

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN
APENDISITIS DENGAN NYERI AKUT DI RUANG INSTALASI
GAWAT DARURAT RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA TAHUN 2015**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH :

HILDA SUSANTI, S.Kep

13.113082.5.0010

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2015**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Pasien Apendisitis dengan
Nyeri Akut di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab
Sjahranie Samarinda Tahun 2015**

Hilda Susanti¹, Ramdhani Ismahmudi².

INTISARI

Apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis, merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Apendisitis penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen, adalah penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat. Karya Ilmiah Akhir Ners ini untuk menganalisis intervensi tehnik relaksasi menarik nafas dalam dan genggam jari yang diterapkan pada pasien dengan diagnosa keperawatan nyeri pada apendisitis di ruang UGD RSUD Abdul Wahab Sjahanie Samarinda. Hasil analisa menunjukkan bahwa terdapat penurunan intensitas nyeri pada daerah perut kanan bawah pada ketiga pasien kelolaan dari skala 8 menjadi skala 6. Sosialisasi tentang pelaksanaan terapi non farmakologi terhadap nyeri diperlukan bagi perawat ruangan agar penanganan nyeri semakin optimal.

Rekomendasi : untuk perawat diharapkan menerapkan tehnik relaksasi menarik nafas dalam dan genggam jari untuk mengurangi intensitas nyeri pada pasien apendisitis dengan nyeri akut.

Kata kunci : Nyeri, relaksasi nafas dalam dan genggam jari, pasien apendisitis

*Analysis of Clinical Nursing Practice Appendicitis Patients with Acute Pain in
the Emergency Departement RSUD Abdul Wahab Sjahranie
Samarinda 2015*

Hilda Susanti¹, Ramdhani Ismahmudi².

ABSTRACT

Appendicitis is an inflammation of the appendix vermiformis, is a cause of acute abdomen are most often. Appendicitis is the most common cause of acute inflammation in the lower right quadrant of the abdominal cavity, is the most common cause for emergency abdominal surgery. Final Scientific nurses to analyze the intervention relaxation techniques took a deep breath and hold the finger is applied to patients with pain in the nursing diagnosis of appendicitis in the hospital emergency room Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. The analysis shows that there is a decrease in the intensity of pain in the lower right abdominal area of the scale 8 to scale 6. Dissemination of the implementation of non-pharmacological therapies for pain is necessary for the nurse outdoors to more optimal pain management.

Recommendation : for nurses is expected to apply relaxation techniques took a deep breath and hold the finger to reduce the pain intensity in patient with acute pain appendicitis.

Keyword : Pain, relaxation and breathing in handheld finger, appendicitis patients

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering. Apendisitis, penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen, adalah penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat. Kira-kira 7% dari populasi akan mengalami apendisitis pada waktu yang bersamaan dalam hidup mereka. Meskipun apendisitis dapat terjadi pada usia berapa pun, apendisitis paling sering terjadi antara usia 10 dan 30 tahun (Smeltzer & Bare, 2002)

Data yang ditemukan dari buku laporan ruang UGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda untuk bulan September 2014 sampai dengan Februari 2015, tercatat pasien yang dirawat dengan apendisitis sebanyak 163 orang dengan rincian 98 pasien wanita dan 65 pasien laki-laki.

Keluhan apendisitis biasanya berawal dari nyeri atau rasa tidak enak di sekitar umbilikus. Pada pemeriksaan fisik ditemukan nyeri tekan lokal pada titik McBurney, nyeri tekan lepas (rebound tenderness), dan nyeri alih (referred pain). Pada apendisitis yang sudah mengalami perforasi muncul gejala berupa nyeri, nyeri tekan dan spasme, disertai hilangnya rasa nyeri secara dramatis untuk sementara (Price & Wilson, 2005).

Nyeri merupakan sensasi yang rumit, unik, universal dan bersifat individual, sehingga tidak ada dua individu yang mengalami nyeri yang sama dan tidak ada dua kejadian nyeri yang sama menghasilkan respon atau perasaan yang identik pada individu. Intervensi atau tindakan mandiri keperawatan yang dapat dilakukan dalam mengurangi nyeri pada pasien dengan apendisitis salah satunya yaitu dengan mengajarkan tehnik relaksasi.

Tehnik relaksasi adalah tindakan relaksasi otot rangka yang dapat menurunkan nyeri dengan merelaksasikan ketegangan otot yang mendukung rasa nyeri (Tamsuri, 2007), bila tehnik relaksasi ini dilakukan dengan teratur, klien berada pada posisi yang nyaman, dengan pikiran yang beristirahat dan lingkungan yang tenang, maka tehnik relaksasi akan sangat membantu melawan kelelahan dan ketegangan otot, seperti diungkapkan Asmadi (2008).

Beberapa tehnik relaksasi yang sudah ada antara lain relaksasi otot, relaksasi kesadaran indera, relaksasi meditasi, yoga dan relaksasi hipnosa. Namun dari beberapa pembahasan tentang tehnik relaksasi, belum banyak bahasan / kajian tentang tehnik relaksasi genggam jari. Tehnik ini tergolong baru dan masih awam. Liana (2008, dalam Pinandita, 2012) menjabarkan bahwa relaksasi genggam jari (finger hold) adalah sebuah tehnik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun, yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita.

Karena tehnik relaksasi genggam jari masih tergolong baru, awam dan belum banyak penelitian tentangnya, maka penulis tertarik untuk melakukan

teknik relaksasi genggam jari ini pada pasien kasus kelolaan di ruang UGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Perumusan Masalah

Rumusan masalah pada Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini adalah “Bagaimanakah gambaran analisa pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Apendisitis di ruang UGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan pasien Apendisitis di ruang UGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan dengan diagnosa apendisitis
- b. Menganalisis intervensi tehnik relaksasi menarik nafas dalam dan genggam jari yang diterapkan pada pasien kelolaan dengan diagnosa apendisitis.

D. Manfaat Penelitian

Penulisan KIA-N ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek yaitu :

1. Bagi pasien

Pasien dapat menerapkan latihan yang diberikan secara mandiri untuk mengatasi masalah kesehatan yaitu nyeri yang dirasakannya.

2. Bagi perawat

Sebagai salah satu sumber informasi mengenai efektifitas teknik relaksasi nafas dalam dan genggam jari terhadap penurunan nyeri sehingga dapat dijadikan sebagai salah satu terapi alternatif dan juga diharapkan dapat mengaplikasinya di lahan praktek.

3. Bagi pendidikan

Dapat menjadi referensi atau sumber informasi untuk analisa penelitian berikutnya dan sebagai bahan bacaan di perpustakaan.

4. Bagi rumah sakit

Dapat menambah pilihan alternatif dalam intervensi keperawatan mengatasi nyeri secara non farmakologi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Apendisitis

1. Definisi Apendisitis

Menurut Smeltzer dan Bare (2001), apendiks adalah ujung seperti jari-jari yang kecil panjangnya kira-kira 10 cm (94 inci), melekat pada sekum tepat di bawah katup ileosekal. Apendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur ke dalam sekum. Karena pengosongannya tidak efektif dan lumennya kecil, apendiks cenderung menjadi tersumbat dan rentan terhadap infeksi (apendisitis).

Apendisitis adalah peradangan dari apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering, (Mansjoer, A., 2010).

2. Etiologi

Penyebab apendisitis belum ada yang pasti atau spesifik, tetapi ada faktor prediposisi yaitu (Mansjoer, A., 2010) :

a. Faktor yang tersering adalah obstruksi lumen. Pada umumnya obstruksi ini terjadi karena :

- 1) Hiperplasia dari folikel limfoid, ini merupakan penyebab terbanyak
- 2) Adanya faekolit dalam lumen apendiks
- 3) Adanya benda asing seperti biji-bijian
- 4) Striktura lumen karena fibrosa akibat peradangan sebelumnya

- b. Infeksi kuman dari colon yang paling sering adalah E. Coli dan Streptococcus
- c. Laki-laki lebih banyak dari wanita. Yang terbanyak pada umur 15-30 tahun (remaja dewasa). Ini disebabkan oleh karena peningkatan jaringan limfoid pada masa tersebut.
- d. Tergantung pada bentuk apendiks:
 - 1) Apendiks yang terlalu panjang
 - 2) Massa apendiks yang pendek
 - 3) Penonjolan jaringan limfoid dalam lumen apendiks
 - 4) Kelainan katup di pangkal apendiks

3. Klasifikasi

Klasifikasi Apendisitis menurut Smeltzer dan Bare (2001) adalah :

a. Apendisitis akut

Apendisitis akut adalah radang pada jaringan apendiks. Apendisitis akut pada dasarnya adalah obstruksi lumen yang selanjutnya akan diikuti oleh proses infeksi dari apendiks.

