</li> <li>3. Kelebihan/kekurangan volume cairan;</li> <li>4. Penurunan mobilitas;</li> <li>5. Bahan kimia iritatif;</li> </ol>	
<b>Gejala dan Tanda Mayor</b>	
<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
(tidak tersedia)	Kerusakan jaringan dan/atau lapisan
<b>Gejala dan Tanda Minor</b>	
<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
(tidak tersedia)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri</li> <li>2. Perdarahan</li> <li>3. Kemerahan</li> <li>4. Hermatoma</li> </ol>
<b>Kondisi Klinis Terkait</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Imobilitas;</li> <li>2) Gagal jantung kongesif;</li> <li>3) Gagal ginjal;</li> <li>4) Diabetes melitus;</li> <li>5) Imunodefisiensi (mis. AIDS);</li> <li>6) Kateterisasi jantung</li> </ol>	

**Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)**

## c. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

**Tabel 2.5 Gangguan Mobilitas Fisik**

<b>Definisi</b>	
Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	
<b>Penyebab</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan integritas struktur tulang;</li> <li>2. Perubahan metabolisme;</li> <li>3. Ketidakbugaran fisik;</li> <li>4. Penurunan kendali otot;</li> <li>5. Penurunan massa otot;</li> <li>6. Penurunan kekuatan otot;</li> <li>7. Keterlambatan perkembangan;</li> <li>8. Kekakuan sendi;</li> <li>9. Kontraktur;</li> <li>10. Malnutrisi;</li> <li>11. Gangguan musculoskeletal;</li> <li>12. Gangguan neuromuscular;</li> <li>13. Indeks masa tubuh diataspersentil ke75 sesuai usia;</li> <li>14. Efek agen farmakologis;</li> <li>15. Program pembatasan gerak;</li> <li>16. Nyeri;</li> <li>17. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik;</li> <li>18. Kecemasan;</li> <li>19. Gangguan kognitif;</li> <li>20. Keengganan melakukan pergerakan;</li> <li>21. Gangguan sensori-persepsi.</li> </ol>	
<b>Gejala dan Tanda Mayor</b>	
Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
<b>Gejala dan Tanda Minor</b>	
<b>Subjektif</b>	<b>Objektif</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri saat bergerak</li> <li>2. Enggan melakukan pergerakan</li> <li>3. Merasa cemas saat bergerak</li> </ol>
<b>Kondisi Klinis Terkait</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stroke;</li> <li>2. Cedera medula spinalis;</li> <li>3. Trauma;</li> <li>4. Fraktur;</li> <li>5. Osteoarthritis;</li> <li>6. Osteomalasia;</li> <li>7. Keganasan</li> </ol>	

**Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016**

## d. Risiko Infeksi (D.0142)

**Tabel 2.6 Risiko Infeksi**

<b>Definisi</b>	
Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.	
<b>Faktor Risiko</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis (mis. diabetes. melitus);</li> <li>2. Efek prosedur invasi;</li> <li>3. Malnutrisi;</li> <li>4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.</li> <li>5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Gangguan peristaltik;</li> <li>b. Kerusakan integritas kulit;</li> <li>c. Perubahan sekresi pH;</li> <li>d. Penurunan kerja siliaris;</li> <li>e. Ketuban pecah lama;</li> <li>f. Ketuban pecah sebelum waktunya;</li> <li>g. Merokok;</li> <li>h. Stasis cairan tubuh.</li> </ol> </li> <li>6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penurunan homolobin;</li> <li>b. Imunosupresi;</li> <li>c. Leukopenia;</li> <li>d. Supresirespon inflamasi;</li> <li>e. Vaksinasi tidak adekuat.</li> </ol> </li> </ol>	
<b>Kondisi Klinis Terkait</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. AIDS;</li> <li>2. Luka bakar;</li> <li>3. Penyakit paru obstruktif;</li> <li>4. Diabetes melitus;</li> <li>5. Tindakan invasi;</li> <li>6. Kondisi penggunaan terapi steroid;</li> <li>7. Penyalahgunaan obat;</li> <li>8. Ketuban Pecah Sebelum Waktunya (KPSW);</li> <li>9. Kanker;</li> <li>10. Gagal ginjal;</li> <li>11. Imunosupresi;</li> <li>12. Lymphedema;</li> <li>13. Leukositopenia;</li> <li>14. Gangguan fungsi hati.</li> </ol>	

**Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)**

### 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan segala tindakan atau perlakuan yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau (*outcome*) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018):

Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosis Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Intervensi Pendukung
1.	Nyeri Akut (D.0077)	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian analgetik</li> <li>2. Aromaterapi</li> <li>3. Dukungan hipnosis diri</li> <li>4. Edukasi efek samping obat</li> <li>5. Edukasi manajemen nyeri</li> <li>6. Edukasi proses penyakit</li> <li>7. Edukasi teknik napas</li> <li>8. Kompres dingin</li> <li>9. Kompres panas</li> <li>10. Konsultasi</li> <li>11. Latihan pernapasan</li> <li>12. Manajemen kenyamanan lingkungan</li> <li>13. Manajemen medikasi</li> <li>14. Pemantauan nyeri</li> <li>15. Pemberian obat</li> <li>16. Pemberian obat intravena</li> <li>17. Pemberian obat oral</li> <li>18. Pengaturan posisi</li> <li>19. Perawatan kenyamanan</li> <li>20. Teknik distraksi</li> <li>21. Teknik imajinasi terbimbing</li> <li>22. Terapi akupresur</li> <li>23. Terapi akupuntur</li> <li>24. Terapi murattal</li> <li>25. Terapi musik</li> </ol>

	<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol> <p><b><u>Terapi Relaksasi (I.09326)</u></b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya</li> <li>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan</li> <li>5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>3. Gunakan pakaian longgar</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>26. Terapi pemijatan</li> <li>27. Terapi relaksasi</li> </ol>
--	--	--

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau Tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih</li> <li>6. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</li> </ol>	
2.	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)	<p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan perawatan diri</li> <li>2. Edukasi perawatan diri</li> <li>3. Edukasi perawatan kulit</li> <li>4. Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan</li> <li>5. Edukasi Pola Perilaku Kebersihan</li> <li>6. Edukasi Program Pengobatan</li> <li>7. Konsultasi</li> <li>8. Latihan Rentang Gerak</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>10. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari</li> <li>11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</li> <li>12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Manajemen Nyeri</li> <li>10. Pelaporan Status Kesehatan</li> <li>11. Pemberian Obat</li> <li>12. Pemberian Obat Intravena</li> <li>13. Pemberian Obat Kulit</li> <li>14. Pemberian Obat Topikal</li> <li>15. Penjahitan Luka</li> <li>16. Perawatan Area Insisi</li> <li>17. Perawatan Imobilisasi</li> <li>18. Perawatan Luka Tekan</li> <li>19. Teknik Latihan Penguatan Otot dan Sendi</li> </ol>
3.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	<p><b><u>Dukungan Ambulasi (I.06171)</u></b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dukungan Kepatuhan Program Pengobatan</li> <li>2. Dukungan Perawatan Diri</li> <li>3. Edukasi Latihan Fisik</li> <li>4. Edukasi Teknik Ambulasi</li> <li>5. Latihan Otogenik</li> </ol>

		<p>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> <li>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</li> </ol> <p><b>Dukungan Mobilisasi (L.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Manajemen Energi</li> <li>7. Manajemen Lingkungan</li> <li>8. Manajemen Nutrisi</li> <li>9. Manajemen Nyeri</li> <li>10. Manajemen Medikasi 1</li> <li>11. Manajemen Program Latihan</li> <li>12. Manajemen Sensasi Perifer</li> <li>13. Pemberian Obat Intravena</li> <li>14. Pencegahan Jatuh</li> <li>15. Pengaturan Posisi</li> <li>16. Promosi Kepatuhan Program Latihan</li> <li>17. Promosi Latihan Fisik</li> <li>18. Teknik Latihan Penguatan Otot</li> <li>19. Teknik Latihan Penguatan Sendi</li> <li>20. Terapi Aktivitas</li> <li>21. Terapi Pemijatan</li> <li>22. Terapi Relaksasi Otot Progresif</li> </ol>
--	--	---	---

		<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>	
4.	Risiko infeksi (D.0142)	<p><b><u>Pencegahan Infeksi (I.14539)</u></b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan etika batuk</li> <li>4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan luka</li> <li>2. Manajemen lingkungan</li> <li>3. Pemantauan nutrisi</li> <li>4. Pemberian obat intravena</li> <li>5. Pengatur posisi</li> <li>6. Pemantauan tanda-tanda vital</li> <li>7. Perawatan area insisi</li> </ol>

**Sumber: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)**

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan proses keperawatan untuk melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah direncanakan pada tahapan sebelumnya (Andarmoyo, 2013).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan terakhir dari suatu proses keperawatan yang bertujuan untuk mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien kearah pencapaian tujuan dan hasil yang diharapkan (Andarmoyo, 2013). Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah mengacu kepada luaran keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

**Tabel 2.8 Evaluasi Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan	Luaran dan Tujuan
Nyeri Akut (D.0077)	Tingkat Nyeri (L.08066) Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan. Ekspektasi: Menurun Kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Sikap protektif menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kesulitan tidur menurun</li> <li>7. Menarik diri menurun</li> <li>8. Berfokus pada diri sendiri menurun</li> <li>9. Frekuensi nadi membaik</li> <li>10. Pola napas membaik</li> <li>11. Tekanan darah membaik</li> <li>12. Nafsu makan membaik</li> <li>13. Pola tidur membaik</li> <li>14. Mutah menurun</li> </ol>

<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)</p>	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)          Definisi: Keutuhan kulit (dermis dan/ atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligamen).          Ekspektasi: Meningkatkan          Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> <li>3. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>4. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>5. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>6. Nyeri menurun</li> <li>7. Perdarahan menurun</li> <li>8. Kemerahan menurun</li> <li>9. Hematoma menurun</li> <li>10. Pigmentasi abnormal menurun</li> <li>11. Jaringan parut menurun</li> <li>12. Nekrosis menurun</li> <li>13. Suhu kulit membaik</li> </ol>
<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p>	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)          Definisi: Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.          Ekspektasi: Meningkatkan Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Kecemasan menurun</li> <li>6. Kaku sendi menurun</li> <li>7. Gerakan terbatas menurun</li> <li>8. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>
<p>Risiko infeksi (D.0142)</p>	<p>Tingkat Infeksi (L.14137)          Definisi: Derajat infeksi berdasarkan observasi atau informasi.          Ekspektasi: menurun          Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Demam menurun</li> <li>2. Kemerahan menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Bengkak menurun</li> <li>5. Kadar sel darah putih membaik</li> <li>6. Vesikel menurun</li> <li>7. Cairan berbau busuk menurun</li> <li>8. Sputum berwarna hijau menurun</li> <li>9. Drainase puluren menurun</li> <li>10. Piuna menurun</li> <li>11. Periode malaise menurun</li> <li>12. Periode menggigil menurun</li> <li>13. Lelargi menurun</li> <li>14. Gangguan kognitif menurun</li> <li>15. Kadar sel darah putih membaik</li> <li>16. Kultur darah membaik</li> <li>17. Kultur urine membaik</li> </ol>

**Sumber: (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)**

## **D. Konsep Intervensi *Deep Breathing Relaxation* dan *Classic Music Therapy***

### **1. *Deep Breathing Relaxation***

#### a. Pengertian

Menurut Setyoadi & Kushariyadi (2011), relaksasi nafas dalam adalah pernafasan abdomen dengan frekuensi lambat atau perlahan, berirama, dan nyaman yang dilakukan dengan memejamkan mata. Relaksasi nafas dalam mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen (endorphin dan enkefalin) sebagai inhibitor/ analgetik alami dari dalam tubuh yang mampu menurunkan nyeri dan memberikan efek relaksasi pada pasien. Teknik pernapasan relaksasi merupakan tindakan asuhan keperawatan, yang mengajarkan pasien melakukan teknik nafas dalam/pernapasan secara perlahan (tahan inspirasi secara maksimal) dan menghembuskan nafas secara perlahan.

#### b. Tujuan

Tujuan dilakukan teknik *deep breathing relaxation* yaitu untuk mengurangi intensitas nyeri dan juga dapat meningkatkan ventilasi paru-paru serta meningkatkan oksigenasi darah. Selain itu yaitu agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stress yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman menjadi nyaman (Amita et al., 2018).

#### c. Indikasi

- 1) Pasien yang mengalami nyeri akut tingkat ringan sampai dengan sedang akibat penyakit yang kooperatif
- 2) Pasien yang nyeri kronis
- 3) Nyeri pasca operasi
- 4) Pasien yang mengalami stress

#### d. Kontraindikasi

Terapi relaksasi nafas dalam tidak diberikan pada pasien yang mengalami sesak nafas.

e. Mekanisme *Deep Breathing Relaxation* Terhadap Nyeri

Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme yaitu (Smeltzer dan Bare, 2002) :

- 1) Dengan merelaksasikan otot-otot skelet yang mengalami spasme yang disebabkan oleh peningkatan prostaglandin sehingga terjadi vasodilatasi pembuluh darah dan akan meningkatkan aliran darah ke daerah yang mengalami spasme dan iskemik.
- 2) Teknik relaksasi nafas dalam dipercayai mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkefalin.

f. Prosedur Pelaksanaan *Deep Breathing Relaxation*

Menurut Tim Pokja Pedoman SPO DPP PPNI, (2021) yaitu:

- 1) Anjurkan untuk menutupmata dan konsentrasi penuh
- 2) Ajarkan melakukan inspirasi dengan menghirup udara melalui hidung secara perlahan
- 3) Ajarkan melakukan ekspirasi dengan menghembuskan udara dengan cara mulut mebcucu perlahan
- 4) Demonstrasikan menarik napas selama 4 detik, menahan napas selama 2 detik dan menghembuskan napas selama 8 detik

2. *Classic Music Therapy*

Selain relaksasi nafas dalam, terapi non farmakologis yang dapat mengurangi nyeri yaitu terapi musik. Menurut Djohan, 2006, *Music therapy* merupakan terapi yang bersifat non verbal. Dengan bantuan musik, pikiran klien dibiarkan untuk mengembara, baik untuk mengenang hal-hal yang membahagiakan. Semua terapi musik mempunyai tujuan yang sama, yaitu membantu mengekspresikan perasaan, membantu rehabilitasi fisik, memberi pengaruh positif terhadap kondisi hati dan emosi (Sunarsih et al., 2017). *Music Therapy* dapat memberikan distraksi dan membuat individu yang mengalami kesakitan akan merasa rileks saat mendengarkan musik. Distraksi merupakan suatu tindakan pengalihan perhatian ke hal-hal lain diluar nyeri agar pasien tidak terlalu fokus

terhadap nyeri. *New Zealand Society For Music Therapy (NZSMT)* menyatakan bahwa terapi musik terbukti efektivitasnya untuk implementasi pada bidang kesehatan, karena musik dapat menurunkan kecemasan, nyeri, stress, dan menimbulkan mood yang positif (R. anugrah Wati et al., 2020).

a. Mekanisme Fisiologis Musik Terhadap Nyeri

Musik dapat memberikan distraksi dan disosiasi dengan memfokuskan pada karakteristik pilihan musik. Alur auditori berinteraksi dengan sistem opiat endogen di beberapa fosi di dalam otak, termasuk hipotalamus dan sistem limbik. Area ini diketahui memproyeksikan terhadap PAG/PVG, mengakibatkan adanya mekanisme penurunan atau peredaan nyeri melalui aktivitas pada serebral maupun respons medula spinalis yang diatur oleh serat desenden dari nukleus rafi dan lokus seruleus. Menurunnya atau meredanya nyeri dapat dicapai melalui respons fisiologis terhadap relaksasi. Respons relaksasi diatur oleh hipotalamus di bagian otak (Black & Hawks, 2014). Keadaan relaksasi secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin atau hormon analgesik alami dari tubuh sehingga nyeri akan berkurang (R. anugrah Wati et al., 2020).

Terapi musik yang efektif menggunakan musik dengan komposisi yang tepat antara beat, ritme dan harmoni yang disesuaikan dengan tujuan dilakukannya terapi musik. Terapi musik yang efektif tidak bisa menggunakan sembarang musik. Jenis musik yang tepat untuk terapi sekitar 60 ketukan permenit yang bersifat rileks. Musik ini dapat menimbulkan efek neuroendokrin yang berguna bagi pasien. Menurut para ahli, musik musik klasik seperti Mozart dapat mengalihkan pasien dari rasa nyeri. Selain dapat mengurangi rasa nyeri, musik Mozart mempunyai banyak manfaat diantaranya adalah dapat meningkatkan IQ, serta mengurangi kepikunan.

b. Manfaat Musik

Manfaat musik menurut Sesrianty & Wulandari, (2018) yaitu:

- 1) Mampu menutupi bunyi dan perasaan yang tidak menyenangkan
- 2) Mempengaruhi pernafasan
- 3) Mempengaruhi denyut jantung, nadi, dan tekanan darah manusia
- 4) Menimbulkan rasa aman dan sejahtera dan mempengaruhi rasa sakit

Beberapa contoh musik serta dampak khususnya berdasarkan penelitian yang telah dilakukan menurut Green & Setyowati, (2016).

- 1) Senandung berpengaruh secara positif terhadap pernapasan. Musik ini baik untuk meditasi dan mengurangi stres.
- 2) Musik yang berasal dari masa Barok seperti karya Bach, Handel, Vivaldi, yang stabil beraturan yang dapat memberikan rasa aman.
- 3) Musik Romantik seperti karya Schubert, Schumann, Tchaikovsky, Chopin dan Liszt memberikan perasaan simpati.
- 4) Musik klasik menggambarkan kejernihan, transparansi, dan mampu membangkitkan kemampuan ingatan serta kemampuan persepsi ke ruangan dengan tempo musik yang lambat.
- 5) Musik masyarakat kulit hitam Amerika dan Puerto Riko seperti Jazz, Blues, Dixieland, Soul, Calypso, dapat memberi semangat.

c. Prosedur Pelaksanaan Terapi Musik

Menurut Effendi et al., (2015) yaitu:

- 1) Pilih musik yang sesuai dengan selera klien, perawat mempertimbangkan usia.
- 2) Gunakan earphone supaya tidak mengganggu klien atau staf yang lain dan membantu klien berkonsentrasi pada musik.
- 3) Pastikan tombol-tombol control di radio mudah ditekan.
- 4) Apabila nyeri klien akut, kuatkan volume musik. Apabila nyeri berkurang volumenya dapat dikurangi.

## E. Jurnal Terkait

**Tabel 2.9 Jurnal Terkait**

No.	Judul Artikel (Penulis, Tahun)	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1.	Penerapan Kombinasi Terapi Nafas Dalam Dan Musik Klasik Dalam Mengurangi Nyeri Akut Post Operasi Appendicitis Di Ruang Bima Rsud Jombang:(Huda et al., 2022)	D: Deskriptif, studi kasus S: 2 orang remaja yang mengalami post operasi keperawatan nyeri akut. V: Variabel bebas (terapi nafas dalam dan musik klasik dalam), variabel terikat (nyeri akut post operasi appendicitis) I: - A: Bivariat	Hasil penelitian sebelum dilakukan terapi nafas dalam dan musik klasik skala nyeri 6 dan 5, setelah dilakukan tindakan skala nyeri menjadi 2 dan 2. Kesimpulan dari penelitian ini yaitu terapi nafas dalam dan musik klasik dapat menurunkan intensitas nyeri pada pasien post operasi appendicitis sehingga teknik nonfarmakologi ini sangat direkomendasikan.
2.	Perbedaan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Apendektomi Sebelum Dan Sesudah Diberikan Teknik Distraksi Musik Klasik(Effendi et al., 2015).	D: Quasy eksperimental S: 32 orang post operasi apendiks V: Variabel bebas (teknik distraksi musik klasik), variabel terikat (intensitas nyeri pada pasien post operasi apendiktomi) I: - A: Bivariat	Hasil penelitian didapatkan nilai p-value<alpha atau menunjukkan perbedaan intensitas nyeri pada pasien post operasi apendiktomi sebelum dengan hasil nyeri berat sebagian besar 18 orang (56.3%) dan sesudah diberikan teknik distraksi musik dengan hasil nyeri ringan sebagian besar 22 orang (68.8%) dengan p-value 0.000 <alpha 0.05. Kesimpulan: Dengan didapatkannya hasil terdapat perbedaan diharapkan pada petugas kesehatan dan pihak rumah sakit untuk menerapkan teknik distraksi musik sebelum melakukan tindakan kepada pasien.
3.	Penerapan Teknik Relaksasi Nafas Dalam Pada Pasien Post Operasi Apendektomi Dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Di RSUD Sleman .	D: Studi kasus S: 2 pasien dengan diagnosa medis post operasi apendiktomi V: Variabel bebas (teknik relaksasi nafas dalam), variabel terikat (pasien post operasi apendiktomi dengan gangguan pemenuhan	Hasil studi kasus ini yaitu pada pasien 1 skala nyeri dari skala 5 menjadi skala 2, dan skala nyeri pada pasien 2 skala 5 menjadi skala 1. Kesimpulan terdapat pengaruh penurunan skala nyeri pada kedua pasien. Faktor yang mempengaruhi perbedaan

		kebutuhan rasa aman nyaman) I: Standar operasional prosedur teknik relaksasi nafas dalam, dan lembar observasi penurunan skala nyeri A: Bivariat	respon yaitu usia, spiritual, mobilisasi, pengalaman nyeri sebelumnya, dan pola koping. Untuk rumah sakit, dapat menjadi bahan masukan untuk menetapkan standar operasional prosedur teknik relaksasi nafas dalam di RSUD Sleman.
4.	Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operatif Appendectomy Tahun 2021(Hera Tani, 2021).	D: Studi literatur review S: - V: Variabel bebas (teknik relaksasi nafas dalam), variabel terikat (intensitas nyeri pada pasien post operatif appendectomy) I: - A: -	Hasil penelitian ini menunjukkan ada perbedaan yang signifikan terhadap penurunan skala nyeri sedang menjadi skala nyeri ringan setelah dilakukan teknik relaksasi nafas dalam.
5.	Tehnik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri Pada Anak Post Operasi Apendektomi Di Ruang Alamanda Rsud Tarakan(Sari et al., 2021)	D: Studi kasus S: 3 anak post operasi apendisitis V: variabel bebas (Tehnik Relaksasi Nafas Dalam), variabel terikat (Penurunan Nyeri Pada Anak Post Operasi Apendektomi) I: - A: Bivariat	Hasil Setelah dilakukan tehnik relaksasi nafas sehari 2 kali selama 20-30 menit, yang dilakukan satu jam sebelum pemberian analgetik, selama 3 hari berturut turut, dari ketiga anak post operasi apendektomi terdapat penurunan skala nyeri. Anak satu dari skala nyeri 4 turun menjadi skala nyeri 2, Anak 2 dan 3 dari skala nyeri 5 turun menjadi skala nyeri 3. Intervensi tehnik relaksasi nafas dalam dapat diterapkan untuk pasien post operasi lainnya, yang berfungsi untuk mengurangi rasa sakit.