

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1. Konsep Dasar Teori Apendisitis**

##### **2.1.1. Definisi**

Apendisitis adalah peradangan pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Usus buntu sebenarnya adalah sekum (cecum). Infeksi ini bisa mengakibatkan peradangan akut sehingga memerlukan tindakan bedah segera untuk mencegah komplikasi yang umumnya berbahaya (Nurarif & Kusuma, 2015).

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada apendiks. Infeksi ini bisa mengakibatkan pernanahan, bila infeksi itu bertambah parah apendiks itu bisa pecah.(Jitowiyono & Kristiyanasari, 2018). Apendisitis adalah peradangan pada usus buntu dan merupakan penyebab paling umum dari perut akut pada kuadran kanan bawah dan paling sering dilakukan operasi kegawat daruratan abdomen (Kuarniawati & kadir, 2020 dalam El-Haque & Ismayanti, 2022)

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa apendisitis adalah proses peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau apendiks, infeksi ini akan mengakibatkan komplikasi apabila tidak segera mendapatkan tindakan bedah untuk penanganannya, biasanya dilakukan apedniktomi untuk menurunkan perporasi.

Klasifikasi apendisitis menurut (Nurarif & Kusuma, 2015) terbagi menjadi 3 yaitu

- a. Apendisitis akut adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri dan pemicunya adalah penyumbatan lumen apendiks. Hiperplasia limfoid, fekalit, tumor apendiks dan cacing dapat menyebabkan obstruksi dan erosi mukosa apendiks karena parasit. Apendisitis akut biasanya muncul dengan gejala khas yang ditandai dengan peradangan mendadak pada apendiks yang memberikan tanda disertai maupun tidak disertai rangsangan peritoneum local
- b. Apendisitis rekurens yaitu jika ada riwayat nyeri berulang di perut bagian kanan bawah yang mendorong dilakukannya apendiktomi. Kelainan ini terjadi bila serangan apendisitis akut pertama sembuh spontan
- c. Apendisitis kronis memiliki semua gejala riwayat nyeri perut kanan bawah lebih dari dua minggu (sumbatan di lumen apendiks, adanya jaringan parut dan ulkus lama di mukosa), dan keluhan hilang setelah apendiktomi.

### **2.1.2. Etiologi**

Terjadinya apendisitis akut umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri, namun terdapat banyak sekali faktor pencetus terjadinya penyakit ini. Obstruksi yang terjadi pada lumen apendiks salah satu faktor pencetus terjadinya apendisitis, obstruksi pada lumen apendiks ini biasanya disebabkan karena adanya timbunan tinja yang keras (fekalit), hiperplasia jaringan limfoid, penyakit cacing, parasite, benda asing dalam tubuh, kanker primer atau tumor, namun yang paling sering menyebabkan obstruksi lumen apendiks adalah fekalit dan hiperplasia jaringan limfoid (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2018)

### 2.1.3. Patofisiologi

Apendisitis biasanya disebabkan oleh penyumbatan lumen apendisitis oleh hiperplasia folikel limfoid, fekalit, benda asing, struktur karena fikosis akibat peradangan sebelumnya atau neoplasma. Obstruksi tersebut menyebabkan mucus diproduksi mukosa mengalami bendungan, semakin lama mucus tersebut makin banyak, namun elastisitas dinding apendisitis mempunyai keterbatasan sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intralumen, tekanan yang meningkat tersebut akan menghambat aliran limfe yang mengakibatkan edema. Diaforesis bakteri dan ulerasi mukosa pada saat inilah terjadi apendisitis akut fokal yang ditandai oleh nyeri epigastrium.

Sekresi mucus terus berlanjut, tekanan akan terus meningkat hal tersebut akan menyebabkan obstruksi vena, edema bertambah dan bakteri akan menembus dinding apendisitis. Peradangan yang timbul meluas dan mengenai peritoneum setempat sehingga menimbulkan nyeri di abdomen kanan bawah, keadaan ini disebut dengan apendisitis sukratif akut. Aliran arteri terganggu akan terjadi infark dinding apendisitis yang diikuti dengan gangrene stadium ini disebut dengan apendisitis gangrenosa. Bila dinding yang telah rapuh ini pecah akan terjadi apendisitis perforasi.

Semua proses diatas gejala lambat, omentum dan usus yang berdekatan akan bergerak kearah apendisitis tersebut dengan menjadi abses atau menghilang. (Azwar, 2021).

## **2.2. Konsep Dasar Teori *Appendectomy***

### **2.2.1. Definisi**

*Appendectomy* merupakan pengobatan melalui prosedur tindakan operasi hanya untuk penyakit apendisitis atau penyingkiran/pengangkatan appendix yang terinfeksi. *Appendectomy* dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan risiko perforasi lebih lanjut seperti peritonitis atau abses (Wainsani & Khoiriyah, 2020)

*Appendectomy* adalah tindakan pembedahan yang dilakukan untuk mengangkat apendiks yang didiagnosa apendisitis sebagai pencegahan terjadinya perforasi apendiks dan penanganan terjadinya perforasi yang dapat menimbulkan nyeri (Mediarti dkk., 2022). *Appendectomy* merupakan suatu intervensi bedah yang mempunyai tujuan bedah ablatif atau melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit (Muttaqin & Sari, 2013).

Dari beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa *Appendectomy* merupakan pengangkatan apendiks yang mengalami peradangan dengan cara pembedahan untuk menurunkan resiko perforasi.

### **2.2.2. Etiologi**

Penyebab dilakukannya tindakan pembedahan apendisitis dikarenakan apendiks mengalami peradangan yang berbahaya dan jika tidak ditangani dengan segera akan terjadi infeksi berat yang bisa menyebabkan perforasi (Mardalena, 2018). Faktor lainnya yang menyebabkan apendisitis yaitu adanya fekalit/apendikolit .

### 2.2.3 Macam-macam *Appendectomy*

Pembedahan untuk mengangkat apendiks dapat dilakukan dengan *Appendectomy* terbuka dan *Appendectomy* laparaskopi (Rahayu, 2015)

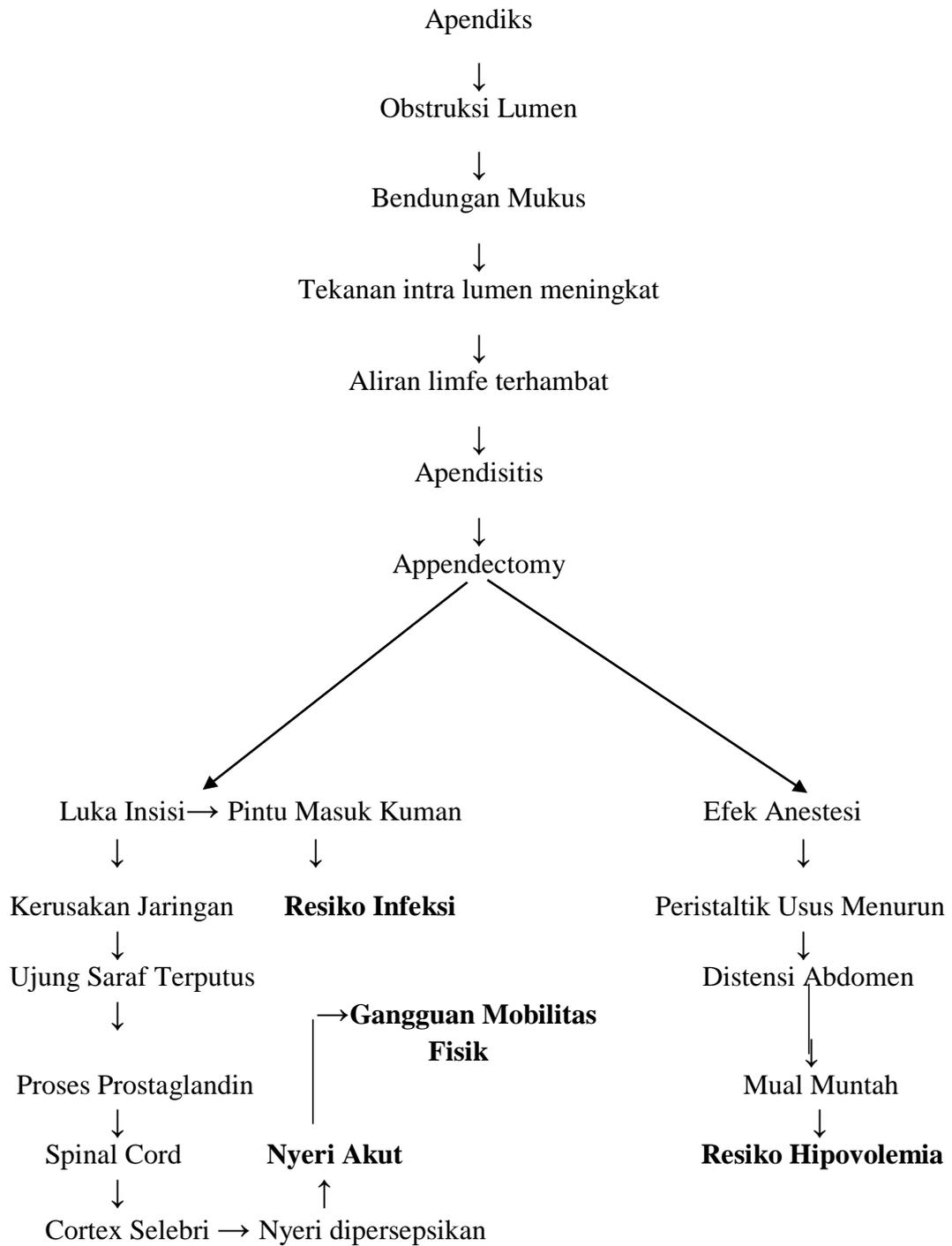
1. *Appendectomy* terbuka dilakukan dengan membuat irisan pada bagian kanan bawah perut sepanjang 7-10 cm. Usus buntu diangkat melalui irisan pada bagian perut kanan bawah, kemudian irisan tersebut ditutup kembali. *Appendectomy* terbuka harus dilakukan jika usus buntu (apendiks) pasien sudah pecah dan infeksinya menyebar. *Appendectomy* terbuka juga merupakan metode yang harus dipilih bagi pasien yang pernah mengalami pembedahan di bagian perut.
2. *Appendectomy* laparaskopi dilakukan dengan membuat 1-3 cm irisan kecil di bagian kanan bawah abdomen. Setelah irisan abdomen dibuat, dimasukan sebuah alat laparoskop ke dalam irisin tersebut untuk mengangkat apendiks. Laparaskopi merupakan alat berbentuk tabung tipis panjang yang terdiri dari kamera dan alat bedah. Pada saat dilakukan apendektomi laparaskopi, dokter akan memutuskan apakah dibutuhkan *appendectomy* terbuka atau tidak.

### 2.2.4 Patofisiologi

Tanda patogenik primer diduga karena adanya obstruksi lumen yang menjadi langkah awal terjadinya radang pada apendiks. Obstruksi menyebabkan mukus yang diproduksi mukosa terbenjeng sehingga meningkatkan tekanan intralumen. Tekanan yang meningkat tersebut menyebabkan apendiks mengalami hipoksia, hambatan aliran limfe, ulserasi mukosa, dan invasi bakteri (Mardalena, 2018)

*Appendectomy* atau pembedahan pada apendiks harus segera dilakukan untuk menurunkan risiko terjadinya perforasi lebih lanjut. Tindakan *appendectomy* dapat menyebabkan adanya luka insisi pada abdomen sehingga terjadinya perubahan kontinuitas jaringan atau kerusakan integritas jaringan dan menimbulkan nyeri, kerusakan tersebut mempengaruhi sensitivitas ujung-ujung saraf, adanya hal ini menstimulus jaringan untuk aktivasi pelepasan zat-zat kimia, hal ini merupakan penyebab munculnya nyeri terutama nyeri post operasi *Appendectomy*. Luka post op dapat mengalami infeksi apabila terdapat kuman ataupun bakteri yang masuk pada luka tersebut. Selain itu, tindakan post op apendektomi juga dapat menimbulkan resiko hipovolemia oleh efek agen farmakologis (anastesi) sehingga terjadinya penurunan peristaltik pada usus, ditandai dengan distensi abdomen, merasakan mual dan muntah, yang bisa mengakibatkan terjadinya resiko hipovolemia.

**Gambar 1. Skema Patofisiologi Appendectomy**



### 2.2.5. Manifestasi Klinis

Klien yang dilakukan tindakan *Appendectomy* akan muncul berbagai manifestasi klinis antara lain (Wijaya & Putri, 2013)

- a. Mual dan muntah
- b. Perubahan tanda-tanda vital
- c. Nafsu makan menurun
- d. Nyeri tekan pada luka operasi
- e. Gangguan integritas kulit
- f. Kelelahan dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri
- g. Demam tidak terlalu tinggi
- h. Biasanya terdapat konstipasi dan terkadang mengalami diare

### 2.2.6. Pemeriksaan Penunjang

#### 1. Pemeriksaan Fisik

- Inspeksi: akan tampak adanya pembengkakan (*swelling*) rongga perut dimana dinding perut tampak mengencang (*distensi*).
- Palpasi: didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (*Blumberg sign*) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendisitis akut.
- Dengan tindakan tungkai kanan dan paha ditekuk kuat / tungkai di angkat tinggi-tinggi, maka rasa nyeri di perut semakin parah (*psoas sign*).
- Kecurigaan adanya peradangan usus buntu semakin bertambah bila pemeriksaan dubur dan atau vagina menimbulkan rasa nyeri juga.

- Suhu dubur (rectal) yang lebih tinggi dari suhu ketiak (axilla), lebih menunjang lagi adanya radang usus buntu.
- Pada apendiks terletak pada retro sekal maka uji Psoas akan positif dan tanda perangsangan peritoneum tidak begitu jelas, sedangkan bila apendiks terletak di rongga pelvis maka Obturator sign akan positif dan tanda perangsangan peritoneum akan lebih menonjol.

## 2. Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan dari sel darah putih (leukosit) hingga sekitar 10.000-18.000/mm<sup>3</sup>. Jika terjadi peningkatan yang lebih dari itu, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi (pecah).

## 3. Pemeriksaan radiologi

- Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu).
- Ultrasonografi (USG).
- CT scan
- Kasus kronik dapat dilakukan rontgen foto abdomen, USG abdomen dan apendikogram.

### **2.2.7. Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan menurut Rahayu (2015) yaitu :

1. Sebelum operasi
  - a. Pemasangan sonde lambung untuk dekompresi.
  - b. Pemasangan kateter untuk kontrol produksi urin.
  - c. Rehidrasi.

- d. Antibiotik dengan spektrum luas, dosis tinggi dan diberikan secara intravena.
- e. Obat – obatan penurun panas, phenergan sebagai anti mengigil, largaktil untuk membuka pembuluh – pembuluh darah perifer diberikan setelah rehidrasi tercapai.
- f. Bila demam, harus diturunkan sebelum diberi anestesi.

## 2. Operasi *Appendectomy*

- a. Apendiks dibuang, jika apendiks mengalami perforasi bebas, maka abdomen dicuci dengan garam fisiologis dan antibiotika.
- b. Abses apendiks diobati dengan antibiotika IV, massa mungkin mengecil, atau abses mungkin memerlukan drainase dalam angka waktu beberapa hari. Apendiktomi dilakukan bila abses dilakukan operasi elektif sesudah 6 minggu sampai 3 bulan.

## 3. Pasca Operasi

- a. Observasi TTV.
- b. Angkat sonde lambung bila pasien telah sadar sehingga aspirasi cairan lambung dapat dicegah.
- c. Baringkan pasien dalam posisi semi fowler.
- d. Pasien dikatakan baik bila dalam 12 jam tidak terjadi gangguan, selam pasien dipuaskan.
- e. Bila tindakan operasi lebih besar, misalnya pada perforasi, puasa dilanjutkan sampai fungsi usus kembali normal.

- f. Berikan minum mulai 15 ml/jam selama 4 – 5 jam lalu naikkan menjadi 30 ml/jam. Keesokan harinya berikan makanan saring dan hari berikutnya diberikan makanan lunak.
- g. Satu hari pasca operasi pasien dianjurkan untuk duduk tegak di tempat tidur selama 2x30 menit.
- h. Pada hari kedua pasien dapat berdiri dan duduk di luar kamar.
- i. Hari ke-7 jahitan dapat diangkat dan pasien diperbolehkan pulang

### **2.2.8. Komplikasi**

Komplikasi Post *Appendectomy* menurut Muttaqin dalam Rahyu (2015) adalah :

- a. Infeksi pada luka, ditandai apabila luka mengeluarkan cairan kuning atau nanah, kulit di sekitar luka menjadi merah, hangat, bengkak, atau terasa semakin sakit
- b. Abses ( nanah ), terdapat kumpulan di dalam rongga perut dengan gejala demam dan nyeri perut
- c. Perlengketan usus, dengan gejala rasa tidak nyaman di perut, terjadi sulit buang air besar pada tahap lanjut dan perut terasa sangat nyeri
- d. Komplikasi yang jarang terjadi seperti ileus, ganggren usus, peritonitis dan obstruksi usus.

## **2.3. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah suatu bagian dari komponen proses keperawatan sebagai suatu usaha perawat dalam menggali permasalahan yang ada di pasien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan pasien yang dilakukan secara sistematis, menyeluruh atau komprehensif, akurat, singkat dan berlangsung secara berkesinambungan (Muttaqin & Sari, 2013). Pada klien dengan nyeri akut dalam kategori fisiologis dengan subkategori nyeri dan kenyamanan, perawat harus mengkaji data mayor dan minor yang tercantum dalam buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2017). Tanda dan gejala mayor diantaranya yaitu subyektif (mengeluh nyeri), obyektif (tampak meringis , bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur). Tanda dan gejala minor diantaranya yaitu obyektif (tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis)

Pengkajian ini berisi :

#### **a. Identitas**

##### **1) Identitas Klien**

Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, diagnosa medis, tindakan medis, nomor rekam medis, tanggal masuk, tanggal operasi dan tanggal pengkajian.

##### **2) Identitas Penanggung Jawab**

Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, hubungan dengan klien dan sumber biaya.

b. Keluhan Utama

Berisi keluhan utama saat dikaji. Klien post *appendectomy* biasanya mengeluh nyeri pada luka operasi dan keterbatasan aktivitas.

c. Riwayat Penyakit

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang ditemukan saat pengkajian, yang diuraikan dari mulai masuk tempat perawatan sampai dilakukan pengkajian. Keluhan sekarang dikaji dengan menggunakan PQRST (*Paliatif and Provokasi, Quality and Quantity, Region and Radiasi, Severity scale and Timing*). Klien yang telah menjalani operasi pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan atau ditekan dan umumnya berkurang setelah diberi obat dan istirahat. Nyeri dirasakan seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri lebih dari lima (1-10).

Untuk membantu pasien mengutarakan masalah atau keluhan secara lengkap, pengkajian yang dapat dilakukan untuk mengkaji karakteristik nyeri bisa menggunakan pendekatan analisis symptom. Komponen pengkajian meliputi (PQRST). P (*Paliatif/Provocatif*) = yang menyebabkan timbulnya masalah, Q (*Quality dan Quantity*) = kualitas dan kuantitas nyeri yang

dirasakan, R (Region) = lokasi nyeri, S (*Severity*) = keparahan dan T (*Timing*) = waktu. Nyeri akan terlokalisasi di area operasi dapat pula menyebar di seluruh abdomen dan paha kanan dan umumnya menetap sepanjang hari. Nyeri mungkin dapat mengganggu aktivitas sesuai dengan rentang toleransi masing-masing klien.

#### 2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Berisi pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh pada penyakit yang di derita sekarang serta apakah pernah mengalami pembedahan sebelumnya.

#### 3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan atau menular dalam keluarga.

#### 4) Riwayat Psikologis

Secara umum klien dengan post operasi apendisitis tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi psikologis. Namun tetap perlu dilakukan mengenai kelima konsep diri klien (citra tubuh, identitas diri, fungsi peran, ideal diri dan harga diri).

#### 5) Riwayat Sosial

Klien dengan post operasi apendisitis tidak mengalami gangguan dalam hubungan sosial dengan orang lain, akan tetapi tetap harus

dibandingkan hubungan sosial klien antara sebelum dan sesudah menjalani operasi.

6) Riwayat Spiritual

Pada umumnya klien yang menjalani perawatan akan mengalami keterbatasan dalam aktivitas, begitu juga dalam kegiatan ibadah. Perlu dikaji keyakinan klien terhadap keadaan sakit dan motivasi untuk kesembuhannya.

7) Kebiasaan Sehari-hari

Setelah klien menjalani operasi apendisitis pada umumnya mengalami kesulitan dalam beraktivitas karena nyeri dan kelemahan. Klien dapat mengalami gangguan dalam perawatan diri (mandi, gosok gigi, perawatan kembali ke dalam rentang normalnya). Kemungkinan klien akan mengalami mual muntah dan konstipasi pada periode awal post operasi karena pengaruh anastasi. Intake oral dapat mulai diberikan setelah fungsi pencernaan kembali normal. Klien juga dapat mengalami penurunan keluaran urin karena adanya pembatasan masukan oral. Keluaran urin akan berangsur normal setelah peningkatan masukan oral. Pada pola istirahat klien dapat terganggu ataupun tidak terganggu, tergantung toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakan.

d. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Klien post *appendectomy* mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung pada periode akut rasa nyeri. Tanda vital pada umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi apendiks.

2) Sistem Pernafasan

Klien post *appendectomy* akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas (takipneu) serta pernafasan dangkal, sesuai yang dapat ditoleransi oleh klien.

3) Sistem Kardiovaskuler

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stres dan hipovolemia), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring). Pengisian kapiler biasanya normal, dikaji pula keadaan konjungtiva, adanya sianosis dan auskultasi bunyi jantung.

4) Sistem Pencernaan

Adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpasi. Klien Post *appendectomy* biasanya mengeluh mual muntah, konstipasi pada awitan awal post operasi dan penurunan bising usus, akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan

bawah bekas sayatan operasi. Inspeksi abdomen untuk memeriksa perut kembung akibat akumulasi gas. Memantau asupan oral awal klien yang beresiko menyebabkan aspirasi atau adanya mual dan muntah. Kaji pula kembalinya peristaltik setiap 4-8 jam. Auskultasi perut secara rutin untuk mendeteksi suara usus kembali normal, 5-30 bunyi keras per menit pada masing-masing kuadran menunjukkan gerak peristaltik yang telah kembali. Tanyakan apakah klien membuang gas (flatus), ini merupakan tanda penting yang menunjukkan fungsi usus normal

5) Sistem Perkemihan

Awal post operasi klien akan mengalami penurunan jumlah output urin, hal ini akan terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post operasi apendisitis.

6) Sistem Muskuloskeletal

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

7) Sistem Intergumen

Akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah karena insisi bedah disertai kemerahan (biasanya pada awitan).

8) Sistem persarafasan

Umumnya, klien tidak mengalami penyimpangan dalam persarafan. Pengkajian fungsi persarafan meliputi tingkat kesadaran, saraf kranial dan reflek.

### **2.3.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (PPNI, 2017). Masalah keperawatan yang lazim muncul pada kasus *Post Appendectomy* yaitu;

a. Nyeri akut (**D.0077**)

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Adapun penyebabnya yaitu:

- 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 kriteria:

1) Mayor:

- a) Subjektif: Mengeluh nyeri.

b) Objektif: Tampak meringis, bersikap protektif (mis. Waspada posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

2) Minor:

a) Subjektif: -

b) Objektif: Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berfikir terganggu, menarikdiri, berfokus pada diri sendiri, diaphoresis

b. Resiko Hipovolemia (**D.0034**)

Beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan atau intraseluler. Adapun faktor resikonya yaitu:

- 1) Kehilangan cairan secara aktif.
- 2) Gangguan absorsi cairan.
- 3) Usia lanjut.
- 4) Kelebihan berat badan.
- 5) Status hipermetabolik.
- 6) Kegagalan mekanisme regulasi.
- 7) Evaporasi.
- 8) Kekurangan intake dan output cairan.
- 9) Efek agen farmakologis

c. Resiko Infeksi (**D.0142**)

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Adapun faktor resikonya yaitu:

- 1) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus).
  - 2) Efek prosedur infasif.
  - 3) Malnutrisi.
  - 4) Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan.
  - 5) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer :
    - a) Gangguan peristaltic.
    - b) Perubahan sekresi HP.
    - c) Kerusakan integritas kulit.
    - d) Penurunan kerja siliaris.
    - e) Ketuban pecah lama.
    - f) Ketuban pecah sebelum waktunya.
    - g) Merokok.
    - h) Status cairan tubuh.
  - 6) Ketidak adekuatan pertahanan pertahanan tubuh sekunder :
    - a) Penurunan hemoglobin.
    - b) Imunosupresi.
    - c) Leukopenia.
    - d) Supresi respon inflamasi.
    - e) Vaksinasi tidak adekuat.
- d. Gangguan Mobilitas Fisik (**d.0054**)

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Adapun penyebabnya yaitu:

- 1) Kerusakan integritas struktur tulang

- 2) Perubahan metabolisme
- 3) ketidakbugaran fisik
- 4) Penurunan kendali otot
- 5) Penurunan masa otot
- 6) Penurunan kekuatan otot
- 7) Keterlambatan perkembangan
- 8) Kekakuan sendi
- 9) Kontraktur
- 10) Malnutrisi
- 11) Gangguan muskuloskeletal
- 12) Gangguan neuromuskular
- 13) Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- 14) Efek agen farmakologis
- 15) Program pembatasan gerak
- 16) Nyeri
- 17) Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- 18) Kecemasan
- 19) Gangguan kognitif
- 20) Keengganan melakukan pergerakan
- 21) Gangguan sensori persepsi

Gejala dan kriteria:

- 1) Mayor
  - a) Subjektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

b) Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

2) Minor :

a) Subjektif: nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

b) Objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

### 2.3.3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2018).

**Tabel 1. Perencanaan Keperawatan**

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur oprasi). <b>(D.0077)</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri menurun <b>(L.08066)</b> dengan kriteria hasil: 1. Tidak mengeluh nyeri 2. Tidak meringis. 3. Tidak bersikap protektif. 4. Tidak gelisah.	Manajemen nyeri <b>(I.08238)</b>  Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri. 2. Identifikasi respon nyeri non-verbal.

		<p>5. Tidak mengalami kesulitan tidur</p> <p>6. Frekuensi nadi membaik.</p>	<p>3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. (mis. Relaksasi, guided imagery dan distraksi)</li> <li>2. Dukung istirahat tidur yang adekuat dan memberikan posisi yang nyaman</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</li> <li>2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>3. Kolaborasi pemberian analgetik bila perlu</li> </ol>
2.	<p>Resiko hipovolemia hubungan dengan efek agen farmakologis (anastesi)</p> <p><b>(D.0034)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan status cairan membaik <b>(L.0328)</b> dengan kriteria hasil:</p>	<p>Manajemen hipovolemia <b>(I.03116)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia.</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi meningkat.</li> <li>2. Membrane mukosa lembab</li> <li>3. Frekuensi nadi membaik.</li> <li>4. Tekanan darah membaik.</li> <li>5. Turgor kulit membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor intake dan output cairan.</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan asupan cairan oral.</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral.</li> <li>2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak.</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian cairan IV.</li> </ol>
3.	<p>Risiko Infeksi Berhubungan dengan efek prosedur infasive <b>(D.0142)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat infeksi menurun <b>(L.14137)</b></p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat.</li> <li>2. Kebersihan badan meningkat.</li> <li>3. Demam, kemerahan, nyeri, bengkak menurun.</li> </ol>	<p>Pencegahan infeksi <b>(I.14539)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik.</li> <li>2. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>3. Berikan perawatan kulit pada area edema.</li> <li>4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien.</li> </ol>

			<p>5. Pertahankan teknik aseptik pada klien beresiko tinggi.</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</li> </ol>
4.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri ( post operasi)</p> <p><b>(D.0054)</b></p>	<p>Setelah melakukan tindakan keperawatan mobilitas fisik meningkat</p> <p><b>(L.05042)</b> dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kecemasan menurun</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p><b>(I.05173)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi melakukan pergerakan, bila perlu</li> <li>2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien.</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> </ol>

#### **2.3.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons klien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Ahern & Wilkinson, 2012)

#### **2.3.5. Evaluasi Keperawatan**

Menurut (Setiadi, 2012) dalam buku konsep dan penulisan asuhan keperawatan tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

##### **a. Evaluasi Formatif (Proses)**

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan

tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP:

- 1) S (subjektif): Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- 2) O (objektif): Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis): Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan): Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan (Setiadi, 2012), yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.

- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

## **2.4 Konsep Dasar Gangguan Rasa Nyaman : Nyeri Akut**

### **2.4.1 Pengertian Nyeri Akut**

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (PPNI, 2017).

Nyeri akut merupakan pengalaman sensori dan emosional tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan actual atau potensial atau yang digambarkan sebagai kerusakan awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi (Nanda International, 2017). International Association For The Study Of Pain Atau IASP mendefinisikan nyeri akut post operasi apendiktomi sebagai suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan yang actual atau potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan (Zakiyah, 2015).

Dapat disimpulkan bahwa, Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan actual atau fungsional, persepsi seseorang sangat ditentukan oleh pengalaman dan status emosionalnya. Persepsi nyeri bersifat sangat pribadi dan subjektif.

### **2.4.2 Klasifikasi Nyeri**

Klasifikasi nyeri menurut Black & Hawks, (2014):

#### 1. 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 pascaoperasi, yang biasanya menghilang ketika luka sembuh. Nyeri akut biasanya reversibel atau bisa dikontrol dengan pengobatan yang adekuat 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.

#### 2. Nyeri Kronis

Pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan (*International Association for the study of pain*). 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.

#### **2.4.3 Tanda dan gejala**

Menurut (PPNI, 2017) tanda gejala yang mencerminkan nyeri akut dibagi menjadi tanda gejala mayor yaitu tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur dan tanda gejala minor yaitu tekanan darah

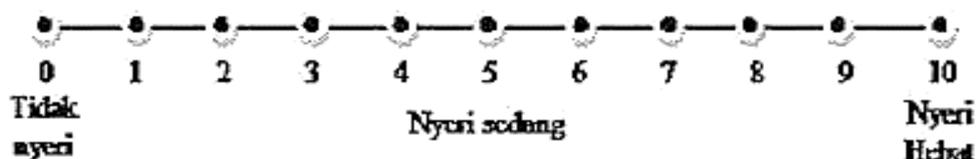
meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis.

#### 2.4.4 Penilaian respon Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin dilakukan adalah melalui respon fisiologi tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Penilaian nyeri akut pada post operasi sama dengan nyeri pada umumnya. Penilaian terhadap intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala yaitu :

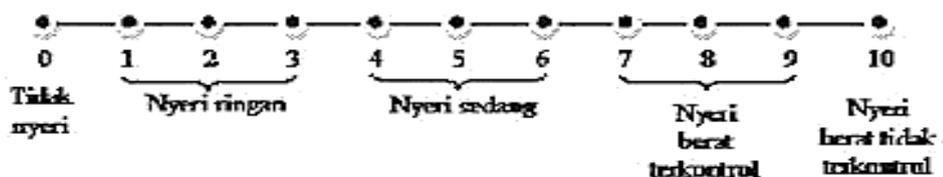
1. Skala Penilaian Numerik

**Gambar 2. Skala Penilaian Numerik**



2. Skala Deskriptif

**Gambar 3. Skala Deskriptif**



**Gambar 2.1. Skala Penilaian Numerik & Deskriptif**

Sumber : (Zakiah, 2015)

Keterangan :

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan ( secara objektif pasien mampu berkomunikasi dengan baik)

4-6 : nyeri sedang secara objektif pasien meringis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dan dapat mengikuti perintah dengan baik

7-9 : nyeri berat secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapinmasih respon terhadap tindakan dapat menunjukan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan posisi alih napas panjang dan distrkasi.

10 : Pasien sudah tidak mampu berkomunikasi

#### **2.4.5 Mekanisme Nyeri**

Suatu rangkaian proses elektrofisiologis terjadi antara kerusakan jaringan sebagai sumber rangsangan nyeri sampai dirasakan sebagai nyeri yang secara kolektif disebut nosiseptif. Terdapat empat proses yang terjadi pada suatu nosiseptif, yaitu sebagai berikut (Zakiyah, 2015) :

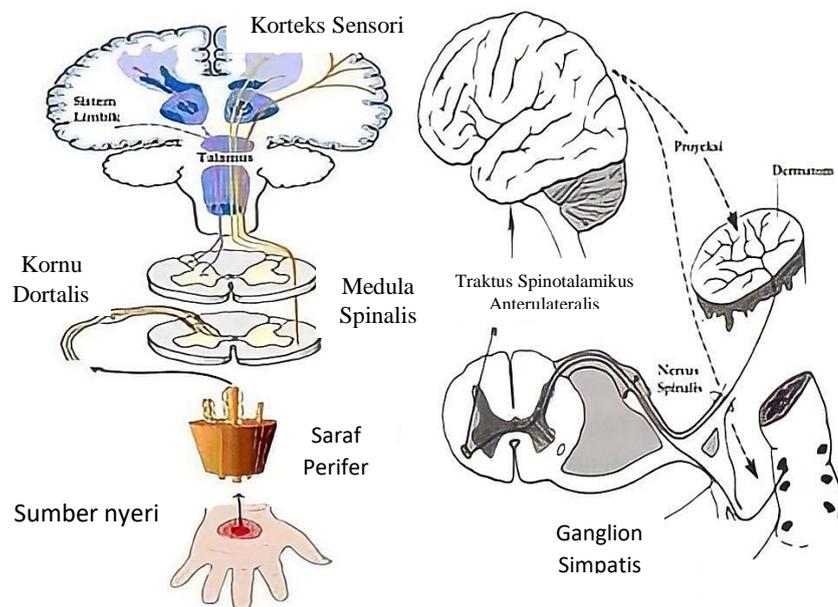
##### **1. Proses Transduksi**

Proses transduksi (transduction) merupakan proses di mana suatu stimuli nyeri (noxious stimuli) diubah menjadi suatu aktivitas listrik

yang akan diterima ujung-ujung saraf (nerve ending). Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia (substansi nyeri).

## 2. Proses Transmisi

Transmisi (transmission) merupakan fase di mana stimulus dipindahkan dari saraf perifer melalui medula spinalis (spinal cord) menuju otak.



Gambar 2.2. Proses Transmisi Nyeri

Sumber : Carol & Taylor, 2011 dalam (Zakiyah, 2015)

## 3. Proses Modulasi

Proses modulasi (modulation) adalah proses dari mekanisme nyeri di mana terjadi interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medula spinalis. Jadi, proses ini merupakan proses desenden yang

dikontrol oleh otak. Sistem analgesik endogen ini meliputi enkefalin, endorfin, serotonin, dan noradrenalin; memiliki efek yang dapat menekan impuls nyeri pada kornu posterior medula spinalis. Kornu posterior dapat diibaratkan sebagai pintu yang dapat tertutup atau terbuka yang dipengaruhi oleh sistem analgesik endogen tersebut di atas. Proses modulasi ini juga memengaruhi subjektivitas dan derajat nyeri yang dirasakan seseorang.

#### 4. Persepsi

Hasil dari proses interaksi yang kompleks dan unik yang dimulai dari proses transduksi dan transmisi pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri. Pada saat klien menjadi sadar akan nyeri, maka akan terjadi reaksi yang kompleks. Faktor-faktor psikologis dan kognitif akan bereaksi dengan faktor-faktor neurofisiologis dalam mempersepsikan nyeri.

### **2.4.6 Penatalaksanaan Nyeri**

Penatalaksanaan nyeri atau tindakan keperawatan untuk mengurangi nyeri yaitu terdiri dari penatalaksanaan Farmakologi dan non-farmakologi.

#### a. Penatalaksanaan Farmakologi

Penatalaksanaan farmakologi yang dilakukan untuk mengurangi nyeri dapat menggunakan opiat dan nonopiat. Opiat semacam analgesic yang mencakup derivat opium, seperti pemberian morfin dan kodein. Hal yang perlu diperhatikan saat perawat memberikan opiat kepada pasien adalah memperhatikan efek sampingnya, karena opiate memiliki efek samping

seperti kantuk, mual, muntah, depresi pernafasan dan konstipasi (Mardalena, 2020)

b. Penatalaksanaan non farmakologi

Penatalaksanaan nonfarmakologi menurut (Mardalena, 2020) merupakan metode terapi untuk meningkatkan kemampuan pasien mengurangi rasa nyeri yang dirasakan. Cara non farmakologi dapat dilakukan perawat tanpa menggunakan obat-obatan, seperti : terapi relaksasi dan distraksi. Terapi relaksasi merupakan suatu teknik yang berkaitan dengan tingkah laku manusia dan efektif dalam mengatasi nyeri akut terutama rasa nyeri akibat prosedur diagnostik dan pembedahan. Biasanya membutuhkan waktu 5-10 menit pelatihan sebelum pasien dapat meminimalkan nyeri secara efektif. Periode relaksasi yang teratur dapat membantu untuk melawan kelelahan dan ketegangan otot yang terjadi dengan nyeri dan yang meningkatkan nyeri. Manajemen nyeri non farmakologi yang digunakan yaitu teknik relaksasi nafas dalam, relaksasi guided imagery dan distraksi music. (Utami, 2016)

1) Relaksasi

a) Pengertian relaksasi nafas dalam

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

b) Tujuan dan manfaat

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 nyeri dan 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) Mekanisme relaksasi terhadap nyeri

Teknik relaksasi nafas dalam dipercaya dapat menurunkan intensitas nyeri melalui mekanisme yaitu 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 teknik relaksasi nafas dalam juga mampu merangsang tubuh untuk melepaskan opioid endogen yaitu endorphen dan enkefalin.

d) Prosedur relaksasi nafas dalam

- Atur posisi yang nyaman dan lingkungan yang tenang
- Usahakan rileks dan tenang.

- Menarik nafas dalam melalui hidung dengan hitungan 1,2,3 kemudian tahan sekitar 5-10 detik.
- Hembuskan nafas melalui mulut secara perlahan-lahan sambil membiarkan tubuh menjadi kendor dan merasakan betapa nyaman hal tersebut.

## 2) Relaksasi Guided Imagery

Guided imagery adalah teknik relaksasi untuk mengatasi stres dan kecemasan, manfaat lain yang dapat diadaptasikan seperti mengurangi rasa nyeri, mengurangi gejala depresi, dan meningkatkan kualitas tidur.

Guided imagery merupakan salah satu teknik relaksasi atau pengobatan, yang teknik melakukannya yaitu anda harus berkonsentrasi pada objek, suara, maupun pengalaman tertentu untuk menenangkan pikiran. Melalui teknik relaksasi ini, Anda akan diajak untuk mengurangi gejala stres serta kecemasan dengan memikirkan atau membayangkan tempat atau situasi yang paling Anda sukai. Pada saat anda memikirkan situasi yang membuat stres, tubuh dan pikiran akan menjadi tegang, anda mungkin juga akan mengalami peningkatan detak jantung yang berdebar, merasa gelisah, hingga sulit untuk melakukan konsentrasi.

### a) Mekanisme Guided Imagery terhadap nyeri

Menurut Tamsuri A (2006) Guided Imagery akan memberikan efek rileks dengan cara berhayal dan membayangkan sesuatu yang menyenangkan serta menurunkan ketegangan otot sehingga

nyeri akan berkurang. Stimulus yang menyenangkan yang dapat membuat pasien dalam keadaan rileks secara alamiah akan memicu pengeluaran hormon endorfin. Hormon ini merupakan analgesik alami dari tubuh yang dapat menghambat transmisi implus nyeri ke otak sehingga terjadi penurunan intensitas nyeri.

b) Langkah-langkah Guided Imagery

- Cuci tangan (Lihat SOP Cuci Tangan)
- Dekatkan alat-alat disamping tempat tidur pasien Atur posisi yang nyaman menurut pasien (Jika berbaring, letakkan bantal di bawah lutut, kaki bagian bawah & kepala, jika duduk, letakkan kedua telapak kaki di lantai, tangan di atas lutut, punggung lurus, dan kepala lurus dengan nyaman.
- Instruksikan pasien hal-hal berikut ini dengan suara yang lembut (Tutup mata anda pelan-pelan, arahkan perhatian kepada seluruh tubuh saudara, bernafaslah dengan lembut dan dalam, dengarkan dengan cermat perintah instruktur yang akan disampaikan selama pelatihan ini)
- Membacakan teks perjalanan imagery dengan tenang dan lembut dengan intonasi suara yang jelas atau dapat diputarkan kaset/vcd/dvd yang berisi rekaman perjalanan imagery selama 10-15 menit.
- Minta pasien untuk membuka mata perlahan, lalu lihatlah lingkungan sekitar saudara, gerakan tubuh secara perlahan

- Evaluasi pasien apakah ia merasa lebih rileks dibandingkan sebelumnya.
- Alat dirapihkan
- Akhiri interaksi dengan salam
- Cuci tangan
- Dokumentasikan hasil tindakan

### 3) Distraksi Musik

Distraksi adalah mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain sehingga dapat menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri, bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Stimulus yang menyenangkan dari luar juga dapat merangsang sekresi endorfin, sehingga stimulus nyeri yang dirasakan oleh pasien menjadi berkurang. Peredaan nyeri secara umum berhubungan langsung dengan partisipasi aktif individu, banyaknya modalitas sensoris yang digunakan dan minat individu dalam stimulus, oleh karena itu stimulus otak akan lebih efektif dalam menurunkan nyeri (Ibrahim dkk., 2020). Salah satu tindakan non farmakologis adalah dengan pemberian terapi musik yang dapat menurunkan nyeri fisiologis, dengan mengalihkan perhatian seseorang dari nyeri. Musik yang sejak awal sesuai dengan suasana hati individu, merupakan pilihan yang paling baik. Terapi musik klasik dapat merangsang tubuh mengeluarkan opioid endogen yaitu endorfin dan enkefalin yang memiliki sifat seperti morfin yaitu untuk mengurangi nyeri. Salah satu

musik klasik yang banyak digunakan dalam penelitian adalah musik klasik karya Mozart (Mayenti & Sari, 2020)

#### **2.4.7 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri**

Zakiyah (2015) menyatakan factor-faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri yaitu

a. Faktor usia

Usia mempengaruhi persepsi dan ekspresi seseorang terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan pada orang dewasa dan anak sangat mempengaruhi bagaimana reaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam menginterpretasikan nyeri, berbeda dengan kemampuan lansia untuk menginterpretasikan nyeri yang dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit disertai gejala samar-samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang memengaruhi nyeri. Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespons terhadap nyeri, akan tetapi beberapa kebudayaan memengaruhi pria dan wanita dalam mengekspresikan nyeri. Misalnya seorang pria tidak boleh menangis dan harus berani sehingga tidak boleh menangis sedangkan wanita boleh menangis dalam situasi yang sama.

c. Kebudayaan

Pengaruh kebudayaan dapat menimbulkan anggapan pada orang bahwa memperlihatkan tanda-tanda kesakitan berarti memperlihatkan kelemahan pribadinya, dalam hal seperti itu maka sifat tenang dan pengendalian diri

merupakan sifat yang terpuji. Pada beberapa kebudayaan lain justru sebaliknya, memperlihatkan nyeri merupakan suatu hal yang alamiah. Nyeri juga dikaitkan dengan hukuman sepanjang sejarah kehidupan, bagi klien yang secara sadar atau tidak sadar memandang nyeri sebagai suatu hukuman, maka penyakit merupakan cara untuk menebus kesalahan atau dosa-dosa yang sudah diperbuat.

d. Perhatian

Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan peningkatan nyeri, sedangkan upaya untuk mengalihkan perhatian dihubungkan dengan penurunan sensasi nyeri. Pengalihan perhatian dilakukan dengan cara memfokuskan perhatian dan konsentrasi klien pada stimulus yang lain sehingga sensasi yang dialami klien dapat menurun.

e. Makna nyeri

Makna seorang yang dikaitkan dengan nyeri dapat memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Tiap klien akan memberikan respons yang berbeda-beda apabila nyeri tersebut memberi kesan suatu ancaman, kehilangan, hukuman, atau suatu tantangan.

f. Ansietas

Hubungan antara ansietas dengan nyeri merupakan suatu hal yang kompleks. Ansietas dapat meningkatkan persepsi nyeri dan sebaliknya, nyeri juga dapat menyebabkan timbulnya ansietas bagi klien yang mengalami nyeri. Adanya bukti bahwa sistem limbik yang diyakini dapat mengendalikan emosi seseorang khususnya ansietas juga dapat memproses reaksi emosi terhadap

nyeri yaitu dapat memperburuk atau menghilangkan nyeri. Nyeri yang tidak kunjung sembuh dapat mengakibatkan psikosis dan gangguan kepribadian.

g. Mekanisme Koping

Gaya koping dapat memengaruhi klien dalam mengatasi nyeri. Klien yang mempunyai lokus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai klien yang dapat mengendalikan lingkungan mereka serta hasil akhir suatu peristiwa seperti nyeri, klien tersebut juga melaporkan bahwa dirinya mengalami nyeri yang tidak terlalu berat. Sebaliknya klien yang mempunyai lokus kendali eksternal, mempersepsikan faktor-faktor lain di dalam lingkungan seperti perawat sebagai klien yang bertanggung jawab terhadap hasil akhir mereka.

h. Kelelahan

Rasa kelelahan menyebabkan peningkatan sensasi nyeri dan dapat menurunkan kemampuan koping untuk mengatasi nyeri, apabila kelelahan disertai dengan masalah tidur maka sensasi nyeri terasa bertambah berat.

i. Pengalaman sebelumnya

Seorang klien yang tidak pernah merasakan nyeri, maka persepsi pertama dapat mengganggu mekanisme koping terhadap nyeri, akan tetapi pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa klien tersebut akan dengan mudah menerima nyeri pada masa yang akan datang, apabila klien sejak lama mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas atau rasa takut akan muncul. Sebaliknya, apabila seorang klien mengalami nyeri dengan jenis yang sama

dan berhasil menghilangkannya, maka akan lebih mudah bagi klien tersebut untuk menginterpretasikan sensasi nyeri dan klien tersebut akan lebih siap untuk melakukan tindakan untuk mengatasi nyeri.

j. Dukungan keluarga dan Sosial

Kehadiran orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat memengaruhi respons terhadap nyeri. Klien yang mengalami nyeri sering kali bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk mendapatkan dukungan, bantuan, atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap dirasakan tetapi kehadiran orang terdekat dapat meminimalkan rasa kesepian dan ketakutan. Bagi anak-anak, kehadiran orang tua ketika mereka mengalami nyeri sangat penting.