

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Appendisitis**

##### **1. Definisi Appendisitis**

Appendisitis merupakan peradangan yang terjadi pada lapisan mukosa dari apendiks vermiformis yang kemudian dapat menyebar ke bagian lainnya dari apendiks. Peradangan ini terjadi karena adanya sumbatan atau infeksi pada lumen apendiks. Appendisitis yang tidak segera ditangani dapat menyebabkan beberapa komplikasi seperti perforasi atau sepsis, bahkan dapat menyebabkan kematian (Smeltzer & Bare, 2015).

Appendisitis adalah peradangan yang terjadi pada apendiks vermiformis, dan merupakan penyebab abdomen akut yang paling sering (Wijaya & Putri, 2013). Appendisitis merupakan penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran kanan bawah dari rongga abdomen dan penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat (Smeltzer & Barre, 2018).

##### **2. Tanda dan Gejala Appendisitis**

Appendisitis akut sering tampil dengan gejala yang khas yang didasari oleh radang mendadak umbai cacing yang memberikan tanda setempat. nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Pada apendiks yang terinflamasi, nyeri tekan dapat dirasakan pada kuadran kanan bawah pada

titik Mc.Burney yang berada antara umbilikus dan spinalis iliaca superior anterior. Derajat nyeri tekan, spasme otot dan apakah terdapat konstipasi atau diare tidak tergantung pada beratnya infeksi dan lokasi apendiks.

Bila apendiks melingkar dibelakang sekum, nyeri dan nyeri tekan terasa didaerah lumbal. Bila ujungnya ada pada pelvis, tanda-tanda ini dapat diketahui hanya pada pemeriksaan rektal. nyeri pada defekasi menunjukkan ujung apendiks berada dekat rektum. nyeri pada saat berkemih menunjukkan bahwa ujung apendiks dekat dengan kandung kemih atau ureter. Adanya kekakuan pada bagian bawah otot rektus kanan dapat terjadi. Tanda rovsing dapat timbul dengan melakukan palpasi kuadran bawah kiri yang secara paradoksial menyebabkan nyeri yang terasa dikuadran kanan bawah. Apabila apendiks telah ruptur, nyeri menjadi menyebar. Distensi abdomen terjadi akibat ileus paralitik dan kondisi pasien memburuk. Pada pasien lansia, tanda dan gejala apendisitis dapat sangat bervariasi. Tanda-tanda tersebut dapat sangat meragukan, menunjukkan obstruksi usus atau proses penyakit lainnya. Pasien mungkin tidak mengalami gejala sampai mengalami ruptur apendiks. Insidens perforasi pada apendiks lebih tinggi pada lansia karena banyak dari pasien-pasien ini mencari bantuan perawatan kesehatan tidak secepat pasien-pasien yang lebih muda (Smeltzer, S. C & Barre, 2018).

### 3. Pemeriksaan Penunjang

#### a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium untuk Apendisitis terdiri dari pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan protein reaktif. Pada pemeriksaan darah lengkap yang dijadikan penanda untuk apendisitis akut adalah leukositosis dan neutrofilia. Peningkatan sel darah putih lebih dari 10.000/ml menandakan Apendisitis sederhana, sedangkan peningkatan lebih dari 18.000/ml menandakan Apendisitis dengan perforasi. Peningkatan C-reactive protein (CRP) biasanya terjadi pada Apendisitis yang gejalanya telah timbul lebih dari 12 jam. Dari kombinasi ketiga temuan tersebut dapat meningkatkan sensitifitas diagnosis untuk Apendisitis akut sebesar 97%- 100% .

#### b. USG

Alat pencitraan yang paling sering digunakan sebagai penunjang diagnosis Apendisitis adalah USG, walaupun akurasinya lebih rendah dibanding CT-Scan dan MRI. Ultrasonografi menjadi pilihan utama karena penggunaannya yang mudah, murah, dan tidak invasif. Sayangnya tingkat akurasi USG sangat bergantung pada operator dan alat yang digunakan. Faktor lain yang mempengaruhi hasil USG adalah obesitas, gas dalam lengkung usus di depan apendiks, jumlah cairan inflamasi di sekitar apendiks, dan posisi dari apendiks.

#### c. CT-Scan

Pemeriksaan computed tomography (CT-Scan) pada dasarnya merupakan pemeriksaan imaging yang paling diakui untuk membantu

penegakan diagnosis Apendisitis pada orang dewasa. Di Amerika CT-Scan digunakan pada 86% pasien Apendisitis, dengan sensitifitas sebesar 92,3%. Namun bahaya radiasi dan keterbatasan sarana merupakan masalah dari penggunaan alat ini.

d. MRI

Penggunaan Magnetic Resonance Imaging (MRI) dapat mengurangi resiko dari radiasi, namun tujuan khusus dan spesifisitasnya dalam mendiagnosis akut abdomen masih dipertanyakan. Selain itu tidak semua rumah sakit di dunia memiliki sarana yang memadai untuk MRI, dan penggunaanya yang tidak bisa langsung merespon keadaan darurat menjadi kekurangan dari alat ini.

e. Skor Alvarado

Saat ini telah banyak upaya yang dilakukan untuk dapat menegakkan diagnosis Apendisitis, salah satunya adalah dengan sistem skor Alvarado. Skor ini menggabungkan antara gejala, tanda, dan hasil laboratorium dari pasien suspek apendisitis. Dibawah ini merupakan kriteria penilaian dari skor Alvarado :

Tabel 1.  
Skor Alvarado

No	Temuan klinis	Skor
1	Nyeri perut yang berpindah ke kuadran kanan bawah	1
2	Anoreksia	1
3	Mual dan muntah	1
4	Nyeri tekan pada perut kuadran kanan bawah	2
5	Nyeri lepas	1
6	Peningkatan suhu tubuh >37,2°C	1
7	Leukositosis (>10.000/ml)	2
8	Neutrofilia (>75%)	1
Total		10

Sumber: Brunner & Suddarth (2015)

Dari tabel diatas, jika skor Alvarado 6 menunjukkan risiko tinggi untuk terjadinya Apendisitis sehingga dapat segera dilakukan penatalaksanaan selanjutnya seperti apendiktomi (Brunner & Suddarth, 2015).

#### **4. Pentalaksanaan**

Pembedahan diindikasikan bila diagnosa apendisitis telah ditegakkan. Antibiotik dan cairan IV diberikan serta pasien diminta untuk membatasi aktivitas fisik sampai pembedahan dilakukan. Analgetik dapat diberikan setelah diagnosa ditegakkan. Apendiktomi (pembedahan untuk mengangkat apendiks) dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. Apendiktomi dapat dilakukan dibawah anestesi umum umum atau spinal, secara terbuka ataupun dengan cara laparoscopi yang merupakan metode terbaru yang sangat efektif. Bila apendiktomi terbuka, insisi Mc.Burney banyak dipilih oleh para ahli bedah. Pada penderita yang diagnosisnya tidak jelas sebaiknya dilakukan observasi dulu. Pemeriksaan laboratorium dan ultrasonografi bisa dilakukan bila dalam observasi masih terdapat keraguan. Bila terdapat laparoskop, tindakan laparoscopi diagnostik pada kasus meragukan dapat segera menentukan akan dilakukan operasi atau tidak (Smeltzer, S. C & Barre, 2018).

## **B. Konsep Dasar Nyeri Akut pada Pasien dengan Post Operasi Appendiktomy**

### **1. Pengertian**

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (PPNI, 2017). *International Association for The Study of Pain* atau IASP mendefinisikan nyeri akut adalah hasil kerusakan struktural, bukan saja tanggapan sensorik dari suatu proses nosisepsi, tetapi juga merupakan tanggapan emosional (psikologik) yang didasari atas pengalaman termasuk pengalaman nyeri sebelumnya (Perry & Potter, 2012). Berdasarkan pengertian nyeri akut tersebut dapat dinyatakan bahwa nyeri akut pasien post operasi apendiktomi adalah suatu sensori subyektif dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berhubungan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan.

### **2. Data Mayor dan Minor Nyeri Akut**

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) data mayor dan minor untuk masalah nyeri akut adalah:

a. Gejala dan tanda mayor :

Subjektif : Mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, dan sulit tidur tidak mampu batuk.

b. Gejala dan Tanda Minor

Subjektif : Tidak ditemukan data subjektif

Objektif : Tekanan darah meningkat, pola nafas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

### **3. Faktor Penyebab Nyeri Akut Post Operasi Apendiktomi**

Penyebab nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (SDKI, 2018)

### **4. Fisiologi Nyeri Akut Post Operasi Apendiktomi**

. Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual (Potter & Perry, 2016). Nyeri juga merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Smeltzer, S. C & Barre, 2018).

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan bedah yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya

berlangsung singkat, misalnya nyeri pada fraktur. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala perspirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat (Potter & Perry, 2016).

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri (Potter & Perry, 2016).

## **5. Penatalaksanaan Nyeri Akut Post Operasi Appendiktomy dengan *Guided Imagery***

### a. Pengertian *guided imagery*

*Guided imagery* adalah menggunakan imajinasi seseorang dalam suatu cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Imajinasi terbimbing digunakan untuk relaksasi dan meredakan nyeri serta menurunkan tekanan darah yang dapat terdiri atas penggabungan napas berirama lambat dengan suatu bayangan mental relaksasi dan kenyataan (Novarenta, 2013).

Istilah *guided imagery* merujuk pada berbagai teknik termasuk visualisasi sederhana, saran yang menggunakan imajinasi langsung, metafora dan bercerita, eksplorasi fantasi dan bermain “game”, penafsiran mimpi, gambar, dan majinasi yang aktif dimana unsur - unsur ketidaksadaran dihadirkan untuk

ditampilkan sebagai gambaran yang dapat berkomunikasi dengan pikiran sadar (Maisyaroh, 2019).

Metode non farmakologi yang terbukti efektif dalam meringankan nyeri adalah imajinasi terpimpin. Menurut Potter & Perry (2016) imajinasi terpimpin merupakan teknik relaksasi yang dapat memberikan kontrol kepada pasien sehingga memberikan kenyamanan fisik dan mental.

Definisi tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa *guided imagery* merupakan salah satu tindakan komplementer dengan teknik untuk menuntun seseorang dalam membayangkan atau berimajinasi dengan panca indera untuk membayangkan apa yang dilihat dirasakan, didengar, dicium, dan disentuh atau membayangkan pengalaman yang menyenangkan untuk membawa respon fiik yang diinginkan (menurunkan intensitas nyeri).

b. Tujuan *guided imagery* pada nyeri akut

*Guided imagery* akan memberikan efek rileks dengan menurunkan ketegangan otot sehingga nyeri akan berkurang. Pasien yang melakukan *guided imagery* ini diharuskan berkonsentrasi terhadap imajinasi yang disukai dengan di pimpin oleh perawat. *Guided imagery* ini diharapkan akan meningkatkan relaksasi pada pasien (Fadzlillah, 2020).

c. Manfaat *Guided Imagery* pada nyeri akut

Imjinasi terpimpin sejak lama dikenal manusia dalam meningkatkan relaksasi terhadap gangguan fisik maupun mental.

Menurut Potter & Perry (2016) imajinasi terpimpin memiliki efek relaksasi yang bermanfaat terhadap kesehatan seseorang antara lain :

- 1) Menurunkan nadi, tekanan darah dan pernapasan
- 2) Menurunkan ketegangan otot.
- 3) Meningkatkan kesadaran global.
- 4) Mengurangi perhatian terhadap stimulus lingkungan
- 5) Membuat tidak adanya perubahan posisi yang volunter.
- 6) Meningkatkan perasaan damai dan sejahtera
- 7) Menjadikan periode kewaspadaan yang santai, terjaga dan dalam.

*Guided imagery* merupakan salah satu metode relaksasi untuk mengkhayal tempat dan kejadian yang menyenangkan sehingga manfaat teknik ini sama dengan teknik relaksasi yang lainnya. Para ahli dalam bidang *guided imagery* menjelaskan bahwa imajinasi merupakan pengobatan yang efektif dalam mengurangi nyeri, kecemasan, menurunkan tekanan darah, mempercepat penyembuhan dan membantu tubuh dalam mencegah berbagai macam penyakit. *Guided imagery* telah menjadi standar terapi untuk mengurangi kecemasan dan memberikan tindakan relaksasi pada orang dewasa atau anak-anak, dapat juga untuk menurunkan sensasi nyeri, susah tidur, dan menurunkan tekanan darah `.

d. Tahapan kerja *guided imagery* pada nyeri akut

Terapi *guided imagery* dalam aplikasinya terhadap pasien memiliki prosedur yang berbeda-beda. Tetapi pada intinya, terapi ini diberikan kepada pasien untuk meningkatkan relaksasi. Keadaan

rileks ini akan mengurangi kesadaran patologis fisik maupun mental pada pasien. *Guided Imagery* yang diberikan pada pasien harus didukung oleh keadaan intern dan ekstern. Keadaan yang intern yang mendukung lancarnya proses terapi ini adalah salah satunya pasien harus kooperatif dengan perawat, tidak mengalami gangguan pendengaran, dan mudah berkonsentrasi. Keadaan ekstern yang mendukung imajinasi terbimbing adalah lingkungan yang tenang, nyaman sehingga akan meningkatkan konsentrasi pada saat terapi berlangsung (Pamuji, 2012).

Teknik *guided imagery* dilaksanakan dalam waktu 10-15 menit, teknik pelaksanaan *guided imagery* secara umum antara lain :

- 1) Membuat individu dalam keadaan santai yaitu :
  - a) Mengatur posisi yang nyaman (duduk atau berbaring).
  - b) Silangkan kaki, tutup mata atau fokuskan pada suatu titik yang menyenangkan.
  - c) Fokus pada pernapasan otot perut, menarik napas dalam dan pelan, napas berikutnya biarkan sedikit lebih dalam dan lama dan tetap fokus pada pernapasan dan tetapkan pikiran tubuh semakin santai dan semakin santai.
  - d) Rasakan tubuh menjadi lebih berat dan hangat dari ujung kepala dan ujung kaki.
  - e) Jika pikiran tidak fokus, ulangi lagi pernafasan dalam dan pelan.
- 2) Sugesti khusus untuk imajinasi, yaitu :

- a) Pikirkan bahwa seolah-olah pergi kesuatu tempat yang menyenangkan dan merasa senang ditempat tersebut.
  - b) Sebutkan apa yang bisa dilihat, dengar, cium dan apa yang dirasakan.
  - c) Ambil nafas panjang beberapa kali dan nikmati berada dalam tempat tersebut.
  - d) Sekarang, minta pasien untuk membayangkan apa yang diinginkan (uraikan sesuai tujuan yang diinginkan).
- 3) Beri kesimpulan dan perkuat hasil praktek yaitu :
- a) Mengingatkan bahwa kita dapat kembali ketempat ini, perasaan ini, cara ini dapat kapan saja dilakukan jika diinginkan.
  - b) Ini dapat dilakukan dengan berfokus pada pernafasan, santai, dan membayangkan sedang berada pada tempat yang disenangi.
- 4) Kembali ke keadaan semula yaitu :
- a) Ketika kita telah siap kembali keruang dimana kita berada.
  - b) Dengan perasaan yang sudah segar dan siap untuk melanjutkan kegiatan yang selanjutnya.
  - c) Sebelumnya mintalah pasien untu dapat menceritakan pengalaman klien ketika klien telah siap (Potter & Perry, 2016).

## C. Asuhan Keperawatan Nyeri Akut pada Pasien dengan Post Operasi Appendiktomy

### 1. Pengkajian

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 beserta 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.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (waspada menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur (PPNI & Tim Pokja SDKI DPP, 2018).

### 3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.  
Intervensi Keperawatan Berdasarkan Teori

No	Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	<p align="center"><b>Nyeri Akut (D. 0077)</b></p> <p>Kategori : psikologis Subkategori: nyeri dan kenyamanan <b>Definisi</b> : 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. <b>Penyebab</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pencedera fisiologis(mis, inflamasi, iskemia,neoplasma)</li> <li>2. Agen pencedera kimiawi(mis, terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pencedera fisik(mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda mayor</b> <b>Subjektif</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> </ol> <p><b>Objektif</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif (misalnya . waspada, posisi menghindari nyeri)</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>5. Sulit tidur</li> </ol> <p><b>Gejala dan tanda minor</b> <b>Subjektif (tidak tersedia)</b> <b>Objektif</b> :</p>	<p><b>Tingkat nyeri (L.08066)</b> <b>Definisi</b> : pengalman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. <b>Kriteria hasil</b> :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. keluhan nyeri menurun</li> <li>2. meringis menurun</li> </ol>	<p><b>1. Manajemen nyeri</b> <b>Definisi</b> : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensori atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan <b>Tindakan</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri( mis, TENS, hipnosis, akupresure, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, tehnik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan , kebisingan)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan tehnik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian analgesik,jika perlu <b>2. Pemberian Analgesik</b></p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola nafas berubah</li> <li>3. Nafsu makan berubah</li> <li>4. Proses berfikir terganggu</li> <li>5. Menarik diri</li> <li>6. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>7. Diaforesis</li> </ol> <p><b>Kondisi klinis terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi pembedahan</li> <li>2. Cedera traumatis</li> <li>3. Infeksi</li> <li>4. Syndrom koroner akut</li> <li>5. glaukoma</li> </ol>		<p><b>Definisi :</b> menyiapkan dan memberikan agen farmakologis untuk mengurangi atau menghilangkan rasa sakit.</p> <p><b>Tindakan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi riwayat alergi obat</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik yang optimal.</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan efek samping obat</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, <i>seusia indikasi</i></li> </ul> <p><b>3. Pemantauan Nyeri (I.08242)</b></p> <p><b>Definisi :</b> mengumpulkan dan menganalisa data nyeri</p> <p><b>Tindakan:</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor durasi dan frekuensi nyeri</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tersedia</li> </ul> <p><b>4. Terapi Murattal (I.08249)</b></p> <p><b>Definisi:</b> menggunakan media Al-Qur`an (baik dengan mendengar atau membaca) untuk membantu meningkatkan perubahan yang spesifik dalam tubuh baik secara fisiologis</p>
--	--	--	--

			<p>maupun psikologis.</p> <p><b>Tindakan :</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lama dan durasi pemberian sesuai dengan kondisi pasien</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisikan dalam posisi lingkungan yang nyaman</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan manfaat terapi</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak tersedia</li> </ul> <p><b>Latihan Pernapasan</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi indikasi dilakukan latihan pernapasan</li> <li>- Monitor frekuensi, irama dan kedalaman napas sebelum dan sesudah latihan</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan tempat yang tenang <ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisikan pasien nyaman dan rileks</li> <li>- Tempatkan satu tangan di dada dan satu tangan di perut</li> <li>- Pastikan tangan di dada mundur kebelakang dan telapak tangan di perut maju ke depan saat menarik napas</li> <li>- Ambil napas dalam secara perlahan melalui hidung dan tahan selama tujuh hitungan</li> <li>- Hitungan ke delapan hembuskan napas melalui mulut dengan perlahan</li> </ul> </li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur latihan pernapasan</li> <li>- Anjurkan mengulangi latihan 4-5 kali</li> </ul>
--	--	--	---

Sumber : (SDKI, 2018), (SLKI, 2018), (SIKI, 2018)

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2017). Implementasi dilaksanakan sesuai intervensi yang telah dibuat.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Menurut Nursalam, (2017), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu:

a. Evaluasi formatif

Evaluasi ini disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai.

b. Evaluasi somatif

Merupakan evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP.