

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Medis Post Appendiktomi**

##### 1. Definisi

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

Appendiktomy adalah suatu tindakan pembedahan dengan membuang apendik vermiformis (bedah umum, 2018). Sedangkan menurut (Astuti & Karya Bhakti Nusantara Magelang, 2020) Appendiktomy adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks untuk menurunkan resiko perforasi.

##### 2. Tanda dan Gejala

Gejala awal yang khas merupakan gejala klasik apendiksitis adalah nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilicus atau periumbilikus. Keluhan ini biasanya disertai dengan rasa mual, bahkan terkadang muntah dan pada umumnya nafsu makan menurun. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri akan beralih ke kuadran kanan bawah, ke titik Mc Burney. Di titik ini nyeri terasa lebih tajam dan jelas letaknya, sehingga merupakan nyeri *somatic* setempat. Namun terkadang, tidak dirasakan adanya nyeri di daerah epigastrium, tetapi terdapat konstipasi sehingga penderita merasa memerlukan obat pencahar. Tindakan ini dianggap berbahaya karena bisa mempermudah terjadinya perforasi. Terkadang apendiksitis juga disertai dengan demam derajat rendah sekitar 37,5 –

38,5 derajat celcius. Apendiksitis dapat diyakinkan dengan menggunakan skor Alvarado :

Tabel 1  
The Modified Alvarado Score pada Apendiksitis

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

Interpretasi dari Modified Alvarado Score :

1-4 : Sangat mungkin bukan apendikitis akut

5-7 : Sangat mungkin apendiksitis akut

8-10 : Pasti apendikitis akut

Sumber : Shwartz's Principles of Surgery

### 3. Pemeriksaan Penunjang

#### a. Pemeriksaan fisik

1) Inspeksi : akan tampak adanya pembekakan (swelling) rongga perut dimana dinding perut tampak mengembang (distensi).

2) Palpasi : didaerah perut kanan bawah bila ditekan akan terasa nyeri dan bila tekanan dilepas juga akan terasa nyeri (Blumberg sign) yang mana merupakan kunci dari diagnosis apendiksitis akut.

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

b. Pemeriksaan laboratorium

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

c. Pemeriksaan radiologi

- 1) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu).
- 2) Ultrasonografi (USG)

Pada pemeriksaan USG ditemukan bagian memanjang pada tempat yang terjadi inflamasi pada apendik, sedangkan pada pemeriksaan CT-scan ditemukan bagian yang menyilang dengan fekalith dan perluasan dari apendik yang mengalami inflamasi serta adanya pelebaran sekum. Tingkat akurasi USG 90-94% dengan angka sensitivitas dan spesifisitas yaitu 85% dan 92%.

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

CT-Scan mempunyai tingkat akurasi 94-100% dengan sensitivitas dan

spesifisitas yang tinggi yaitu 90-100% dan 96-97%.

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

#### 4. Penatalaksanaan post appendiktomi

Post Operasi adalah masa setelah dilakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan dan berakhir sampai evaluasi selanjutnya. Tahap pasca-operasi dimulai dari memindahkan pasien dari ruangan bedah ke unit pascaoperasi dan berakhir saat pasien pulang (Uliyah & Hidayat, 2008). Keperawatan post operatif adalah periode akhir dari keperawatan perioperatif. Selama periode ini proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kondisi pasien pada keadaan equilibrium fisiologis pasien, menghilangkan nyeri dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman dan nyaman (Potter & Perry, 2007). Tahapan keperawatan pasca operasi Maid et al, (2011) membagi perawatan pasca-operasi meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah:

##### a. Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan

Pemindahan pasien dari kamar operasi ke ruang pemulihan atau unit perawatan pasca-operasi (RR: Recovery Room) memerlukan pertimbangan-pertimbangan khusus. Pertimbangan itu diantaranya adalah letak insisi bedah, perubahan vaskuler dan pemajanan. Letak insisi bedah harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pasca operatif dipindahkan. Selain itu pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada posisi yang menyumbat drain dan selang drainase. Hipotensi arteri yang serius dapat terjadi ketika pasien digerakkan dari satu posisi ke posisi lainnya. Posisi litotomi ke posisi horizontal atau dari

posisi lateral ke posisi terlentang. Pemindahan pasien yang telah dianastesi ke brankard dapat menimbulkan masalah gangguan vaskuler. Pasien harus dipindahkan secara perlahan dan cermat. Segera setelah pasien dipindahkan ke barankard atau tempat tidur, gaun pasien yang basah (karena darah atau cairan lainnya) harus segera diganti dengan gaun yang kering untuk menghindari kontaminasi. Selama perjalanan transportasi tersebut pasien diselimuti dan diberikan pengikatan di atas lutut dan siku serta side-rail harus dipasang untuk mencegah terjadi resiko injuri, untuk mempertahankan keamanan dan kenyamanan pasien. Selang dan peralatan drainase harus ditangani dengan cermat agar dapat berfungsi dengan optimal. Proses transportasi ini merupakan tanggung jawab perawat sirkuler dan perawat anastesia dengan koordinasi dari dokter anastesi yang bertanggung jawab.

Menurut Brunner dan Suddarth bahwa dalam serah terima pasien pasca operatif meliputi diagnosis medis dan jenis pembedahan, usia, kondisi umum, tanda-tanda vital, jalan napas, obat-obat yang digunakan, masalah yang terjadi selama pembedahan, cairan yang diberikan, jumlah perdarahan, informasi tentang dokter bedah dan anesthesia.

Hal-hal yang perlu disampaikan pada saat serah terima adalah:

- 1) Masalah-masalah tatalaksana anastesia, penyulit selama anetesia/pembedahan, pengobatan dan reaksi alergi yang mungkin terjadi.
- 2) Tindakan pembedahan yang dikerjakan, penyulit-penyulit saat pembedahan, termasuk jumlah perdarahan.
- 3) Jenis anastesia yang diberikan dan masalah-masalah yang terjadi, termasuk cairan elektrolit yang diberikan selama operasi, diuresis serta gambaran sirkulasi

dan respirasi.

- 4) Posisi pasien di tempat tidur.
- 5) Hal-hal lain yang perlu mendapatkan pengawasan khusus sesuai dengan permasalahan yang terjadi selama anestesi/operasi.
- 6) Dan apakah pasien perlu mendapatkan penanganan khusus di ruangan terapiintensif (sesuai dengan instruksi dokter).

Tujuan perawatan pasca anestesia yaitu untuk memulihkan kesehatan fisiologi dan psikologi antara lain:

- 1) Mempertahankan jalan napas, dengan mengatur posisi, memasang suction dan pemasangan mayo/gudel.
- 2) Mempertahankan ventilasi/oksigenasi, dengan pemberian bantuan napas melalui ventilator mekanik atau nasal kanul.
- 3) Mempertahankan sirkulasi darah, dapat dilakukan dengan pemberian cairanplasma ekspander.
- 4) Observasi keadaan umum, observasi vomitus dan drainase

Keadaan umum dari pasien harus diobservasi untuk mengetahui keadaan pasien, seperti kesadaran. *Vomitus* atau muntahan mungkin saja terjadi akibat pengaruh anestesia sehingga perlu dipantau kondisi vomitusnya. Selain itu drainase sangat penting untuk dilakukan observasi terkait dengan kondisi perdarahan yang dialami pasien.

- 5) Balance cairan

Harus diperhatikan untuk mengetahui *input* dan *output* cairan. Cairan harus balance untuk mencegah komplikasi lanjutan, seperti dehidrasi akibat perdarahan atau justru kelebihan cairan yang mengakibatkan menjadi beban bagi

jantung dan juga mungkin terkait dengan fungsi eliminasi pasien.

6) Mempertahankan kenyamanan dan mencegah resiko injuri

Pasien post anestesi biasanya akan mengalami kecemasan, disorientasi dan beresiko besar untuk jatuh. Tempatkan pasien pada tempat tidur yang nyaman dan pasang side railnya. Nyeri biasanya sangat dirasakan pasien, diperlukan intervensi keperawatan yang tepat, juga kolaborasi dengan medis terkait tentang agent pemblok nyerinya

b. Perawatan pasca-operasi di ruang pemulihan.

Pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar (recovery room: RR) sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi operasi dan memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan (bangsal perawatan). Perbandingan perawat-pasien saat pasien dimasukkan ke RR adalah 1:1 (Baradero et al, 2008). Alat monitoring yang terdapat di ruang ini digunakan untuk memberikan penilaian terhadap kondisi pasien. Jenis peralatan yang ada diantaranya adalah alat bantu pernafasan: oksigen, laringoskop, set trakheostomi, peralatan bronkhial, kateter nasal, ventilator mekanik dan peralatan suction. Selain itu, di ruang ini juga harus terdapat alat yang digunakan untuk memantau status hemodinamika dan alat-alat untuk mengatasi permasalahan hemodinamika, seperti: apparatus tekanan darah, peralatan parenteral, plasma ekspander, set intravena, set pembuka jahitan, defibrilator, kateter vena, tourniquet. Bahan-bahan balutan bedah, narkotika dan medikasi kegawat-daruratan, set kateterisasi dan peralatan drainase.

Pasien pasca- operasi juga harus ditempatkan pada tempat tidur khusus yang nyaman dan aman serta memudahkan akses bagi pasien, seperti: pemindahan darurat. Kelengkapan yang digunakan untuk mempermudah perawatan, seperti

tiang infus, side rail, tempat tidur beroda, dan rak penyimpanan catatan medis dan perawatan. Kriteria penilaian yang digunakan untuk menentukan kesiapan pasien untuk dikeluarkan dari RR adalah: fungsi pulmonal yang tidak terganggu, hasil oksimetri nadi menunjukkan saturasi oksigen yang adekuat, tanda-tanda vital stabil, termasuk tekanan darah, orientasi pasien terhadap tempat, waktu dan orang, haluaran urine tidak kurang dari 30 ml/jam, mual dan muntah dalam kontrol, nyeri minimal (Majid Etal, 2011). Pasien tetap berada dalam RR sampai pulih sepenuhnya dari pengaruh anestesi, yaitu pasien telah mempunyai tekanan darah yang stabil, fungsi pernapasan adekuat, saturasi O<sub>2</sub> minimum 95%, dan tingkat kesadaran yang baik. Beberapa petunjuk tentang keadaan yang memungkinkan terjadinya situasi krisis antara lain: TD: tekanan sistolik < 90–100 mmHg atau > 150 - 160 mmHg, diastolik < 50 mmHg atau > dari 90 mmHg; heart rate (HR) : < 60 x /menit atau > 10 x/menit; suhu: suhu > 38,3oC atau kurang < 35oC; meningkatnya kegelisahan pasien dan pasien tidak BAK lebih dari 8 jam pascaoperasi (Gruendemann & Billie, 2008). Transportasi pasien bertujuan untuk mentransfer pasien menuju ruang rawat dengan mempertahankan kondisi tetap stabil.

Modified Aldrete Score adalah suatu sistim yang dibuat oleh Jorge Antonio Aldrete tahun 1967 skala ini digunakan untuk mengukur kriteria penderita untuk dapat dipindahkan dari ruang pulih sadar, apabila nilai total lebih dari 9. Nilai tersebut menunjukkan keadaan penderita sudah sadar baik dan dalam kondisi stabil



(Mujiburrahman, 2017).

Secara terperinci Modified Aldrete Score beserta nilai adalah sebagai berikut:

Kesadaran :

2 = sadar baik

1 = sadar dengan cara dipanggil

0 = tidak ada respon saat dipanggil

Pernapasan:

2 = mampu untuk nafas dalam batuk

1 = dyspneu, nafas dangkal dan kemampuan terbatas

0 = apneu

Sirkulasi:

2 = tekanan darah  $\pm$  20 mmHg dari keadaan pre anestesi

1 = tekanan darah  $\pm$  20-50 mmHg dari keadaan pre anestesi

0 = tekanan darah  $\pm$  50 mmHg dari keadaan pre anestesi

Saturasi oksigen

2 = mampu mempertahankan saturasi O<sub>2</sub> > 92% dengan udarabebas

1 = memerlukan oksigen inhalsi untuk mempertahankan saturasi O<sub>2</sub> > 90%

0 = dengan oksigen inhalasi saturasi O<sub>2</sub> < 90%

Aktifitas

2 = mampu menggerakkan ke-4 ekstremitas dengan sendirinyadan diperintah

1 = mampu menggerakkan ke-2 ekstremitas dengan sendirinyaatau diperintah

0 = tidak mampu menggerakkan ekstremitas

Tujuan penggunaan kriteria ini adalah untuk melakukan observasi penderita setelah operasi dan mempermudah proses memindahkan penderita dari ruang pulih sadar

Masalah gelisah dan berontak, seringkali mengganggu suasana ruang pulih bahkan bisa membahayakan dirinya sendiri. Penyebab gaduh gelisah pasca bedah

adalah :

- 1) Pemakaian ketamin sebagai obat anestesia
- 2) Nyeri yang hebat
- 3) Hipoksia
- 4) Buli-buli yang penuh
- 5) Stres yang berlebihan prabedah
- 6) Pasien anak-anak, seringkali mengalami hal ini

Komplikasi pasien post anestesia seperti tanda lambat bangun yaitu yang terjadi bila ketidaksadaran selama 60 – 90 menit setelah anestesi umum. Hal ini bisa diakibatkan :

- 1) Sisa obat anestesi
- 2) Sedatif
- 3) Obat analgetik
- 4) Penderita dengan kegagalan organ, misalnya:
  - Disfusi hati, ginjal
  - Hipoproteinemia
  - Umur
  - Hipotermia

## **B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan Nyeri Akut Pada Pasien Post Apendiktomi**

### **1. Pengertian**

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan sangat bersifat individual. Stimulus nyeri dapat berupa stimulus yang bersifat fisik dan

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

## 2. Tanda Mayor dan Minor

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

### a. Tanda dan gejala mayor :

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

### b. Tanda dan gejala minor :

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

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

## 3. Faktor Penyebab

- a. Agen pencedera fisiologis ( misal, inflamasi, iskemia, neoplasma ).

- b. Agen pencedera kimiawi ( misal, terbakar, bahan kimia iritan ).
  - c. Agen pencedera fisik ( misal, abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkatberat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan ).
4. Penatalaksanaan Nyeri Akut Dengan Intervensi Relaksasi Autogenik
- a. Pengertian Relaksasi Autogenik

Relaksasi merupakan suatu keadaan dimana seseorang merasakan bebas mental dan fisik dari ketegangan dan stres. Teknik relaksasi bertujuan agar individu dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa ketegangan dan stres yang membuat individu merasa dalam kondisi yang tidak nyaman (Potter & Perry, 2016). Autogenik memiliki makna pengaturan sendiri. Autogenik merupakan salah satu contoh dari teknik relaksasi yang berdasarkan konsentrasi pasif dengan menggunakan persepsi tubuh (misalnya, tangan merasa hangat dan berat) yang difasilitasi oleh sugesti diri sendiri (Nurhayati et al., 2015).

Relaksasi autogenik merupakan relaksasi yang bersumber dari diri sendiri berupa kata-kata atau kalimat pendek ataupun pikiran yang bisa membuat pikiran tenang. Relaksasi autogenik ini dibuktikan mempunyai keunikan tersendiri dibandingkan dengan relaksasi lainnya, yaitu dapat memberikan efek pada tekanan darah dan frekuensi nadi segera setelah perlakuan (Setyawati, 2015).

Relaksasi autogenik merupakan relaksasi yang bersumber dari diri sendiri dengan menggunakan kata-kata atau kalimat pendek yang bisa membuat pikiran menjadi tenang. Nurhayati et al. (2015) menambahkan bahwa relaksasi autogenik membantu individu untuk dapat mengendalikan beberapa fungsi tubuh seperti tekanan darah, frekuensi jantung dan aliran darah.

#### b. Manfaat Relaksasi Autogenik

Menurut Nurhayati et al. (2015) seseorang dikatakan sedang dalam keadaan baik atau tidak, bisa ditentukan oleh perubahan kondisi yang semula tegang menjadi rileks. Kondisi psikologis individu akan tampak pada saat individu mengalami tekanan baik bersifat fisik maupun mental. Potter & Perry (2016) mengatakan bahwa setiap individu memiliki respon yang berbeda terhadap tekanan, tekanan dapat berimbas buruk pada respon fisik, psikologis serta kehidupan sosial seorang individu.

Teknik relaksasi dikatakan efektif apabila setiap individu dapat merasakan perubahan pada respon fisiologis tubuh seperti penurunan tekanan darah, penurunan ketegangan otot, denyut nadi menurun, perubahan kadar lemak dalam tubuh, serta penurunan proses inflamasi. Teknik relaksasi memiliki manfaat bagi pikiran kita, salah satunya untuk meningkatkan gelombang alfa ( $\alpha$ ) di otak sehingga tercapailah keadaan rileks, peningkatan konsentrasi serta peningkatan rasa bugar dalam tubuh (Potter & Perry, 2016).

Teknik relaksasi autogenik membantu individu dalam mengalihkan secara sadar perintah dari diri individu untuk melawan efek akibat stress yang berbahaya bagi tubuh. Dengan mempelajari cara mengalihkan pikiran berdasarkan anjuran, maka individu dapat menyingkirkan respon stress yang mengganggu pikiran (Nurhayati et al., 2015).

#### c. Pengaruh Teknik Relaksasi Autogenik Bagi Tubuh

Dalam relaksasi autogenik, hal yang menjadi anjuran pokok adalah penyerahan pada diri sendiri sehingga memungkinkan berbagai daerah di dalam tubuh (lengan, tangan, tungkai dan kaki) menjadi hangat dan berat. Sensasi hangat

dan berat ini disebabkan oleh peralihan aliran darah (dari pusat tubuh ke daerah tubuh yang diinginkan), yang bertindak seperti pesan internal, menyejukkan dan merelaksasikan otot-otot di sekitarnya (Nurhayati et al., 2015).

Relaksasi autogenik akan membantu tubuh untuk membawa perintah melalui autosugesti untuk rileks sehingga dapat mengendalikan pernafasan, tekanan darah, denyut jantung serta suhu tubuh. Imajinasi visual dan mantra-mantra verbal yang membuat tubuh merasa hangat, berat dan santai merupakan standar latihan relaksasi autogenik (Nurhayati et al., 2015). Sensasi tenang, ringan dan hangat yang menyebar ke seluruh tubuh merupakan efek yang bisa dirasakan dari relaksasi autogenik. Tubuh merasakan kehangatan, merupakan akibat dari arteri perifer yang mengalami vasodilatasi, sedangkan ketegangan otot tubuh yang menurun mengakibatkan munculnya sensasi ringan. Perubahan-perubahan yang terjadi selama maupun setelah relaksasi mempengaruhi kerja saraf otonom.

Respon emosi dan efek menenangkan yang ditimbulkan oleh relaksasi ini mengubah fisiologi dominan simpatis menjadi dominan sistem parasimpatis (Nurhayati et al., 2015).

#### d. Tahapan Kerja Teknik Relaksasi Autogenik

Menurut Dewi & Widari (2017), relaksasi ini mudah dilakukan dan tidak berisiko. Prinsipnya klien harus mampu berkonsentrasi sambil membaca mantra/doa/zikir dalam hati seiring dengan ekspirasi udara paru. Langkah-langkah latihan relaksasi autogenik :

Persiapan sebelum memulai latihan

- 1) Tubuh berbaring, kepala disanggah dengan bantal, dan mata terpejam.
- 2) Atur napas hingga napas menjadi lebih teratur.

- 3) Tarik napas sekuat-kuatnya lalu buang secara perlahan-lahan sambil katakan dalam hati 'saya damai dan tenang'.

Langkah 1 : merasakan berat

- 1) Fokuskan perhatian pada lengan dan bayangkan kedua lengan terasa berat.

Selanjutnya, secara perlahan-lahan bayangkan kedua lengan terasa kendur, ringan hingga terasa sangat ringan sekali sambil katakan 'saya merasa damai dan tenang sepenuhnya'.

- 2) Lakukan hal yang sama pada bahu, punggung, leher, dan kaki.

Langkah 2 : merasakan kehangatan

- 1) Bayangkan darah mengalir ke seluruh tubuh dan rasakan hawa hangatnya aliran darah, seperti merasakan minuman yang hangat, sambil mengatakan dalam diri 'saya merasa senang dan hangat'.

- 2) Ulangi enam kali.

- 3) Katakan dalam hati 'saya merasa damai, tenang'.

Langkah 3 : merasakan denyut jantung

- 1) Tempelkan tangan kanan pada dada kiri dan tangan kiri pada perut.

- 2) Bayangkan dan rasakan jantung berdenyut dengan teratur dan tenang.

Sambil katakan 'jantungnya berdenyut dengan teratur dan tenang'.

- 3) Ulangi enam kali.

- 4) Katakan dalam hati 'saya merasa damai dan tenang'.

Langkah 4 : latihan pernapasan

- 1) Posisi kedua tangan tidak berubah.

- 2) Katakan dalam diri 'napasku longgar dan tenang'.

- 3) Ulangi enam kali.

- 4) Katakan dalam hati ‘saya merasa damai dan tenang’.

Langkah 5 : latihan abdomen

- 1) Posisi kedua tangan tidak berubah. Rasakan pembuluh darah dalam perut mengalir dengan teratur dan terasa hangat.
- 2) Katakan dalam diri “darah yang mengalir dalam perutku terasa hangat”.
- 3) Ulangi enam kali.
- 4) Katakan dalam hati ‘saya merasa damai dan tenang’.

Langkah 6 : latihan kepala

- 1) Kedua tangan kembali pada posisi awal.
- 2) Katakan dalam hati “Kepala saya terasa benar-benar dingin”.
- 3) Ulangi enam kali.
- 4) Katakan dalam hati ‘saya merasa damai dan tenang’.

Langkah 7 : akhir latihan

Mengakhiri latihan relaksasi autogenik dengan melekatkan (mengepalkan) lengan bersamaan dengan napas dalam, lalu buang napas pelan-pelan sambil membuka mata.

### **C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Post Appendiktomi**

#### **1. Pengkajian Keperawatan Post Appendiktomi**

Pengkajian pasca operasi dilakukan sejak pasien mulai dipindahkan dari kamar operasi ke ruang pemulihan (Muttaqin, 2020)

- a. Status respirasi, meliputi : kebersihan jalan nafas, kedalaman pernafasaan, kecepatan dan sifat pernafasan dan bunyi nafas.
- b. Status sirkulasi, meliputi : nadi, tekanan darah, suhu dan warna kulit.
- c. Status neurologis, meliputi tingkat kesadaran.



- d. Balutan, meliputi : keadaan drain dan terdapat pipa yang harus disambung dengan sistem drainage.
- e. Kenyamanan, meliputi : terdapat nyeri, mual dan muntah
- f. Keselamatan, meliputi : diperlukan penghalang samping tempat tidur, kabel panggil yang mudah dijangkau dan alat pemantau dipasang dan dapat berfungsi.
- g. Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan.
- h. Sistem drainage : bentuk kelancaran pipa, hubungan dengan alat penampung, sifat dan jumlah drainage.
- i. Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat atau memperingan.

Menurut Rothrock (1990) dalam Eriawan (2013) menyebutkan pasien pada ruang pemulihan dilakukan pengkajian pasca-operasi meliputi enam hal yang diperhatikan atau lebih dikenal dengan monitoring B6, yaitu masalah breathing (napas), blood (darah), brain (otak), bladder (kandung kemih), bowel (usus), dan bone (tulang).

Menurut Heriana (2014), perawat di Recovery Room harus memeriksa atau mengkaji hal-hal berikut:

- a. Diagnosis medis dan jenis pembedahan yang dilakukan
- b. Usia dan kondisi umum pasien, keefektifan jalan napas berserta tanda vital terutama tekanan darah dan suhu tubuh
- c. Anestetik dan medikasi lain yang digunakan
- d. Segala masalah yang terjadi dalam ruangan operasi yang mungkin memengaruhi perawatan pasca operatif (seperti hemoragik, syok, henti jantung)

- e. Patologi yang dihadapi (keluarga sudah mendapat informasi tentang kondisi pasien)
- f. Cairan yang diberikan, kehilangan darah dan penggantian
- g. Segala selang, drain, kateter atau alat bantu pendukung lainnya
- h. Informasi spesifik tentang siapa ahli bedah atau ahli anestesi yang berperan.
- i. Kebutuhan rasa nyaman( nyeri )

Secara garis besar, nyeri terjadi akibat dari sensitasi pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitasi sentral. Mekanisme timbulnya nyeri didasari oleh proses multipel yaitu nosisepsi, sensitisasi perifer, Perubahan fenotip, sensitisasi sentral, eksitabilitas ektopik, reorganisasi struktural, dan penurunan inhibisi. Nyeri pada post operasi diakibatkan dari robeknya lapisan kulit dan jaringan di bawahnya akibat pembedahan. *Nosisepsi* adalah mekanisme yang menimbulkan nyeri nosiseptif dan terdiri dari proses transduksi, konduksi, transmisi, modulasi, dan persepsi. Nyeri terjadi akibat dari sensitasi pada perifer yang akan dilanjutkan pada sensitasi sentral. Nyeri pada post operasi abdominal sensitasi perifer berasal dari robeknya lapisan kulit dan jaringan di bawahnya akibat pembedahan (Vascopoulos & Lema, 2010).

Nosiseptor adalah saraf-saraf yang menghantarkan stimulus nyeri ke otak (Potter & Perry, 2010). Transduksi terjadi ketika stimulus berupa suhu, kimia atau mekanik diubah menjadi energi listrik. Transduksi dimulaidari perifer, ketika stimulus mengirimkan impuls yang melewati serabut saraf nyeri perifer yang terdapat di panca indra, maka akan menimbulkan potensial aksi. Setelah proses transduksi selesai, kemudian terjadi proses transmisi impuls nyeri. Kerusakan sel mengakibatkan pelepasan *neurotransmitter eksitatori* seperti protaglandin,

bradikinin, kalium, histamin dan substansi P (Kyranou & Puntillo, 2012).

Skala Penilaian Numeric Rating Scale (NRS) adalah pengukuran nyeri yang sering digunakan dan telah divalidasi. Skala numeric dari 0 hingga 10, di bawah ini, nol (0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10), suatu nyeri yang sangat hebat (Brunner & Suddarth, 2002).

Kategori dalam skala nyeri Bourbanis sama dengan kategori VDS, yang memiliki 5 kategori dengan menggunakan skala 0-10. Kriteria nyeri pada skala ini yaitu:

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan, secara objektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik.

4-6 : Nyeri sedang, secara objektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasinya, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat, secara objektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi

10 : Nyeri sangat berat, pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul.

## 2. Diagnosis Keperawatan

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

### 3. Rencana Keperawatan

Rencana Keperawatan disusun berpedoman pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia(SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Tabel 2  
Rencana Keperawatan

No	Standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)</p> <p>Mengeluh nyeri</p> <p>Tampak meringis</p> <p>Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)</p> <p>Gelisah</p> <p>Frekuensi nadi meningkat</p> <p>Sulit tidur</p> <p>Tekanan darah meningkat</p> <p>Pola nafas berubah</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ..... x ..... diharapkan nyeri akut berkurang dengan kreteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri, dan</p> <p>Keluhan nyeri menurun</p> <p>Meringis menurun</p> <p>Gelisah menurun</p> <p>Frekwensi nadi membaik</p> <p>Tekanan darah membaik</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekwensi, kualitas intensitas nyeri</p> <p>Identifikasi skala nyeri</p> <p>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>Monitor efek samping penggunaan analgetik <i>rapeutik</i></p> <p>Berikan teknik non tarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (misal : terapi musik,</p>

	Nafsu makan berubah Menarik diri Berfokus pada diri sendiri Diaforesis	Pola nafas membaik  Nafsu makan membaik  Istirahat terpenuhi dan membaik	akupresure aromaterapi)  Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)  <i>Edukasi</i>
			Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri.  Jelaskan strategi meredakan nyeri  Anjurkan mengontrol nyeri secara mandiri  Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat  Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri  Kolaborasi dalam pemberian analgetik  Terapi Relaksasi  Terapi Relaksasi <i>Autogenic</i>

#### 4. Implementasi

Implementasi merupakan pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat terhadap pasien. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan rencana keperawatan diantaranya: Intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, keterampilan interpersonal, teknikal dan intelektual dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat, keamanan fisik dan

psikologis klien dilindungi serta dokumentasi intervensi dan respon pasien. Pada tahap implementasi ini merupakan aplikasi secara kongkrit dari rencana intervensi yang telah dibuat untuk mengatasi masalah kesehatan dan perawatan yang muncul pada pasien.

## 5. Evaluasi

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

### a. Proses (sumatif)

Fokus evaluasi proses adalah aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan tindakan keperawatan. Evaluasi proses harus dilakukan sesudah perencanaan keperawatan, dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan.

### b. Hasil (formatif)

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

Setelah dilakukan asuhan keperawatan,diharapkan nyeri akut berkurang dengan kriteria hasil; tingkat nyeri, dan keluhan nyeri menurun,meringis menurun,tidak gelisah frekwensi nadi membaik,tekanan darah membaik, pola nafas membaik, nafsu makan membaik, istirahat terpenuhi dan membaik.