Adanya obstruksi mengakibatkan mucin / cairan mukosa yang diproduksi tidak dapat keluar dari apendiks, hal ini semakin meningkatkan tekanan intra lumener sehingga menyebabkan tekanan intra mukosa juga semakin tinggi.

Tekanan yang tinggi akan menyebabkan infiltrasi kuman ke dinding apendiks sehingga terjadi peradangan supuratif yang menghasilkan pus / nanah pada dinding apendiks.

Selain obstruksi, apendisitis juga dapat disebabkan oleh penyebaran infeksi dari organ lain yang kemudian menyebar secara hematogen ke apendiks.

b. Apendisitis Purulenta (*Suppurative Appendicitis*)

Tekanan dalam lumen yang terus bertambah disertai edema menyebabkan ter bendungnya aliran vena pada dinding apendiks dan menimbulkan trombosis. Keadaan ini memperberat iskemia dan edema pada apendiks. Mikroorganisme yang ada di usus besar berinvasi ke dalam dinding apendiks menimbulkan infeksi serosa sehingga serosa menjadi suram karena dilapisi eksudat dan fibrin. Pada apendiks dan mesoapendiks terjadi edema, hiperemia, dan di dalam lumen terdapat eksudat fibrinopurulen. Ditandai dengan rangsangan peritoneum lokal seperti nyeri tekan, nyeri lepas di titik Mc Burney, defans muskuler, dan nyeri pada gerak aktif dan pasif. Nyeri dan defans muskuler dapat terjadi pada seluruh perut disertai dengan tanda-tanda peritonitis umum.

c. Apendisitis kronik

Diagnosis apendisitis kronik baru dapat ditegakkan jika dipenuhi semua syarat : riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu, radang kronik apendiks secara makroskopik dan mikroskopik, dan keluhan menghilang setelah apendektomi.

Kriteria mikroskopik apendisitis kronik adalah fibrosis menyeluruh dinding apendiks, sumbatan parsial atau total lumen

apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama dimukosa, dan infiltrasi sel inflamasi kronik. Insidens apendisitis kronik antara 1-5 persen.

d. Apendisitis rekurens

Diagnosis rekuren baru dapat dipikirkan jika ada riwayat serangan nyeri berulang di perut kanan bawah yang mendorong dilakukan apeomi dan hasil patologi menunjukkan peradangan akut. Kelainan ini terjadi bila serangn apendisitis akut pertama kali sembuh spontan. Namun, apendisitis tidak pernah kembali ke bentuk aslinya karena terjadi fribosis dan jaringan parut. Resiko untuk terjadinya serangan lagi sekitar 50 persen. Insidens apendisitis rekurens biasanya dilakukan apendektomi yang diperiksa secara patologik.

Pada apendiktitis rekurensi biasanya dilakukan apendektomi karena sering penderita datang dalam serangan akut.

e. Mukokel Apendiks

Mukokel apendiks adalah dilatasi kistik dari apendiks yang berisi musin akibat adanya obstruksi kronik pangkal apendiks, yang biasanya berupa jaringan fibrosa. Jika isi lumen steril, musin akan tertimbun tanpa infeksi. Walaupun jarang, mukokel dapat disebabkan oleh suatu kistadenoma yang dicurigai bisa menjadi ganas.

Penderita sering datang dengan keluhan ringan berupa rasa tidak enak di perut kanan bawah. Kadang teraba massa memanjang di regio

iliaka kanan. Suatu saat bila terjadi infeksi, akan timbul tanda apendisitis akut. Pengobatannya adalah apendektomi.

f. Tumor Apendiks

1) Adenokarsinoma apendiks

Penyakit ini jarang ditemukan, biasa ditemukan kebetulan sewaktu apendektomi atas indikasi apendisitis akut. Karena bisa metastasis ke limfonodi regional, dianjurkan hemikolektomi kanan yang akan memberi harapan hidup yang jauh lebih baik dibanding hanya apendektomi.

2) Karsinoid Apendiks

Ini merupakan tumor sel argentafin apendiks. Kelainan ini jarang didiagnosis prabedah, tetapi ditemukan secara kebetulan pada pemeriksaan patologi atas spesimen apendiks dengan diagnosis prabedah apendisitis akut. Sindrom karsinoid berupa rangsangan kemerahan (flushing) pada muka, sesak napas karena spasme bronkus, dan diare yang hanya ditemukan pada sekitar 6% kasus tumor karsinoid perut. Sel tumor memproduksi serotonin yang menyebabkan gejala tersebut di atas.

Meskipun diragukan sebagai keganasan, karsinoid ternyata bisa memberikan residif dan adanya metastasis sehingga diperlukan operasi radikal. Bila spesimen patologi apendiks menunjukkan karsinoid dan pangkal tidak bebas tumor, dilakukan operasi ulang reseksi ileosekal atau hemikolektomi kanan

4. Patofisiologi

Apendiks terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat, kemungkinan oleh fekalit (massa keras dari faeces), tumor, atau benda asing. Proses inflamasi meningkatkan tekanan intraluminal, menimbulkan nyeri abdomen atas atau menyebar hebat secara progresif, dalam beberapa jam, terlokalisasi di kuadran kanan bawah dari abdomen. Akhirnya apendiks yang terinflamasi berisi pus (Smeltzer dan Bare, 2001)

5. Manifestasi Klinik

- a. Nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai dengan demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan
- b. Nyeri tekan local pada titik McBurney bila dilakukan tekanan
- c. Nyeri tekan lepas (hasil atau intensifikasi dari nyeri bila tekanan dilepaskan) mungkin dijumpai
- d. Terdapat konstipasi atau diare
- e. Nyeri lumbal, bila apendiks melingkar di belakang sekum
- f. Nyeri defekasi, bila apendiks berada dekat rektum
- g. Nyeri kemih, jika ujung apendiks berada di dekat kandung kemih atau ureter
- h. Pemeriksaan rektal positif jika ujung apendiks berada di ujung pelvis
- i. Tanda Rovsing dapat timbul dengan melakukan palpasi kuadran bawah kiri yang secara paradoksial menyebabkan nyeri kuadran kanan bawah

- j. Apabila apendiks telah ruptur, nyeri menjadi lebih menyebar; distensi abdomen terjadi akibat ileus paralitik dan kondisi pasien memburuk
- k. Pada pasien lansia, tanda dan gejala appendisitis sangat bervariasi. Pasien mungkin tidak mengalami gejala sampai terjadi ruptur apendiks

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Terdiri dari pemeriksaan darah lengkap dan *C-reactive protein* (CRP). Pada pemeriksaan darah lengkap ditemukan jumlah leukosit antara 10.000-18.000/mm³ (leukositosis) dan neutrofil diatas 75%, sedangkan pada CRP ditemukan jumlah serum yang meningkat. CRP adalah salah satu komponen protein fase akut yang akan meningkat 4-6 jam setelah terjadinya proses inflamasi, dapat dilihat melalui proses elektroforesis serum protein. Angka sensitivitas dan spesifisitas CRP yaitu 80% dan 90%.

b. Radiologi

Terdiri dari pemeriksaan ultrasonografi (USG) dan *Computed Tomography Scanning* (CT-scan). Pada pemeriksaan USG ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendiks, sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian yang menyilang dengan fekalith dan perluasan dari apendiks yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran sekum. Tingkat akurasi USG 90-94% dengan angka sensitivitas dan spesifisitas yaitu 85% dan

92%, sedangkan CT-Scan mempunyai tingkat akurasi 94-100% dengan sensitivitas dan spesifisitas yang tinggi yaitu 90-100% dan 96-97%.

c. Analisa urin

Bertujuan untuk mendiagnosa batu ureter dan kemungkinan infeksi saluran kemih sebagai akibat dari nyeri perut bawah.

d. Pengukuran enzim hati dan tingkatan amylase

Membantu mendiagnosa peradangan hati, kandung empedu, dan pankreas.

e. Serum *Beta Human Chorionic Gonadotrophin (B-HCG)*

Untuk memeriksa adanya kemungkinan kehamilan.

f. Pemeriksaan barium enema

Untuk menentukan lokasi sekum. Pemeriksaan Barium enema dan *Colonoscopy* merupakan pemeriksaan awal untuk kemungkinan karsinoma colon.

g. Pemeriksaan foto polos abdomen

Tidak menunjukkan tanda pasti apendisitis, tetapi mempunyai arti penting dalam membedakan apendisitis dengan obstruksi usus halus atau batu ureter kanan.

7. Komplikasi

a. Abses

Abses merupakan peradangan apendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang

mengandung pus. Hal ini terjadi bila apendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum

b. Perforasi

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi pus sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi jarang terjadi dalam 12 jam pertama sejak awal sakit, tetapi meningkat tajam sesudah 24 jam. Perforasi dapat diketahui praoperatif pada 70% kasus dengan gambaran klinis yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit, panas lebih dari 38,50C, tampak toksik, nyeri tekan seluruh perut, dan leukositosis terutama *polymorphonuclear* (PMN). Perforasi, baik berupa perforasi bebas maupun mikroperforasi dapat menyebabkan peritonitis.

c. Peritononitis

Peritonitis adalah peradangan peritoneum, merupakan komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis. Bila infeksi tersebar luas pada permukaan peritoneum menyebabkan timbulnya peritonitis umum. Aktivitas peristaltik berkurang sampai timbul ileus paralitik, usus meregang, dan hilangnya cairan elektrolit mengakibatkan dehidrasi, syok, gangguan sirkulasi, dan oligouria. Peritonitis disertai rasa sakit perut yang semakin hebat, muntah, nyeri abdomen, demam, dan leukositosis.

8. Penatalaksanaan

Pembedahan diindikasikan bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan. Antibiotik dan cairan IV diberikan sampai pembedahan dilakukan. Analgesik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan.

Apendektomi (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi. Apendektomi dapat dilakukan di bawah anastesi umum atau spinal dengan insisi abdomen bawah atau dengan laparaskopi, yang merupakan metode baru yang sangat efektif.

9. Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

1) Wawancara

Dapatkan riwayat kesehatan dengan cermat khususnya mengenai :

- a) Keluhan utama : ditemukan nyeri di sekitar epigastrium menjalar ke perut kanan bawah. Timbul keluhan nyeri perut kanan bawah mungkin beberapa jam kemudian setelah nyeri di pusat atau di epigastrium dirasakan. Sifat keluhan nyeri dirasakan terus-menerus, dapat hilang atau timbul nyeri dalam waktu yang lama. Keluhan yang menyertai biasanya klien mengeluh rasa mual dan muntah, panas.
- b) Riwayat kesehatan masa lalu, biasanya berhubungan dengan masalah kesehatan klien sekarang.
- c) Diet, kebiasaan makan makanan rendah serat.

d) Kebiasaan eliminasi.

2) Pemeriksaan Fisik

a) Sirkulasi : takikardia.

b) Respirasi : takipnoe, pernapasan dangkal.

c) Aktivitas/istirahat : malaise.

d) Eliminasi : konstipasi pada awitan awal, diare kadang-kadang.

e) Distensi abdomen, nyeri tekan/nyeri lepas, kekakuan, penurunan atau tidak ada bising usus.

f) Nyeri/kenyamanan, nyeri abdomen sekitar epigastrium dan umbilicus, yang meningkat berat dan terlokalisasi pada titik Mc. Burney, meningkat karena berjalan, bersin, batuk, atau napas dalam. Nyeri pada kuadran kanan bawah karena posisi ekstensi kaki kanan/posisi duduk tegak.

g) Demam lebih dari 38°C.

h) Data psikologis klien nampak gelisah.

i) Ada perubahan denyut nadi dan pernapasan.

j) Pada pemeriksaan rektal toucher akan teraba benjolan dan penderita merasa nyeri pada daerah prolitotomi.

k) Berat badan sebagai indicator untuk menentukan pemberian obat.

b. Diagnosa keperawatan

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

2) Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

- 3) Resiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan proses infeksi, penurunan sirkulasi darah ke gastrointestinal, hemoragi gastrointestinal
- 4) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, mekanisme kerja peristaltik usus menurun
- 5) Nausea berhubungan dengan nyeri
- 6) Hipertermia berhubungan dengan respon sistemik dari inflamasi gastrointestinal
- 7) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

c. Rencana keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

NOC :

- a) Pain level

Indikator :

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (1) Melaporkan nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (2) Pengaruh pada tubuh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (3) Frekuensi nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (4) Lamanya episode nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (5) Ekspresi muka saat nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (6) Posisi melindungi bagian tubuh yang nyeri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (7) Perubahan nadi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (8) Perubahan tekanan darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

(9) Kehilangan nafsu makan 1 2 3 4 5

Keterangan :

1 : berat

2 : agak berat

3 : sedang

4 ; sedikit berat

5 : ringan

b) Pain control

Indikator :

(1) Mengenal penyebab nyeri 1 2 3 4 5

(2) Mengenal onset nyeri 1 2 3 4 5

(3) Tindakan pencegahan 1 2 3 4 5

(4) Tindakan pertolongan non analgetik 1 2 3 4 5

(5) Menggunakan analgetik dengan tepat 1 2 3 4 5

(6) Mengenal tanda-tanda pencetus nyeri 1 2 3 4 5

untuk mencari pertolongan

(7) Menggunakan sumber-sumber yang 1 2 3 4 5

ada

(8) Mengenal gejala nyeri 1 2 3 4 5

(9) Melaporkan gejala-gejala kepada 1 2 3 4 5

tenaga kesehatan profesional

(10) Melaporkan kontrol nyeri 1 2 3 4 5

Keterangan :

- 1 : tidak pernah dilakukan
- 2 : jarang dilakukan
- 3 : kadang-kadang dilakukan
- 4 : sering dilakukan
- 5 : terus menerus dilakukan

NIC :

Pain Management

- a) Lakukan pegkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.
- b) Observasi reaksi nonverbal dari ketidak nyamanan.
- c) Berikan analgetik sesuai dengan anjuran.
- d) Gunakan teknik komunikasi terapeutik agar pasien dapat mengekspresikan nyeri.
- e) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.
- f) Tentukan dampak dari ekspresi nyeri terhadap kualitas hidup : pola tidur, nafsu makan, aktifitas kognisi, mood, relationship, pekerjaan, tanggung jawab, peran.
- g) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
- h) Evaluasi tentang keefektifan dari tindakan mengontrol nyeri yang telah digunakan.
- i) Berikan dukungan terhadap pasien dan keluarga .

- j) Berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab, berapa lama terjadi, dan tindakan pencegahan.
 - k) Kontrol faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan.
 - l) Anjurkan pasien untuk memonitor sendiri nyeri.
 - m) Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (misal : relaksasi, guided imagery, terapi musik, distraksi, aplikasi panas-dingin, massase).
 - n) Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.
 - o) Modifikasi tindakan mengontrol nyeri berdasarkan respon pasien.
 - p) Tingkatkan tidur/istirahat yang cukup.
 - q) Beritahu dokter jika tindakan tidak berhasil atau terjadi keluhan.
 - r) Monitor kenyamanan pasien terhadap manajemen nyeri.
 - s) Berikan informasi yang akurat untuk meningkatkan pengetahuan keluarga dan respon terhadap pengalaman nyeri.
 - t) Libatkan keluarga untuk mengurangi nyeri.
- 2) Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan

NOC :

- a) Anxiety self-control

Indikator :

(1) Memantau intensitas kecemasan	1	2	3	4	5
(2) Menghilangkan stressor kecemasan	1	2	3	4	5
(3) Meningkatkan stimulus ketika cemas	1	2	3	4	5
(4) Mencari informasi untuk mengurangi mengurangi kecemasan	1	2	3	4	5
(5) Merencanakan strategi koping untuk situasi stres	1	2	3	4	5
(6) Menggunakan strategi koping yang efektif	1	2	3	4	5
(7) Menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi kecemasan	1	2	3	4	5
(8) Mempertahankan tidur yang cukup	1	2	3	4	5
(9) Mengontrol respon kecemasan	1	2	3	4	5

Keterangan :

- 1 : tidak pernah menunjukkan
- 2 : jarang menunjukkan
- 3 : kadang-kadang menunjukkan
- 4 : sering menunjukkan
- 5 : terus-menerus menunjukkan

b) Anxiety level

Indikator :

(1) Menunjukkan kegelisahan	1	2	3	4	5
(2) Menunjukkan ketegangan wajah	1	2	3	4	5

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (3) Mengungkapkan kecemasan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (4) Menunjukkan peningkatan tekanan darah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (5) Menunjukkan peningkatan nadi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (6) Menunjukkan peningkatan pernafasan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Keterangan :

- 1 : berat
- 2 : agak berat
- 3 : sedang
- 4 : ringan
- 5 : tidak ada

c) Coping

Indikator :

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| (1) Mengidentifikasi coping yang efektif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (2) Mengidentifikasi coping yang tidak efektif | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (3) Mengungkapkan cara mengontrol | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (4) Melaporkan penurunan stress | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (5) Mengungkapkan penerimaan situasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (6) Mencari informasi tentang penyakit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (7) Mencari informasi tentang pengobatan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (8) Menggunakan sistem pendukung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (9) Mengidentifikasi beberapa strategi coping | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Keterangan :

- 1 : tidak pernah menunjukkan
- 2 : jarang menunjukkan
- 3 : kadang-kadang menunjukkan
- 4 : sering menunjukkan
- 5 : terus-menerus menunjukkan

NIC :

Anxiety reduction

- a) Gunakan pendekatan yang menenangkan
- b) Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pasien
- c) Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
- d) Pahami perspektif pasien terhadap situasi stress
- e) Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
- f) Dorong keluarga untuk menemani
- g) Dengarkan dengan penuh perhatian
- h) Identifikasi tingkat kecemasan
- i) Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan.
- j) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi.
- k) Instruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi.
- l) Berikan obat untuk mengurangi kecemasan.

3) Resiko ketidakefektifan perfusi gastrointestinal berhubungan dengan proses infeksi, penurunan sirkulasi darah ke gastrointestinal, hemoragi gastrointestinal

NOC :

a) Bowel elimination

Indikator :

(1) Pola eliminasi	1	2	3	4	5
(2) Warna tinja	1	2	3	4	5
(3) Kemudahan mengeluarkan feses	1	2	3	4	5
(4) Bunyi spingter ani	1	2	3	4	5
(5) Bising usus	1	2	3	4	5
(6) Darah dalam feses	1	2	3	4	5
(7) Lendir dalam feses	1	2	3	4	5
(8) Konstipasi	1	2	3	4	5
(9) Diare	1	2	3	4	5
(10) Nyeri saat bab	1	2	3	4	5

Keterangan :

- 1 : terancam
- 2 : substansial terancam
- 3 : cukup terancam
- 4 : agak terancam
- 5 : tidak terancam

b) Circulation status

Indikator :

(1) Tekanan darah sistolik	1	2	3	4	5
(2) Tekanan darah diastolik	1	2	3	4	5
(3) Nadi	1	2	3	4	5
(4) Rata-rata tekanan darah	1	2	3	4	5
(5) Pengeluaran urine	1	2	3	4	5
(6) Capillary refill	1	2	3	4	5

Keterangan :

- 1 : sangat kurang dari rentang normal
- 2 : kurang dari rentang normal
- 3 : cukup terlambat dari rentang normal
- 4 : agak terlambat dari rentang normal
- 5 : tidak terlambat dari rentang normal

c) Tissue perfusion : abdominal organs

Indikator :

(1) Haus yang abnormal	1	2	3	4	5
(2) Nyeri abdomen	1	2	3	4	5
(3) Mual	1	2	3	4	5
(4) Muntah	1	2	3	4	5
(5) Gangguan malabsorpsi	1	2	3	4	5
(6) Gastritis kronis	1	2	3	4	5
(7) Distensi abdominal	1	2	3	4	5

(8) Asites 1 2 3 4 5

Keterangan :

1 : berat

2 : substansial

3 : moderate

4 : ringan

5 : tidak ada

NIC :

Tube care gastrointestinal

a) Monitor TTV

b) Monitor status cairan dan elektrolit

c) Monitor bising usus

d) Monitor irama jantung

e) Catat intake dan output secara akurat

f) Kaji tanda-tanda gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

(membran mukosa kering, sianosis, jaundice)

4) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan

aktif, mekanisme kerja peristaltik usus menurun

NOC :

a) Fluid balance

Indikator :

(1) Tekanan darah 1 2 3 4 5

(2) Denyut nadi radial 1 2 3 4 5

(3) Nadi perifer	1	2	3	4	5
(4) Berat badan stabil	1	2	3	4	5
(5) Turgor kulit	1	2	3	4	5
(6) Kelopak mata cekung, layu	1	2	3	4	5
(7) Kebingungan	1	2	3	4	5
(8) Haus	1	2	3	4	5
(9) Otot kram	1	2	3	4	5
(10) Pusing	1	2	3	4	5

Keterangan :

- 1 : berat dikompromikan
- 2 : substansial dikompromikan
- 3 : cukup dikompromikan
- 4 : agak dikompromikan
- 5 : tidak dikompromikan

b) Nutritional status : food and fluid intake

Indikator :

(1) Asupan makanan peroral	1	2	3	4	5
(2) Asupan makanan melalui selang	1	2	3	4	5
(3) Asupan cairan peroral	1	2	3	4	5
(4) Asupan cairan melalui intravena	1	2	3	4	5
(5) Asupan nutrisi melalui parenteral	1	2	3	4	5

Keterangan :

- 1 : tidak adekuat

- 2 : sedikit adekuat
- 3 : moderat adekuat
- 4 : substansial adekuat
- 5 : total adekuat

NIC :

Fluid management

- a) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.
- b) Monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan.
- c) Monitor vital sign.
- d) Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian.
- e) Kolaborasikan pemberian cairan IV.
- f) Monitor status nutrisi.
- g) Berikan cairan IV pada suhu ruangan.
- h) Dorong masukan oral.
- i) Berikan penggantian nesogastrik sesuai output.
- j) Dorong keluarga untuk membantu pasien makan.
- k) Tawarkan snack (jus, buah segar).
- l) Kolaborasi dengan dokter.

Hypovolemia management

- a) Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan.

5) Nausea berhubungan dengan nyeri

NOC :

a) Nausea and vomiting control

Indikator :

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (1) Mengakui adanya mual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (2) Menjelaskan faktor-faktor penyebab | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (3) Mengakui adanya rangsangan pencetus | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (4) Menggunakan catatan untuk memantau gejala | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (5) Menggunakan langkah-langkah pencegahan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (6) Menghindari faktor penyebab jika memungkinkan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (7) Menghindari bau tidak menyenangkan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (8) Melaporkan gejala yang tidak terkendali pada tenaga kesehatan profesional | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| (9) Melaporkan mual, muntah dan pengendalian muntah | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Keterangan :

- 1 : tidak pernah menunjukkan
- 2 : jarang menunjukkan
- 3 : kadang-kadang menunjukkan
- 4 : sering menunjukkan
- 5 : terus-menerus menunjukkan

b) Fluid balance

Indikator :

(1) Tekanan darah	1	2	3	4	5
(2) Denyut nadi radial	1	2	3	4	5
(3) Nadi perifer	1	2	3	4	5
(4) Berat badan stabil	1	2	3	4	5
(5) Turgor kulit	1	2	3	4	5
(6) Kelopak mata cekung, layu	1	2	3	4	5
(7) Kebingungan	1	2	3	4	5
(8) Haus	1	2	3	4	5
(9) Otot kram	1	2	3	4	5
(10) Pusing	1	2	3	4	5

Keterangan :

- 1 : berat dikompromikan
- 2 : substansial dikompromikan
- 3 : cukup dikompromikan
- 4 : agak dikompromikan
- 5 : tidak dikompromikan

NIC :

Nausea management

- a) Tanyakan kepada pasien penyebab mual.
- b) Observasi asupan makanan dan cairan.
- c) Anjurkan pasien untuk makan makanan yang kering, lunak.

- d) Anjurkan pasien untuk menghindari makanan yang menusuk hidung dan berbau tidak sedap.
- e) Berikan obat anti mual sesuai yang diresepkan.
- f) Ajarkan teknik relaksasi dan bantu pasien untuk menggunakan teknik tersebut selama waktu makan.
- g) Anjurkan pasien untuk membuat daftar makanan yang paling dapat ditoleransi.
- h) Pada saat mual mereda, anjurkan untuk makan makanan yang berlebih.

Fluid/electrolit management

- a) Berikan terapi iv sesuai anjuran
- b) Berikan obat antiemetik sesuai anjuran
- c) Pantau tanda-tanda vital, bila diperlukan
- d) Pantau makanan dan cairan yang dikonsumsi dan hitung asupan kalori setiap hari, jika diperlukan.
- e) Pantau status hidrasi (misalnya membrane mukosa lembab, keadekuatan nadi, tekanan darah ortostatik) jika diperlukan.

Medication management

- a) Memantau efektivitas modalitas administrasi pengobatan.
- b) Memantau pasien untuk efek terapi obat
- c) Pantau tanda-tanda dan gejala dari keracunan obat.
- d) Memonitor efek samping obat.

- e) Meninjau secara berkala dengan pasien dan atau keluarga jenis dan jumlah obat yang diambil,
 - f) Buang obat yang lama, obat dihentikan. atau kontraindikasi.
- 6) Hipertermia berhubungan dengan respon sistemik dari inflamasi gastrointestinal

NOC :

- a) Thermoregulation

Indikator :

(1) Kehilangan merinding ketika panas	1	2	3	4	5
(2) Berkeringat saat panas	1	2	3	4	5
(3) Menggigil ketika dingin	1	2	3	4	5
(4) Denyut nadi apikal	1	2	3	4	5
(5) Denyut nadi radial	1	2	3	4	5
(6) Tingkat pernafasan	1	2	3	4	5
(7) Laporan kenyamanan termal	1	2	3	4	5

Keterangan :

- 1 : berat dikompromikan
- 2 : substansial dikompromikan
- 3 : cukup dikompromikan
- 4 : sedikit dikompromikan
- 5 : tidak dikompromikan

Indikator :

(8) Peningkatan suhu tubuh	1	2	3	4	5
(9) Penurunan suhu kulit	1	2	3	4	5
(10) Hipertermia	1	2	3	4	5
(11) Hipotermia	1	2	3	4	5
(12) Sakit kepala	1	2	3	4	5
(13) Otot nyeri	1	2	3	4	5
(14) Cepat marah	1	2	3	4	5
(15) Mengantuk	1	2	3	4	5
(16) Perubahan warna kulit	1	2	3	4	5
(17) Otot berkedut	1	2	3	4	5
(18) Dehidrasi	1	2	3	4	5
(19) Panas kram	1	2	3	4	5
(20) Panas stroke	1	2	3	4	5
(21) Frosbit	1	2	3	4	5

Keterangan :

- 1 : berat
- 2 : substansial
- 3 : moderate
- 4 : ringan
- 5 : tidak ada

NIC :

- a) Fever treatment.
- b) Monitor suhu sesering mungkin.

- c) Monitor IWL.
- d) Monitor warna dan suhu kulit.
- e) Monitor tekanan darah, nadi dan RR.
- f) Monitor penurunan tingkat kesadaran.
- g) Monitor WBC, Hb, dan HCT.
- h) Monitor intake dan output.
- i) Berikan antipiretik.
- j) Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam.
- k) Lakukan tapid sponge.
- l) Kolaborasi pemberian cairan intravena.
- m) Kompres pasien pada lipat paha dan aksila.
- n) Tingkatkan sirkulasi udara,
- o) Berikan pengobatan untuk mencegah terjadinya menggigil.

Temperature regulation

- a) Monitor suhu minimal tiap 2 jam.
- b) Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu.
- c) Monitor tekanan darah, nadi dan RR.
- d) Monitor warna dan suhu kulit.
- e) Monitor tanda-tanda hipertermi dan hipotermi.
- f) Tingkatkan intake cairan dan nutrisi.
- g) Ajarkan pada pasien cara mencegah keletihan akibat panas.
- h) Berikan antibiotic jika perlu.

7) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

NOC :

a) Mobility level

Indikator :

(1) Keseimbangan	1	2	3	4	5
(2) Koordinasi	1	2	3	4	5
(3) Gaya berjalan	1	2	3	4	5
(4) Penampilan posisi tubuh	1	2	3	4	5
(5) Penampilan bergerak	1	2	3	4	5
(6) Berjalan	1	2	3	4	5
(7) Bergerak dengan mudah	1	2	3	4	5

Keterangan :

- 1 : berat dikompromikan
- 2 : substansial dikompromikan
- 3 : cukup dikompromikan
- 4 : sedikit dikompromikan
- 5 : tidak dikompromikan

b) Self care : ADLs

Indikator :

(1) Makan	1	2	3	4	5
(2) Berpakaian	1	2	3	4	5
(3) Toileting	1	2	3	4	5
(4) Mandi	1	2	3	4	5

(5) Berdandan	1	2	3	4	5
(6) Kebersihan	1	2	3	4	5
(7) Kebersihan mulut	1	2	3	4	5
(8) Berjalan	1	2	3	4	5
(9) Penampilan	1	2	3	4	5

Keterangan :

- 1 : berat dikompromikan
- 2 : substansial dikompromikan
- 3 : cukup dikompromikan
- 4 : sedikit dikompromikan
- 5 : tidak dikompromikan

NIC :

Exercise therapy : ambulation

- a) Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.
- b) Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan.
- c) Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi
- d) Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi
- e) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan

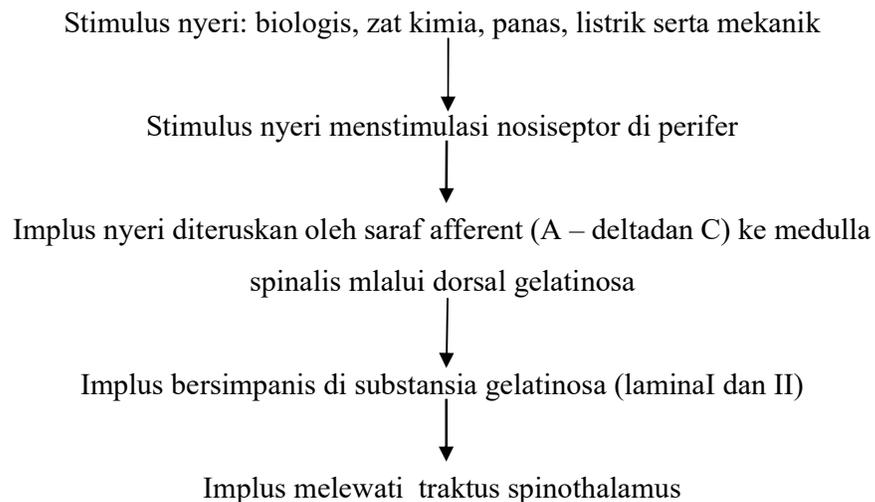
- f) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien
- g) Berikan alat bantu jika pasien memerlukan
- h) Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

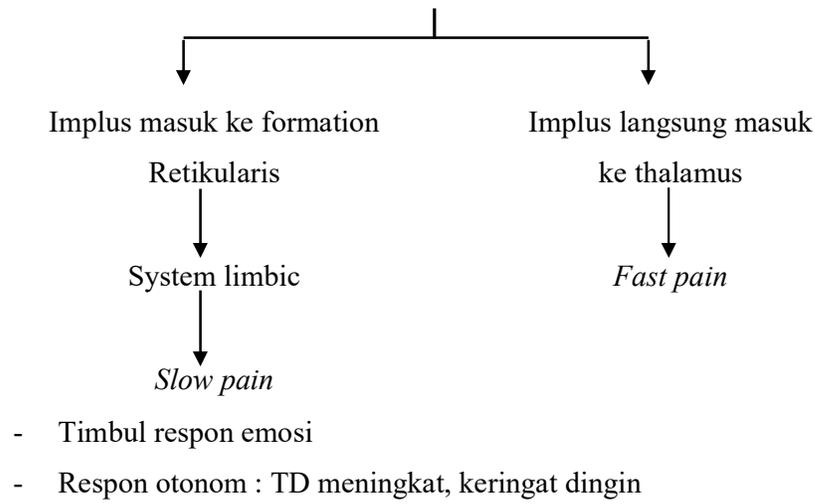
B. Konsep Nyeri

1. Definisi nyeri

Menurut Smeltzer dan Bare (2001), nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan perawatan kesehatan. Nyeri terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostic atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibanding suatu penyakit manapun.

2. Proses terjadinya nyeri





Gambar 2.1 Proses Terjadinya Nyeri

3. Teori nyeri

Nyeri merupakan suatu fenomena yang penuh rahasia. Ada beberapa teori yang menjelaskan mekanisme transmisi nyeri, diantaranya:

a. Teori pola (*Pattern Theory*)

Nyeri yang terjadi karena efek-efek kombinasi intensitas stimulus dan jumlah impuls-impuls pada dorsal ujung dari sum-sum belakang. Tidak termasuk aspek-aspek fisiologi.

b. Teori pemisahan (*specificity theory*)

Reseptor-reseptor nyeri tertentu menyalurkan impuls-impuls keseluruhan jalur nyeri ke otak. Tidak memperhitungkan aspek-aspek fisiologis dari persepsi dan respon nyeri.

c. Teori pengendalian gerbang (*gate control theory*)

Impuls-impuls nyeri dapat dikendalikan oleh mekanisme gerbang pada ujung dorsal dari sum-sum belakang untuk memungkinkan atau menahan transmisi. Faktor-faktor gerbang terdiri dari efek impuls-

impuls yang ditransmisi ke serabut-serabut saraf konduksi cepat atau lamban dan efek-efek impuls dari batang otak dan korteks.

d. Teori transmisi dan inhibisi

Adanya stimulus pada nosiseptor memulai transmisi impuls-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian, inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblok impuls-impuls pada serabut lamban endogen opiate system supersif.

4. Klasifikasi nyeri

Menurut Smeltzer dan Bare, (2001), terdapat dua tipe nyeri yaitu:

a. Nyeri akut

Nyeri ini bersifat mendadak, durasi singkat, biasanya berhubungan dengan kecemasan. Orang biasa meresponnya dengan cara fisiologis yaitu diaforesis, peningkatan denyut jantung, peningkatan pernafasan, peningkatan tekanan darah dan dengan perilaku. Nyeri akut merupakan mekanisme yang berlangsung kurang dari enam bulan, secara fisiologis terjadi perubahan denyut jantung, frekuensi nafas, tekanan darah, aliran darah perifer, tekanan otot, keringat pada telapak tangan dan perubahan pada ukuran pupil

b. Nyeri kronik

Nyeri ini bersifat dalam, tumpul, diikuti dengan berbagai macam gangguan. Terjadi lambat dan meningkat secara perlahan, dimulai

setelah detik pertama dan meningkat perlahan sampai beberapa detik atau menit. Nyeri ini biasanya berhubungan dengan kerusakan jaringan yang sifatnya terus menerus atau intermitten. Nyeri kronik merupakan nyeri yang konsisten yang menetap sepanjang satu periode waktu dan tidak mempunyai awitan yang ditetapkan dan sering sulit untuk diobati karena biasanya nyeri ini tidak mempunyai respon terhadap pengobatan yang diarahkan pada penyebabnya. Nyeri kronik ini sering didefinisikan sebagai nyeri yang berlangsung selama enam bulan atau lebih.

5. Mengkaji Persepsi Nyeri

Menurut Smeltzer dan Bare (2001), alat-alat pengkajian nyeri dapat digunakan untuk mengkaji persepsi nyeri seseorang. Agar alat-alat pengkajian nyeri dapat bermanfaat, alat tersebut harus memenuhi kriteria berikut :

- a. Mudah dimengerti dan digunakan
- b. Memerlukan sedikit upaya pada pihak pasien
- c. Mudah dinilai
- d. Sensitif terhadap perubahan kecil dalam intensitas nyeri

Alat-alat pengkajian nyeri dapat digunakan untuk mendokumentasikan kebutuhan intervensi, untuk mengevaluasi efektivitas intervensi dan untuk mengidentifikasi kebutuhan akan intervensi alternatif atau tambahan jika intervensi sebelumnya tidak efektif dalam meredakan nyeri individu.

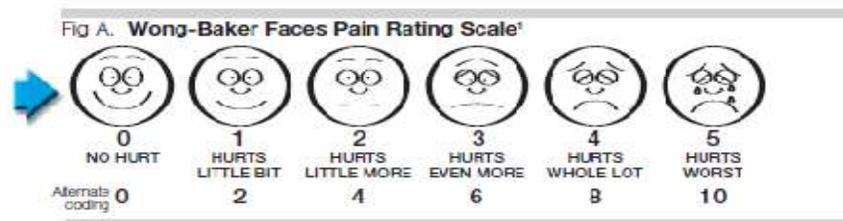
Nyeri kadang-kadang hanya bisa dikaji dengan berpatokan pada ucapan dan perilaku pasien, serta dengan pengkajian nyeri, yaitu :

- a. P (Pemacu) : Faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri
- b. Q (*Quality*) : Kualitas nyeri dikatakan seperti apa yang dirasakan pasien misalnya, seperti diiris-iris pisau, dipukul-pukul, disayat
- c. R (*Region*) : Daerah perjalanan nyeri
- d. S (*Severity*) : Keparahan atau intensitas nyeri
- e. T (*Time*) : Lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri (Hidayat, 2008)

Ada beberapa skala penilaian nyeri pada pasien (Potter & Perry, 2006)

a. *Baker Faces Scale Wong Pain Rating*

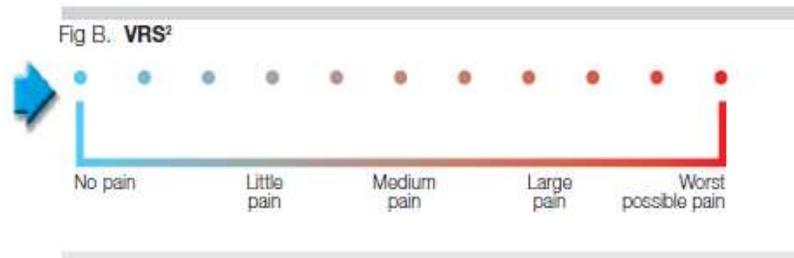
Skala dengan enam gambar wajah dengan ekspresi yang berbeda, dimulai dari senyuman sampai menangis karena kesakitan. Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa lokal setempat.



Gambar 2.2 Penilaian Nyeri Menurut Baker *Faces Scale Wong Pain Rating*

b. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan berdasarkan skala lima poin; tidak nyeri, ringan, sedang, berat dan sangat berat.



Gambar 2.3 Gambar 1.2 Penilaian nyeri menurut *Baker Faces*

Scale Wong Pain Rating

c. *Numerical Rating Scale (NRS)*

Pertama sekali dikemukakan oleh Downie dkk pada tahun 1978, dimana pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan menunjukkan angka 0 – 5 atau 0 – 10, dimana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan angka 5 atau 10 menunjukkan nyeri yang hebat.



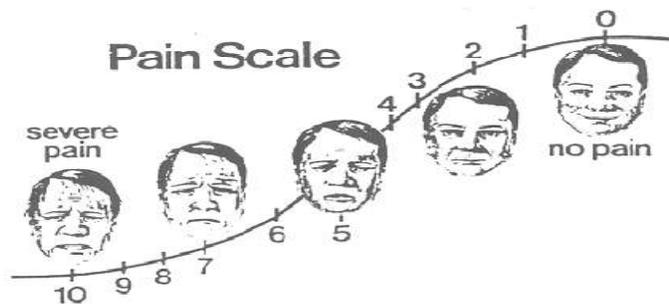
Gambar 2.4 Penilaian nyeri menurut *Numerical Rating Scale (NRS)*

d. *Visual Analogue Scale (VAS)*

Visual Analogue Scale (VAS) merupakan skala dengan garis lurus 10 cm, dimana awal garis (0) penanda tidak ada nyeri dan akhir

garis (10) menandakan nyeri hebat. Pasien diminta untuk membuat tanda digaris tersebut untuk mengekspresikan nyeri yang dirasakan. Penggunaan skala VAS lebih gampang, efisien dan lebih mudah dipahami oleh penderita dibandingkan dengan skala lainnya.

Penggunaan VAS telah banyak direkomendasikan karena selain telah digunakan secara luas, VAS juga secara metodologis kualitasnya lebih baik, dimana juga penggunaannya relatif mudah, hanya dengan menggunakan beberapa kata sehingga kosa kata tidak menjadi permasalahan. Nilai VAS antara 0 – 4 cm dianggap sebagai tingkat nyeri yang rendah dan digunakan sebagai target untuk tatalaksana analgesia. Nilai VAS > 4 dianggap nyeri sedang menuju berat sehingga pasien merasa tidak nyaman sehingga perlu diberikan obat analgesic penyelamat (*rescue analgetic*).



Gambar 2.5 Penilaian nyeri menurut *Visual Analogue Scale (VAS)*

Keterangan (Smeltzer & Bare, 2001) :

- 0 : Tidak nyeri.
- 1-3 : Nyeri ringan : secara obyektif klien dapat berkomunikasi dengan baik.

- 4-6 : Nyeri sedang : secara obyektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.
- 7-9 : Nyeri berat : secara obyektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi rasa nyeri.
- 10 : Nyeri sangat berat : pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

Respon nyeri setiap individu berbeda-beda, hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah :

1) Usia

Menurut Potter dan Perry (2006) usia adalah variabel penting yang mempengaruhi nyeri terutama pada anak, remaja dan orang dewasa. Perbedaan perkembangan yang ditemukan antara kelompok umur ini dapat mempengaruhi bagaimana anak, remaja dan orang dewasa bereaksi terhadap nyeri. Sedangkan menurut Tamsuri (2007) menyatakan bahwa anak-anak lebih kesulitan untuk memahami nyeri sedangkan orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi.

2) Jenis Kelamin

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian mengartikan nyeri merupakan hal yang negatif, seperti membahayakan, merusak dan lain-lain. Keadaan ini lebih sering dipengaruhi oleh jenis kelamin. Menurut Burn, dkk (1989 dalam Potter dan Perry, 2006) bahwa kebutuhan narkotik post operative pada wanita lebih banyak dibandingkan dengan pria. Ini menunjukkan bahwa individu berjenis kelamin perempuan lebih mengartikan negatif terhadap nyeri.

3) Budaya

Budaya dan etnikitas mempunyai pengaruh pada bagaimana seseorang berespon terhadap nyeri (bagaimana nyeri diuraikan atau seseorang berperilaku dalam berespon terhadap nyeri). Namun budaya dan Etnik tidak mempengaruhi persepsi nyeri (Smeltzer & Bare, 2001)

Sejak dini pada masa kanak-kanak individu belajar dari sekitar mereka respon nyeri yang bagaimana yang dapat diterima atau tidak diterima. Harapan budaya tentang nyeri yang individu pelajari sepanjang hidupnya jarang dipengaruhi oleh pemajanan terhadap nilai-nilai yang berlawanan dengan budaya lainnya. Akibatnya, individu yakin bahwa persepsi dan reaksi mereka terhadap nyeri adalah normal dapat diterima.

4) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Menurut Gill (1990, dalam Potter & Perry, 2006) perhatian yang meningkat, dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya distraksi dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun.

5) Ansietas

Menurut Smeltzer dan Bare (2001), meskipun umum diyakini bahwa ansietas akan meningkatkan nyeri, mungkin tidak seluruhnya benar dalam semua keadaan. Riset tidak memperlihatkan suatu hubungan yang konsisten antara ansietas dan nyeri juga tidak memperlihatkan bahwa pelatihan pengurangan stres praoperatif menurunkan nyeri saat pasca operatif. Namun ansietas yang relevan atau berhubungan dengan nyeri dapat meningkatkan persepsi pasien terhadap nyeri.

6) Pengalaman Masa Lalu

Seseorang yang pernah berhasil mengatasi nyeri dimasa lampau, dan saat ini nyeri yang sama timbul, maka ia akan lebih mudah mengatasi nyerinya. Mudah tidaknya seseorang mengatasi nyeri. Bagi beberapa orang, nyeri masa lalu dapat saja menetap dan tidak terselesaikan, seperti pada nyeri berkepanjangan atau kronis dan persisten (Smeltzer dan Bare, 2001).

7) Pola koping

Pola koping adaptif akan mempermudah seseorang mengatasi nyeri dan sebaliknya pola koping yang maladaptive akan menyulitkan seseorang mengatasi nyeri.

8) *Support* keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan dan perlindungan (Potter & Perry, 2006).

C. Konsep Relaksasi

Relaksasi merupakan kebebasan mental dan fisik dari ketegangan dan stress, karena dapat mengubah persepsi kognitif dan motivasi afektif pasien. Teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri (Potter & Perry, 2006).

Teknik relaksasi merupakan salah satu metode manajemen nyeri non farmakologi dalam strategi penanggulangan nyeri, disamping metode TENS (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation), biofeedback, placebo dan distraksi. Manajemen nyeri dengan melakukan teknik relaksasi merupakan tindakan eksternal yang mempengaruhi respon internal individu terhadap nyeri. Manajemen nyeri dengan tindakan relaksasi mencakup latihan pernafasan diafragma, teknik relaksasi progresif, guided imagery, dan meditasi (Smeltzer & Bare, 2001). Periode relaksasi yang teratur dapat

membantu untuk melawan keletihan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri kronis dan yang meningkatkan nyeri.

1. Relaksasi Nafas Dalam

a. Definisi

Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan nafas dalam, nafas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan nafas secara perlahan. Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi nafas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer dan Bare, 2001).

b. Tujuan dan Manfaat Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Smeltzer dan Bare (2001) menyatakan bahwa tujuan dari teknik relaksasi nafas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas menurunkan kecemasan. Sedangkan manfaat yang dapat dirasakan oleh klien setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam adalah dapat menghilangkan nyeri, ketenteraman hati, dan berkurangnya rasa cemas.

c. Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Bentuk pernafasan yang digunakan pada prosedur ini adalah pernafasan diafragma yang mengacu pada pendataran kubah diafragma

selama inspirasi yang mengakibatkan pembesaran abdomen bagian atas sejalan dengan desakan udara masuk selama inspirasi (Priharjo, 2003, dalam Pinandita 2012).

Lebih lanjut Priharjo (2003, dalam Pinandita) menyatakan bahwa adapun langkah-langkah teknik relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut :

- 1) Usahakan rileks dan tenang
 - 2) Menarik nafas dalam melalui hidung dengan hitungan 1, 2, 3 kemudian tahan sekitar 5-10 detik.
 - 3) Hembuskan nafas melalui muut secara perlahan-lahan
 - 4) Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskannya lagi melalui mulut secara perlahan-lahan
 - 5) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
 - 6) Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali
- d. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Penurunan Nyeri

Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme yaitu (Smeltzer dan Bare, 2001) :

- 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. Pernyataan lain menyatakan bahwa penurunan nyeri oleh teknik relaksasi nafas dalam disebabkan ketika seseorang melakukan relaksasi nafas dalam untuk mengendalikan nyeri yang dirasakan, maka tubuh akan meningkatkan komponen saraf parasimpatik secara stimulan, maka ini menyebabkan terjadinya penurunan kadar hormon kortisol dan adrenalin dalam tubuh yang mempengaruhi tingkat stress seseorang sehingga dapat meningkatkan konsentrasi dan membuat klien merasa tenang untuk mengatur ritme pernafasan menjadi teratur. Hal ini akan mendorong terjadinya peningkatan kadar PaCO₂ dan akan menurunkan kadar pH sehingga terjadi peningkatan kadar oksigen (O₂) dalam darah.

2. Relaksasi Genggam Jari

a. Definisi

Relaksasi genggam jari adalah sebuah teknik relaksasi yang sangat sederhana dan mudah dilakukan oleh siapapun yang berhubungan dengan jari tangan serta aliran energi di dalam tubuh kita. Teknik genggam jari disebut juga finger hold (Liana, 2008 dalam Pinandita, 2012).

Menurut Hiil (2011, dalam Ramadina, 2014), teknik menggenggam jari merupakan bagian dari teknik *Jin Shin Jyutsu*. *Jin*

Shin.Jyutsu adalah akupresur Jepang. Bentuk seni yang menggunakan sentuhan sederhana tangan dan pernafasan untuk menyeimbangkan energi didalam tubuh. Tangan (jari dan telapak tangan) adalah alat bantuan sederhana dan ampuh untuk menyelaraskan dan membawa tubuh menjadi 2 seimbang. Setiap jari tangan berhubungan dengan sikap sehari-hari. Ibu jari berhubungan dengan perasaan khawatir dan kesakitan, jari telunjuk berhubungan dengan ketakutan, jari tengah berhubungan dengan kemarahan, jari manis berhubungan dengan kesedihan, dan jari kelingking berhubungan dengan rendah diri dan kecil hati.

b. Tujuan dan Manfaat Relaksasi Genggam Jari

Liana (2008, dalam Pinandita, 2012) mengemukakan bahwa menggenggam jari sambil menarik nafas dalam-dalam (relaksasi) dapat mengurangi dan menyembuhkan ketegangan fisik dan emosi, karena genggam jari akan menghangatkan titik-titik keluar dan masuknya energi pada *meridian (energi channel)* yang terletak pada jari tangan kita.

Menurut Hill (2011, dalam Ramadina, 2014), relaksasi genggam jari digunakan untuk memindahkan energi yang terhambat menjadi lancar. Perlakuan relaksasi genggam jari akan menghasilkan impuls yang dikirim melalui serabut saraf aferen *non nosiseptor*. Serabut saraf *non nosiseptor* mengakibatkan “pintu gerbang” tertutup sehingga stimulus nyeri terhambat dan berkurang.

c. Prosedur Teknik Relaksasi Genggam Jari

- 1) Peganglah tiap jari mulai dari ibu jari selama 2-3 menit, bisa menggunakan tangan yang mana saja.
- 2) Tarik napas yang dalam dan lembut. Hembuskanlah napas secara perlahan dan lepaskan dengan teratur. Ketika menarik napas, hiruplah bersama rasa harmonis, damai, nyaman dan kesembuhan.
- 3) Ketika menghembuskan napas, hembuskanlah secara perlahan sambil melepaskan perasaan dan masalah yang mengganggu pikiran dan bayangkan emosi yang mengganggu tersebut keluar dari pikiran kita dan masuk ke dalam bumi.
- 4) Setelah itu pikirkanlah perasaan-perasaan yang nyaman dan damai, sehingga fokus pikiran hanya pada perasaan yang nyaman dan damai saja.
- 5) Relaksasi genggam jari selama dapat dilakukan selama 15 menit sehingga terdapat penurunan intensitas nyeri.

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri

Titik-titik refleksi pada tangan akan memberikan rangsangan secara refleks (spontan) pada saat genggamannya. Rangsangan tersebut akan mengalirkan semacam gelombang kejut atau listrik menuju otak. Gelombang tersebut diterima otak dan diproses dengan cepat, lalu diteruskan menuju saraf pada organ tubuh yang mengalami gangguan,

sehingga sumbatan di jalur energi menjadi lancar (Puwahang, 2011 dalam Pinandita, 2012).

Potter & Perry (2006) menyatakan bahwa teknik relaksasi membuat pasien dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stress fisik dan emosi pada nyeri. Relaksasi juga dapat menurunkan kadar hormone stress *cortisol*, menurunkan sumber-sumber depresi dan kecemasan, sehingga nyeri dapat terkontrol dan fungsi tubuh semakin membaik (Tarigan, 2006, dalam Pinandita, 2012).

BAB 3. LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA	
A. Pengkajian Kasus	53
B. Masalah Keperawatan	55
C. Intervensi Keperawatan	59
D. Intervensi Inovasi	68
E. Implementasi	69
F. Evaluasi	73
BAB 4. ANALISA SITUASI	
A. Profil Lahan Praktik	78
B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Konsep Kasus Terkait	79
C. Analisa Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait	80
D. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan	86

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners yang telah dibuat, maka dapat ditarik suatu kesimpulan yaitu :

1. Pada 3 kasus apendisitis yang telah dikelola, ditemukan 3 diagnosa keperawatan yang sama yaitu nyeri berhubungan dengan agen cedera biologis, ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan, dan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan tidak nyaman, nyeri. Sedangkan untuk diagnosa keperawatan nausea berhubungan dengan nyeri hanya untuk Tn. S dan Tn. SA.
2. Intervensi inovasi yang telah dilakukan yaitu intervensi teknik relaksasi menarik nafas dalam dan genggam jari telah diimplementasikan dan dievaluasi kemudian didapatkan hasil rata-rata nyeri berkurang dari skala 8 menjadi 6.

B. Saran-saran

1. Bagi klien dan keluarga

Disarankan untuk dapat melanjutkan latihan-latihan yang diberikan sebagai tindakan mandiri pasien yang nantinya tidak hanya bermanfaat pada kondisi saat ini saja tetapi juga dapat digunakan pada kondisi lain yang membutuhkan.

2. Bagi perawat

Diharapkan dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan genggam jari secara bersamaan sebagai intervensi untuk mengatasi nyeri.

3. Bagi institusi pendidikan

Hasil karya ilmiah ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan mengenai penggunaan teknik relaksasi genggam jari dan nafas dalam sebagai salah satu cara untuk mengurangi nyeri.

4. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan dapat memberikan pelatihan terutama tentang terapi non farmakologi untuk manajemen nyeri bagi perawat untuk menambah pilihan alternatif dalam intervensi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aryani, K. A. (2010). *Pemberian Teknik Relaksasi Pernafasan pada Terapi Latihan Pasif Menurunkan Intensitas Nyeri pada Pasien Luka Bakar Derajat II di RSUP Sanglah Denpasar*. Skripsi, tidak dipublikasikan, Denpasar, Universitas Udayana, Indonesia.
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan : Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta : Salemba Medika.
- Hermand, T. Heather. (2012). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta : EGC
- Mansjoer, A. (2010) *Kapita Selekta Kedokteran (Edisi 4) Jilid 1*. Jakarta : Media Aesculapius FKUI.
- Mc Closkey, D.J., *et all.* (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC) Fifth Edition*. St. Louis : Mosby Elseiver.
- Moorhead, S., *et all.* (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC) Fifth Edition*. St Louis : Mosby-Elseiver.
- Nurdin, S. (2013) Pengaruh Teknik Relaksasi Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Fraktur. *ejournal keperawatan (e-KP)*, 1, (1), 1-6.
- Patasik, C. K. (2013). Efektifitas Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan *Guided Imagery* terhadap Penurunan Nyeri pada Pasien Post Operasi *Sectio Caesare* di Irina D BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *ejournal keperawatan (e-KP)*, 1, (1), 1-8.
- Pinandita, I. (2012). Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparatomi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 8, (1), 32-43.
- Potter, P. A & Perry, A. G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktek Volume 2 Edisi 4*. Jakarta : EGC.
- Price, Silvia & Wilson, Lorraine M. (2005). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Edisi 6, Volume 3*. Jakarta : EGC.
- Ramadina, S. (2014). *Efektifitas Teknik Relaksasi Genggam Jari Dan Nafas Dalam Terhadap Penurunan Dismenore*. Skripsi, tidak dipublikasikan, Riau, Universitas Riau, Indonesia.
- Rampengan, S. F. Y. (2014). *Pengaruh Teknik Relaksasi dan Teknik Distraksi Terhadap Perubahan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi di Ruang Irina A Atas*

RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. Skripsi, tidak dipublikasikan, Manado, Universitas Sam Ratulangi, Indonesia.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G., (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 1*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G., (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 2*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Tamsuri, Anas. (2006). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC.