

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Apendisitis

##### 2.1.1 Definisi

Apendisitis adalah radang pada usus buntu atau dalam bahasa latinnya *appendiks vermiformis*, yaitu suatu organ yang berbentuk memanjang dengan panjang 6-9 cm dengan pangkal terletak pada bagian pangkal usus besar bernama sekum yang terletak pada perut kanan bawah (Handaya, 2017).

Apendisitis adalah peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks) (Wim de jong, 2005 dalam Nurarif, 2015). Apendisitis merupakan keadaan inflamasi dan obstruksi pada vermiformis. Apendisitis adalah inflamasi saluran usus yang tersembunyi dan kecil yang berukuran sekitar 4 inci yang buntu pada ujung sekum (Rosdahl dan Mary T. Kowalski, 2015).

Apendisitis merupakan keadaan inflamasi dan obstruksi pada apendiks vermiformis. Apendiks vermiformis yang disebut dengan umbai cacing atau lebih dikenal dengan nama usus buntu, merupakan kantung kecil yang buntu dan melekat pada sekum (Nurfariadah, 2015).

##### 2.1.2 Etiologi

Penyebab dari apendisitis adalah adanya obstruksi pada lumen apendikeal oleh apendikolit, tumor apendiks, hiperplasia folikel limfoid submukosa, fekalit (material garam kalsium, debris fekal), atau parasit *E-Histolytica*. (Katz 2009 dalam muttaqin, & kumala sari, 2011).

Selain itu apendisitis juga bisa disebabkan oleh kebiasaan makan makanan rendah serat sehingga dapat terjadi konstipasi. Konstipasi akan menaikkan tekanan intrasekal yang mengakibatkan terjadinya sumbatan fungsional apendiks dan meningkatnya pertumbuhan kuman flora kolon.

### 2.1.3 Klasifikasi

Apendisitis dibagi menjadi 2, antara lain sebagai berikut :

#### 1. Apendisitis akut

Peradangan pada apendiks dengan gejala khas yang memberi tanda setempat. Gejala apendisitis akut antara lain nyeri samar dan tumpul merupakan nyeri visceral di daerah epigastrium disekitar umbilikus. Keluhan ini disertai rasa mual muntah dan penurunan nafsu makan. Dalam beberapa jam nyeri akan berpindah ke titik McBurney. Pada titik ini, nyeri yang dirasakan menjadi lebih tajam dan lebih jelas letaknya sehingga merupakan nyeri somatik setempat (Hidayat 2005 dalam Mardalena, Ida 2017)

#### 2. Apendisitis Kronis

Apendisitis kronis baru bisa ditegakkan apabila ditemukan tiga hal yaitu pertama, pasien memiliki riwayat nyeri pada kuadran kanan bawah abdomen selama paling sedikit tiga minggu tanpa alternatif diagnosa lain. Kedua, setelah dilakukan apendiktomi, gejala yang dialami pasien akan hilang. Ketiga, secara histopatologik gejala dibuktikan sebagai akibat dari inflamasi kronis yang aktif atau fibrosis pada apendiks (Santacroe dan Craig 2006 dalam Mardalena, Ida 2017).

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis

Beberapa manifestasi klinis yang sering muncul pada apendisitis antara lain sebagai berikut :

1. Nyeri samar (nyeri tumpul) di daerah epigastrium disekitar umbilikus atau periumbilikus. Kemudian dalam beberapa jam, nyeri beralih ke kuadran kanan bawah ke titik Mc Burney (terletak diantara pertengahan umbilikus dan spina anterior ileum) nyeri terasa lebih tajam.
2. Bisa disertai nyeri seluruh perut apabila sudah terjadi peritonitis karena kebocoran apendiks dan meluasnya pernanahan dalam rongga abdomen
3. Mual
4. Muntah
5. Nafsu makan menurun
6. Konstipasi
7. Demam

(Mardalena 2017 ; Handaya, 2017)

#### 2.1.5 Patofisiologi

Apendisitis terjadi karena disebabkan oleh adanya obstruksi pada lumen apendikeal oleh apendikolit, tumor apendiks, hiperplasia folikel limfoid submukosa, fekalit (material garam kalsium, debris fekal), ataupun parasit *E-Histolytica*. Selain itu apendisitis juga bisa disebabkan oleh kebiasaan makan makanan yang rendah serat yang dapat menimbulkan konstipasi. Kondisi obstruktif akan meningkatkan tekanan intraluminal

dan peningkatan perkembangan bakteri. Hal ini akan mengakibatkan peningkatan kongesti dan penurunan perfusi pada dinding apendiks yang berlanjut pada nekrosis dan inflamasi apendiks. Pada fase ini penderita mengalami nyeri pada area periumbilikal. Dengan berlanjutnya pada proses inflamasi, akan terjadi pembentukan eksudat pada permukaan serosa apendiks. Ketika eksudat ini berhubungan dengan perietal peritoneum, maka intensitas nyeri yang khas akan terjadi (Santacroce, 2009 dalam dalam muttaqin & kumala sari, 2011).

Dengan berlanjutnya proses obstruksi, bakteri akan berproliferasi dan meningkatkan tekanan intraluminal dan membentuk infiltrat pada mukosa dinding apendiks yang ditandai dengan ketidaknyamanan pada abdomen. Adanya penurunan perfusi pada dinding akan menimbulkan iskemia dan nekrosis serta diikuti peningkatan tekanan intraluminal, juga akan meningkatkan risiko perforasi dari apendiks. Pada proses fagositosis terhadap respon perlawanan terhadap bakteri ditandai dengan pembentukan nanah atau abses yang terakumulasi pada lumen apendiks.

Berlanjutnya kondisi apendisitis akan meningkatkan resiko terjadinya perforasi dan pembentukan masa periapendikular. Perforasi dengan cairan inflamasi dan bakteri masuk ke rongga abdomen kemudian akan memberikan respon inflamasi permukaan peritoneum atau terjadi peritonitis. Apabila perforasi apendiks disertai dengan abses, maka akan ditandai dengan gejala nyeri lokal akibat akumulasi abses dan kemudian akan memberikan respons peritonitis. Gejala yang khas dari perforasi

apendiks adalah adanya nyeri hebat yang tiba-tiba datang pada abdomen kanan bawah (Tzanaki, 2005 dalam muttaqin, Arif & kumala sari, 2011).

### 2.1.6 Komplikasi

Komplikasi bisa terjadi apabila adanya keterlambatan dalam penanganannya. Adapun jenis komplikasi menurut (LeMone, 2016) diantaranya sebagai berikut:

1. Perforasi apendiks

Perforasi adalah pecahnya apendiks yang berisi nanah sehingga bakteri menyebar ke rongga perut. Perforasi dapat diketahui dengan gambaran klinis seperti suhu tubuh lebih dari  $38,5^{\circ}\text{C}$  dan nyeri tekan pada seluruh perut yang timbul lebih dari 36 jam sejak sakit.

2. Peritonitis

Peritonitis adalah peradangan peritoneum (lapisan membran serosa rongga abdomen). Komplikasi ini termasuk komplikasi berbahaya yang dapat terjadi dalam bentuk akut maupun kronis.

3. Abses

Abses adalah peradangan pada spendiks yang berisi nanah. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis.

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Kenaikan sel darah putih (Leukosit) hingga  $10.000 - 18.000/\text{mm}^3$ . Jika terjadi peningkatan yang lebih, maka kemungkinan apendiks sudah mengalami perforasi

## 2. Pemeriksaan Radiologi

a. Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu)

b. Ultrasonografi (USG)

Pemeriksaan USG dilakukan untuk menilai inflamasi dari apendiks

c. CT – Scan

Pemeriksaan CT – Scan pada abdomen untuk mendeteksi apendisitis dan adanya kemungkinan perforasi.

d. C – Reactive Protein (CRP)

C – Reactive Protein (CRP) adalah sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada apendisitis didapatkan peningkatan kadar CRP

(Mutaqqin, Arif & Kumala Sari 2011)

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada penderita apendisitis yaitu dengan tindakan pembedahan/Apendiktomi

#### 1. Pengertian Apendiktomi

Apendiktomi adalah intervensi bedah untuk melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit. Apendiktomi dapat dilakukan dengan dua metode pembedahan yaitu pembedahan secara terbuka/ pembedahan konveksional (laparotomi) atau dengan menggunakan teknik laparoscopi yang merupakan teknik pembedahan minimal infasif

dengan metode terbaru yang sangat efektif (Berman& kozier, 2012 dalam Manurung, Melva dkk, 2019)

Laparoskopi apendiktomi adalah tindakan bedah invasive minimal yang paling banyak digunakan pada apendisitis akut. Tindakan ini cukup dengan memasukkan laparoskopi pada pipa kecil (trokar) yang dipasang melalui umbilikus dan dipantau melalui layar monitor. Sedangkan Apendiktomi terbuka adalah tindakan dengan cara membuat sayatan pada perut sisi kanan bawah atau pada daerah *Mc Burney* sampai menembus peritoneum.

## 2. Tahap Operasi Apendiktomi

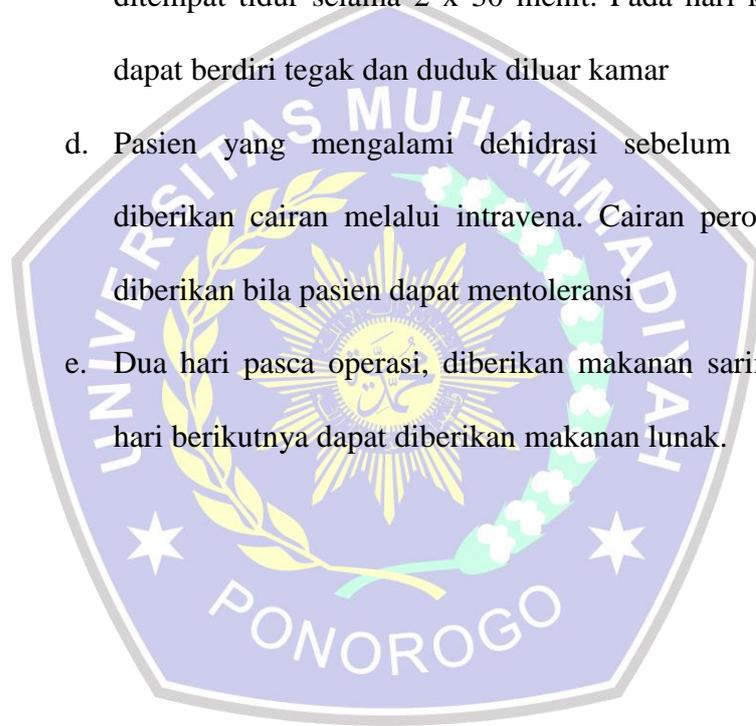
### 1. Tindakan sebelum operasi

- a. Observasi pasien
- b. Pemberian cairan melalui infus intravena guna mencegah dehidrasi dan mengganti cairan yang telah hilang
- c. Pemberian analgesik dan antibiotik melalui intravena
- d. Pasien dipuasakan dan tidak ada asupan apapun secara oral
- e. Pasien diminta melakukan tirah baring

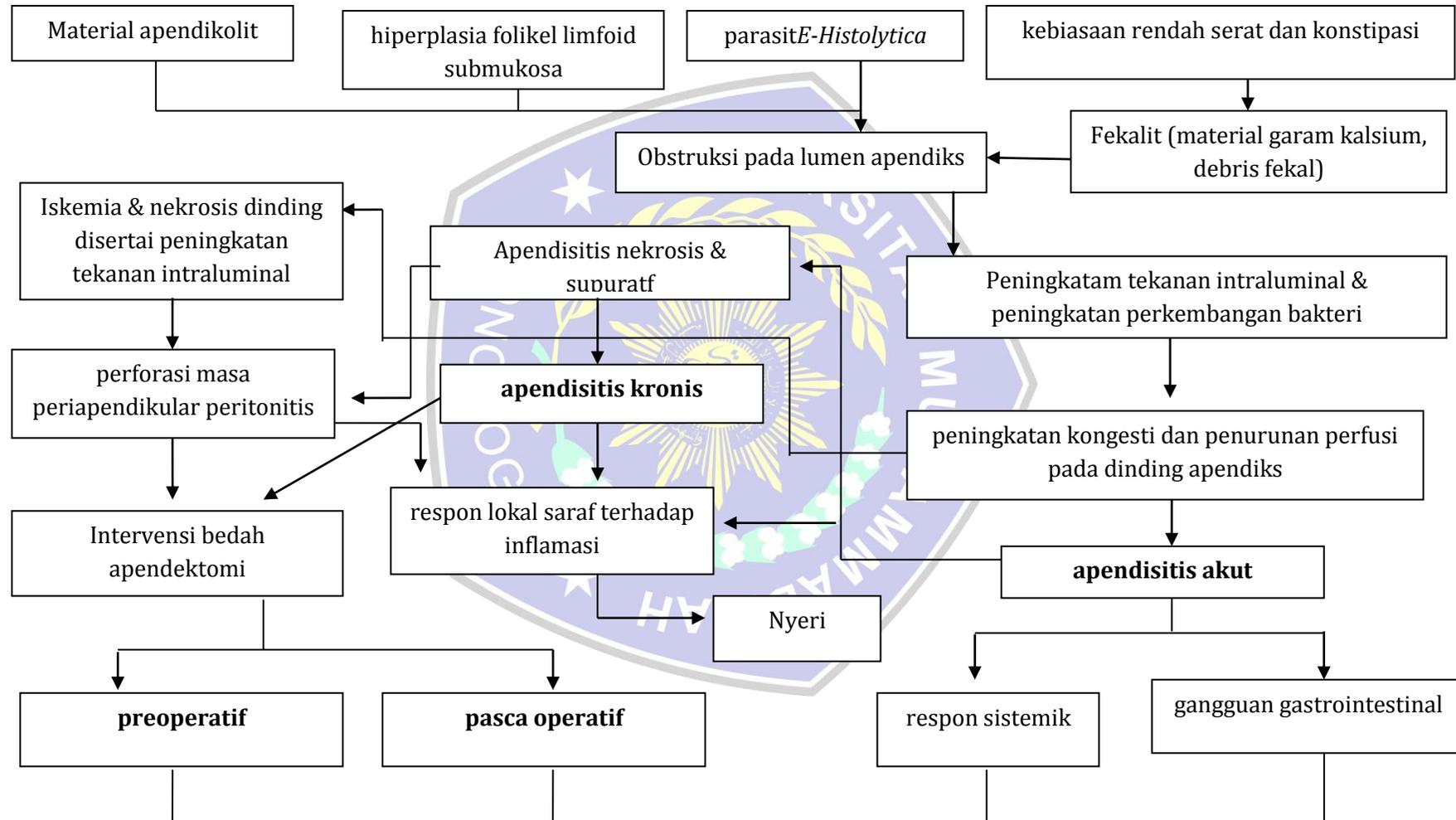
### 2. Tindakan Operasi

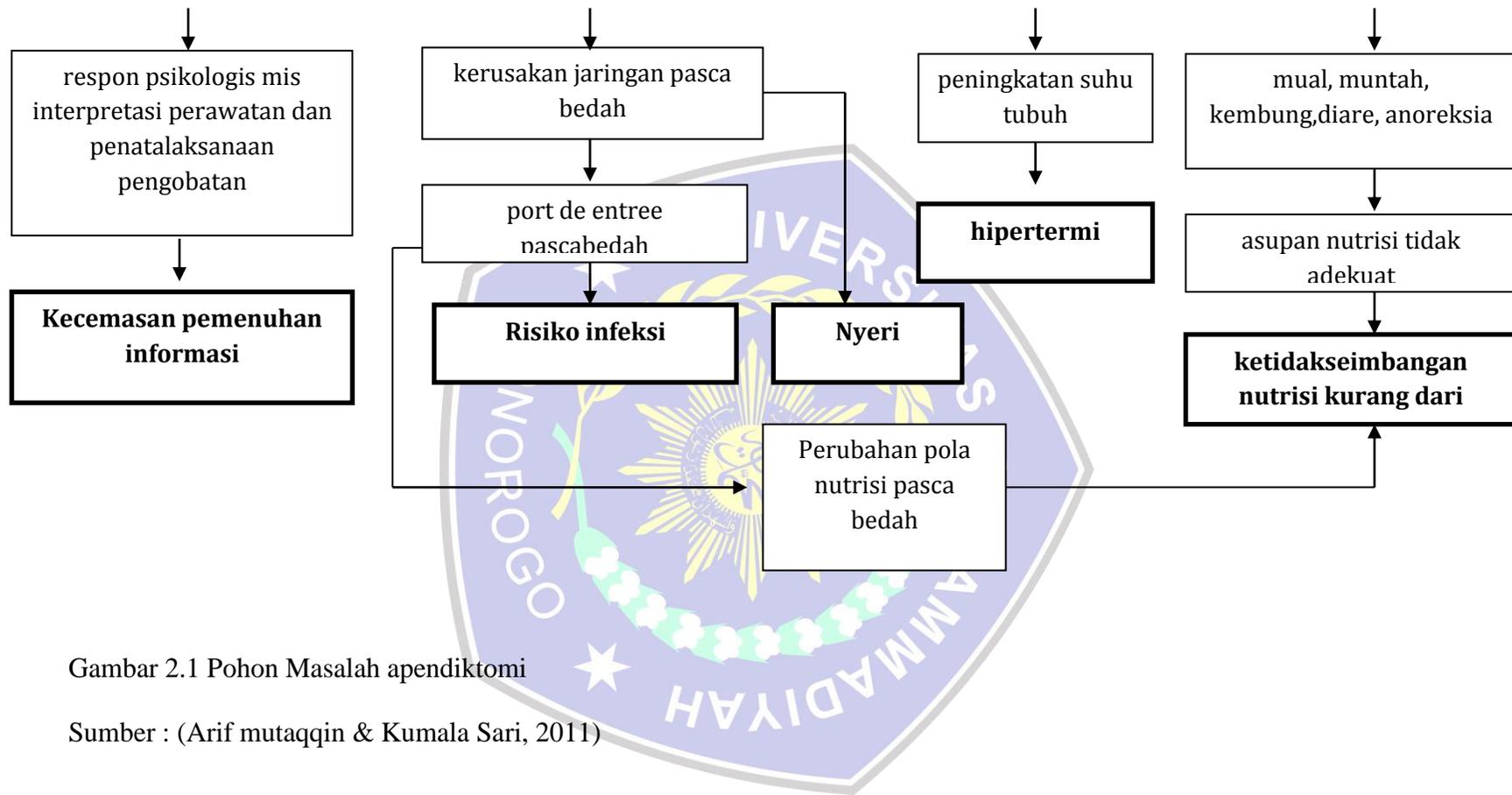
- a. Perawat dan dokter menyiapkan pasien untuk tindakan anastesi sebelum dilakukan pembedahan
- b. Pemberian cairan intravena ditujukan untuk meningkatkan fungsi ginjal adekuat dan menggantikan cairan yang telah hilang.
- c. Aspirin dapat diberikan untuk mengurangi peningkatan suhu.

- d. Terapi antibiotik diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi.
3. Tindakan pasca operasi
- a. Observasi TTV
  - b. Sehari pasca operasi, posisikan pasien semi fowler, posisi ini dapat mengurangi tegangan pada luka insisi sehingga membantu mengurangi rasa nyeri
  - c. Sehari pasca operasi, pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2 x 30 menit. Pada hari kedua pasien dapat berdiri tegak dan duduk diluar kamar
  - d. Pasien yang mengalami dehidrasi sebelum pembedahan diberikan cairan melalui intravena. Cairan peroral biasanya diberikan bila pasien dapat mentoleransi
  - e. Dua hari pasca operasi, diberikan makanan saring dan pada hari berikutnya dapat diberikan makanan lunak.



### 2.1.9 Pohon Masalah





Gambar 2.1 Pohon Masalah apendiktomi

Sumber : (Arif mutaqqin & Kumala Sari, 2011)

## **2.2 Konsep Nyeri**

### **2.2.1 Pengertian nyeri**

Nyeri merupakan suatu mekanisme proteksi bagi tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri (Arthur C Curton; Prasetyo 2010 dalam Andarmoyo, 2013).

Menurut *Association for the study of pain*, Nyeri adalah awitan yang tiba – tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung < 6 bulan maupun > 6 bulan. Nyeri merupakan mekanisme protektif yang dimaksudkan untuk menimbulkan kesadaran telah atau akan terjadi kerusakan jaringan (Sherwood L., 2001 dalam Andarmoyo, 2013).

### **2.2.2 Klasifikasi Nyeri**

Klasifikasi menurut Wilkinson Judith M. & Nancy R. Ahern, 2011 sebagai berikut :

#### **1. Nyeri Akut**

Pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan yang aktual atau potensial, atau digambarkan dengan istilah seperti ( *International Association for the study of pain* ) ; awitan yang tiba – tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya kurang dari 6 bulan.

## 2. Nyeri Kronis

Pengalaman sensori dan emosi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan (*International Association for the study of pain*); awitan yang tiba – tiba atau perlahan dengan intensitas ringan sampai berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau dapat diramalkan dan durasinya lebih dari 6 bulan.

### 2.2.3 Etiologi Nyeri

Menurut Atoilah, E. M., & Engkus, K. (2013), etiologi dari nyeri adalah sebagai berikut :

#### 1. Trauma

- a. Trauma mekanik berupa benturan, gesekan, luka, bekas sayatan pasca operasi yang merangsang nyeri karena reseptor nyeri mengalami kerusakan
- b. Trauma termik seperti panas api, air dingin yang berlebih akan merangsang reseptor nyeri
- c. Trauma kimia seperti sentuhan asam dan basa yang kuat
- d. Trauma elektrik seperti aliran listrik yang kuat akan merangsang reseptor nyeri akibat kejang otot atau kerusakan reseptor nyeri

#### 2. Neoplasma

- a. Neoplasma jinak dapat menyebabkan penekanan pada ujung saraf reseptor nyeri.
- b. Neoplasma ganas akan mengakibatkan kerusakan jaringan, akibat tarikan, jepitan atau metastase dari kanker.

- c. Peradangan seperti abses, pleuritis akan mengakibatkan kerusakan saraf reseptor nyeri akibat adanya peradangan atau karena adanya penekanan dari pembengkakan jaringan.

3. Iskemik jaringan
4. Trauma psikologis

#### 2.2.4 Karakteristik Nyeri Akut dan Nyeri Kronis

Tabel 2.1 perbandingan karakteristik Nyeri akut dan Nyeri Kronis

Karakteristik	Nyeri akut	Nyeri Kronis
Tujuan/Keuntungan	Memperingatkan adanya cedera atau masalah	Tidak ada
Awitan	Mendadak	Terus menerus atau intermiten
Intensitas	Ringan sampai berat	Ringan sampai berat
Durasi	Durasi singkat (dari beberapa detik sampai 6 bulan)	Durasi lama (6 bulan atau lebih)
Respon otonom	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konstan dengan respon stres simpatis</li> <li>- Frekuensi jantung meningkat</li> <li>- Dilatasi pupil meningkat</li> <li>- Mortalitas gastrointestinal menurun</li> <li>- Aliran saliva menurun (mulut kering)</li> </ul>	Tidak terdapat respons otonom
Komponen Psikologis	Ansietas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresi</li> <li>- Mudah marah</li> <li>- Menarik diri dan minat dunia luar</li> <li>- Menarik diri dari persahabatan</li> <li>- Tidur terganggu</li> <li>- Libido menurun</li> <li>- Nafsu makan menurun</li> </ul>
Respon jenis lainnya		
Contoh	Nyeri bedah, trauma	Nyeri kanker, artritis, neuralgia trigeminal

Sumber : Dikutip dari Porth CM. *Parthopsiologi: Concepts Of Altered Health State*, Philadelphia, JBLippincott, 1995 dalam Smeltzer, 2002 dalam Andarmoyo 2013.

### 2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri

#### 1. Usia

Usia sangat mempengaruhi respon terhadap nyeri. Anak kecil mempunyai kesulitan memahami rasa nyeri sebab belum dapat mengucapkan kata-kata untuk mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orangtua ataupun petugas kesehatan. Berbeda pada pasien lansia, harus dilakukan pengkajian secara lebih rinci ketika pasien lansia melaporkan adanya nyeri. Hal ini dikarenakan lansia sering kali memiliki sumber nyeri yang lebih dari satu, terkadang penyakit yang berbeda-beda yang diderita menimbulkan gejala yang sama. Sebagian lansia terkadang pasrah terhadap apa yang mereka rasakan, karena menganggap hal tersebut merupakan konsekuensi penuaan yang tidak bisa dihindari.

#### 2. Jenis kelamin

Jenis kelamin antara pria maupun wanita tidak ada perbedaan secara bermakna dalam berespon terhadap nyeri. Beberapa kebudayaan mempengaruhi jenis kelamin dalam memaknai nyeri misal, menganggap bahwa anak laki – laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo 2013).

#### 3. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi rasa nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Budaya dan etnisitas

berpengaruh pada bagaimana seseorang merespon terhadap nyeri. Sejak dini pada masa kanak-kanak, individu belajar dari lingkungan sekitar mereka merespon nyeri yang bagaimana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima (Smeltzer, S.S & Bare, B.G, 2002 dalam Andarmoyo, 2013).

#### 4. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Hal ini juga dikaitkan dengan latar belakang budaya individu tersebut. Individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara berbeda-beda, apabila nyeri tersebut memberikan pesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman, dan tantangan (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

#### 5. Perhatian

Tingkat pasien memfokuskan perhatiannya terhadap nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respon nyeri yang menurun (Gill, 1990; Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

#### 6. Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas (Paice, 1991) dikutip dari Potter & Perry (2006), melaporkan suatu bukti bahwa stimulus

nyeri mengaktifkan bagian sistem limbic yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas (Andarmoyo, 2013).

#### 7. Keletihan

Keletihan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa keletihan akan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping. Apabila keletihan disertai kesulitan tidur, persepsi nyeri bahkan dapat terasa lebih berat lagi. Nyeri seringkali lebih berkurang setelah individu mengalami suatu periode tidur yang lelap (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

#### 8. Pengalaman sebelumnya

Apabila individu mempunyai riwayat nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita nyeri yang berat maka ansietas dapat muncul. Apabila individu mengalami nyeri dengan jenis yang sama secara berulang, tetapi kemudian nyeri dapat berhasil dihilangkan akan lebih mudah bagi individu untuk menginterpretasikan sensasi nyeri akibatnya, individu akan lebih siap untuk melakukan tindakan yang diperlukan untuk menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo 2013).

#### 9. Gaya koping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan baik sebagian maupun keseluruhan. Individu seringkali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri. Penting untuk memahami sumber koping klien selama klien

mengalami nyeri, sumber yang dimaksud seperti berkomunikasi dengan keluarga pendukung melakukan latihan, atau menyanyi dapat digunakan dalam rencana asuhan keperawatan dalam upaya mendukung klien dan mengurangi nyeri (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

#### 10. Dukungan keluarga dan sosial

Faktor lain yang mempengaruhi respon nyeri adalah kehadiran orang terdekat individu dan bagaimana sikap mereka terhadap klien. Individu yang mengalami nyeri sering bergantung pada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan, dan perlindungan. Meskipun nyeri tetap dirasakan, kehadiran orang yang dicintai individu akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat individu semakin tertekan. Kehadiran orangtua sangat penting bagi anak-anak yang sedang mengalami nyeri (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013).

#### 2.2.6 Upaya dalam mengatasi nyeri

Penatalaksanaan nyeri bersifat sangat individual, dan intervensi yang berhasil untuk satu orang klien mungkin tidak berhasil untuk klien yang lainnya hal ini karena tingkat mekanisme koping antara individu berbeda. Beberapa upaya yang dapat dilakukan dalam mengatasi nyeri antara lain sebagai berikut :

## 1. Terapi Farmakologis

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgesik dalam penanganan nyeri karena informasi obat yang tidak benar, karena adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat, cemas akan melakukan kesalahan dalam menggunakan analgesik narkotik dan pemberian obat yang kurang dari yang diresepkan. Tiga jenis analgesik umumnya digunakan untuk meredakan nyeri. Ketiga jenis ini adalah :

### a. Analgesik non-narkotik dan obat anti inflamasi nonsteroid (NSAID)

NSAID antara lain aspirin, ibu profen (Motrin) dan naproksen (Naprosyn, Aleve). NSAID Non-narkotik umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri terkait dengan artritis reumatoid, prosedur pengobatan gigi, dan prosedur bedah minor, episiotomi, dan masalah pada punggung bagian bawah. Satu pengecualian, yaitu ketorolak (Taradol), merupakan agens analgesik pertama yang dapat diinjeksikan yang kemanjurannya dapat dibandingkan dengan morfin (Andarmoyo, 2013).

### b. Analgesik narkotik atau opiate

Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang sampai berat, seperti pascaoperasi

dan nyeri maligna. Analgesik ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi (Andarmoyo, 2013).

c. Obat tambahan (*Adjuvan*)

*Adjuvan* seperti sedatif, anticemas, dan relaksasi otot meningkatkan kontrol nyeri atau menghilangkan gejala lain yang terkait dengan nyeri seperti mual muntah. Agens tersebut diberikan dalam bentuk tunggal atau disertai dengan analgesik. Sedatif sering kali diresepkan untuk penderita nyeri kronik. Obat-obatan ini dapat menimbulkan rasa kantuk dan kerusakan koordinasi, keputusasaan, dan kewaspadaan mental (Andarmoyo, 2013).

2. Terapi Non Farmakologis

Managemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agens farmakologis. Melakukan intervensi manajemen nyeri non farmakologi merupakan tindakan mandiri perawat dalam mengatasi respon nyeri klien. Managemen nyeri nonfarmakologi sangat beragam. Banyak literatur yang membicarakan mengenai teknik-teknik peredaan nyeri. Beberapa tindakan non farmakologis dalam mengurangi nyeri antara lain sebagai berikut :

a. Distraksi

Distraksi adalah memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain nyeri, atau dapat diartikan lain bahwa distraksi

adalah suatu tindakan pengalihan perhatian pasien ke hal-hal di luar nyeri. Dengan demikian, diharapkan pasien tidak terfokus pada nyeri lagi dan dapat menurunkan kewaspadaan pasien terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

1) Distraksi visual/ penglihatan

Distraksi visual atau penglihatan adalah pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan ke dalam tindakan-tindakan visual atau pengamatan. Misalnya melihat pertandingan olahraga, menonton televisi, membaca koran, melihat pemandangan indah, dsb (Andarmoyo, 2013).

2) Distraksi Audio/ pendengaran

Pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan ke dalam tindakan-tindakan melalui organ pendengaran. Misalnya mendengarkan musik yang disukai atau mendengarkan suara kicauan burung serta gemericik sir. Saat mendengarkan musik, individu dianjurkan untuk memilih musik yang disukai dan musik tenang seperti musik klasik dan minta untuk berkonsentrasi pada lirik dan irama lagu. Klien juga diperbolehkan untuk menggerakkan tubuh mengikuti irama lagu seperti bergoyang, mengetuk jari atau kaki (Andarmoyo, 2013).

3) Distraksi Intelektual

pengalihan perhatian selain nyeri yang diarahkan ke tindakan dengan menggunakan daya intelektual pasien, misalnya

dengan mengisi teka teki silang, beramin kartu, menulis buku cerita, dan sebagainya (Andarmoyo, 2013).

b. Relaksasi

Relaksasi merupakan pelepasan otot sehingga akan mengurangi ketegangan otot yang dapat mengurangi rasa nyeri. Teknik yang dilakukan yaitu dengan nafas dalam secara teratur dengan cara menghirup udara melalui hidung, tahan dan keluarkan secara perlahan melalui mulut (Atoilah, E. M., & Engkus, K. 2013).

c. Stimulasi Saraf Elektris Transkutan/TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*)

*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*(TENS) adalah alat yang menggunakan aliran listrik baik dengan frekuensi rendah maupun tinggi yang dihubungkan dengan elektroda pada kulit untuk menghsilkan sensasi kesemutan, bergetar, atau mendengung pada area yang nyeri. TENS adalah salah satu prosedur non invasif dan salah satu metode yang aman untuk mengurangi nyeri akut maupun kronis (Andarmoyo, 2013).

d. Imajinasi terbimbing

Imajinasi terbimbing adalah suatu cara dengan menggunakan imajinasi seseorang dalam cara yang dirancang secara khusus untuk mencapai efek positif tertentu. Tindakan ini membutuhkan konsentrasi yang cukup. Usahakan kondisi lingkungan mendukung untuk tindakan ini misalnya kegaduhan, kebisingan, bau

menyengat maupun cahaya yang terang perlu di pertimbangkan agar tidak mengganggu konsentrasi klien.

e. Akupuntur

Akupuntur adalah suatu teknik tusuk jarum yang mempergunakan jarum kecil panjang (ukuran bervariasi mulai dari 1,7 cm sampai 10 cm) kemudian di tusukkan pada bagian tertentu di badan (area yang sering digunakan adalah kaki, tungkai bawah, tangan, dan lengan bawah). Setelah dimasukkan ke area tubuh tertentu, jarum diputar – putar atau di pakai untuk menghantar arus listrik yang kecil. Titik-titik akupuntur dapat distimulasi dengan memasukkan dan mencabut jarum menggunakan panas, tekanan/pijatan, laser atau stimulasi elektrik atau kombinasi dari berbagai macam cara tersebut

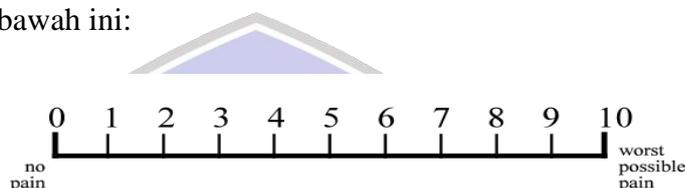
### 2.2.7 Mengukur Derajat Nyeri

Intensitas derajat nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologik tubuh terhadap nyeri itu sendiri.

Pengukuran intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

### 1. Skala numerik (*Numerical Rating Scale*)

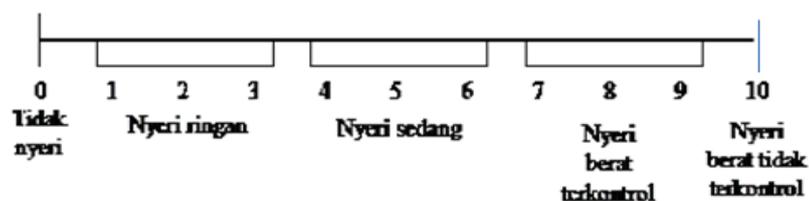
Skala penilaian numerik lebih digunakan sebagai alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 (Perry dan Potter, 2006 dalam Andarmoyo, 2013). Skalanya seperti gambar dibawah ini:



Gambar 2.2 Skala numerik  
Sumber : Sulisty Andarmoyo, 2013

### 2. Skala Deskriptif (*Verbal Descriptor Scale*)

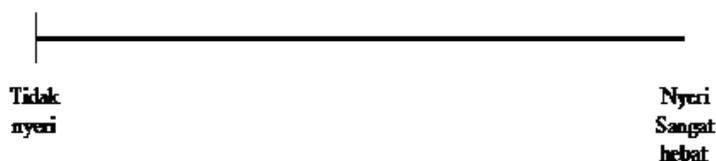
Skala deskriptif adalah alat pengukur tingkat keparahan yang lebih objektif. Skala deskriptif merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini dirangking dari “Tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan klien skala tersebut dan meminta klien untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang klien rasakan. Perawat juga menanyakan seberapa jauh nyeri terasa paling menyakitkan dan seberapa jauh nyeri terasa tidak menyakitkan (Potter & Perry, 2006 dalam Andarmoyo, 2013). Skala tersebut seperti gambar dibawah ini:



Gambar 2.3 Skala Deskriptif  
Sumber : Sulisty Andarmoyo, 2013.

### 3. Skala analog (*Visual Analog Scale*)

Skala analog adalah garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri yang terus-menerus dan pendekskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjukkan titik pada garis yang menunjukkan letak nyeri terjadi sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam centimeter (Smeltzer, 2002 dalam Andarmoyo, 2013). Skala analog seperti gambar dibawah ini:



Gambar 2.4 Skala Analog  
Sumber : Sulisty Andarmoyo, 2013

## 2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.3.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien post operasi *apendiktomi* menurut (Bararah & Jauhar, 2013 dalam saputro, 2018) ; mutaqqin & kumala sari, (2011) antara lain :

#### 1. Data umum pasien

Meliputi nama pasien, umur (remaja - dewasa), jenis kelamin (Laki – laki lebih berisiko daripada perempuan), suku bangsa, pekerjaan, pendidikan, alamat, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis.

#### 2. Keluhan utama

Pasien dengan post operasi *apendiktomi* biasanya merasakan nyeri pada luka insisi/operasi

#### 3. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang dikaji dimulai dari keluhan yang dirasakan pasien sebelum masuk rumah sakit, ketika mendapatkan perawatan di rumah sakit sampai dilakukannyapengkajian. Pada pasien post operasi *apendiktomi* biasanya didapatkan adanya keluhan seperti nyeri pada luka insisi operasi. Keluhan nyeri dikaji menggunakan PQRST : P (*provokatif*), yaitu faktor yang mempengaruhi berat atau ringannya nyeri. Q (*Quality*), yaitu kualitas dari nyeri, seperti apakah rasa tajam, tumpul atau tersayat. R (*Region*), yaitu daerah / lokasi perjalanan nyeri. S (*Severity*), yaitu skala/ keparahan atau intensitas nyeri. T (*Time*), yaitu lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri

#### 4. Riwayat kesehatan dahulu

Dalam hal ini yang perlu dikaji atau di tanyakan pada klien tentang penyakit apa saja yang pernah di derita, riwayat operasiserta tanyakan apakah pernah masuk rumah sakit sebelumnya.

#### 5. Riwayat penyakit keluarga

Tanyakan pada pasien mengenai riwayat penyakit keluarga seperti (Diabetes Melitus, Hipertensi, Asma) dan penyakit menular.

#### 6. Riwayat Psikososial

Pada pasien post operasi *apendiktomi* didapatkan kecemasan akan nyeri hebat atau akibat respons pembedahan. Pada beberapa pasien juga didapatkan mengalami ketidakefektifan koping berhubungan dengan perubahan peran dalam keluarga (Mutaqqin, Arif & kumala sari, 2011).

#### 7. Pola sehari-hari

##### a. Nutrisi

Nafsu makan menurun dan porsi makan menjadi kurang

##### b. Eliminasi

1) Alvi : Kadang terjadi diare/ konstipasi pada awal post operasi

2) Urine : Pada pasien post operasi *apendiktomi* mengalami penurunan haluaran urin.

##### c. Tidur/istirahat

Pola tidur dapat terganggu maupun tidak terganggu, tergantung bagaimana toleransi klien terhadap nyeri yang dirasakannya.

d. Personal Hygiene

Upaya untuk menjaga kebersihan diri cenderung kurang.

e. Aktavitas

Biasanya pasien post operasi *apendiktomi* mengalami kelemahan

8. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum klien mulai saat pertama kali bertemu dengan klien dilanjutkan mengukur tanda-tanda vital. Pada pasien post operasi *apendiktomi* mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari ruang operasi.

b. Tanda-tanda vital

Tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu) umumnya pasien mengalami takikardi, peningkatan tekanan darah, dapat juga terjadi hipotensi.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Kepala

Kebersihan kepala, warna rambut, tidak ada kelainan bentuk kepala, tidak ada nyeri tekan.

2) Pemeriksaan Muka

Pasien nampak meringis menahan nyeri pada luka bekas operasi. tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema.

3) Pemeriksaan Mata

Keadaan pupil isokor, palperbra dan refleks cahaya tidak ada gangguan, konjungtiva tidak anemis

## 4) Pemeriksaan Hidung

Bersih, tidak terdapat polip, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat nafas cuping hidung

## 5) Pemeriksaan Mulut

Mukosa bibir kering karena adanya pembatasan masukan oral, mengamati bibir ada tidaknya kelainan kogenital (bibir sumbing), sianosis atau tidak, pembengkakkan atau tidak, lesi atau tidak, amati adanya stomatitis pada mulut atau tidak, amati jumlah dan bentuk gigi, gigi berlubang, warna, plak, dan kebersihan gigi. mengkaji terdapat nyeri tekan atau tidak pada pipi dan mulut bagian dalam

## 6) Pemeriksaan Telinga

Pada klien post operasi *apendiktomi* fungsi pendengaran tidak mengalami gangguan, inspeksi bentuk dan kesimetrisan telinga, kebersihan telinga.

## 7) Pemeriksaan Thorak

## a) Paru-paru

Inspeksi : Pergerakan dada simetris, Pasien post operasi *apendiktomi* akan mengalami penurunan dan peningkatan frekuensi nafas

Palpasi : Kaji ada tidaknya nyeri tekan, vokal fremitus sama antara kanan dan kiri.

Perkusi : Terdengar sonor

Auskultasi : Normalnya terdengar vasikuler pada kedua paru, tidak terdapat suara tambahan

b) Jantung

Inspeksi : Ictus cordis tidak nampak

Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 4 & 5 mid clavicula sinistra.

Perkusi : Normalnya terdengar pekak

Auskultasi : Normalnya terdengar tunggal suara jantung pertama dan suara jantung kedua.

8) Abdomen

Inspeksi : Terdapat luka bekas operasi tertutup kasa, bentuk dan ukuran luka, terlihat mengembang (distensi).

Auskultasi : Bising usus menurun

Palpasi : Terdapat nyeri tekan pada abdomen bekas operasi

Perkusi : Kaji suara apakah timpani atau hipertimpani

9) Ekstremitas

Secara umum klien post operasi *apendiktomi* dapat mengalami kelemahan karena tirah baring pasca operasi. Kekakuan otot akan berangsur membaik seiring dengan peningkatan toleransi aktivitas klien.

#### 10) Integritas kulit

Terdapat luka sayatan pada bekas operasi, warna kulit, kelembaban, akral hangat, CRT (*Capillary Refil Time*) < 2 detik, turgor kulit menurun.

#### 9. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan darah rutin : untuk mengetahui adanya peningkatan leukosit yang merupakan tanda adanya infeksi.
- b. Pemeriksaan foto abdomen : untuk mengetahui adanya komplikasi pasca pembedahan

#### 2.3.2 Analisa data

Data yang telah dikumpulkan dari data subjektif dan data objektif kemudian dianalisa untuk menentukan masalah klien. Analisa merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan menyeleksi data, mengklarifikasi, mengelompokkan data, mengaitkan dan menentukan kesenjangan informasi, membandingkan dengan standar, menginterpretasikan serta akhirnya membuat diagnosa keperawatan (Herdman dan Kamitsuru, 2015).

#### 2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keparawatan yang muncul pada pasien post operasi apendiktomi menurut (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) antara lain :

1. Nyeri akut b.d agen cedera fisik
2. Risiko infeksi b.d prosedur invasif
3. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mengabsorbsi makanan

### 2.3.4 Intervensi Keperawatan

#### 1. Intervensi keperawatan menurut SIKI

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	<p><b>Nyeri akut</b>  <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.</p> <p><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 iritasi).</li> <li>3. Agen pencedera fisik (mis. Abses, trauma, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan)</li> </ol>	<p><b>SLKI</b>  <b>Tingkat Nyeri :</b>            Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Fokus membaik</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Sifat protektif menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat</li> <li>7. Kesulitan tidur menurun</li> <li>8. berfokus pada diri sendiri</li> <li>9. Diaforesis menurun</li> <li>10. Frekuensi nadi membaik</li> </ol>	<p><b>SIKI</b>  <b>Manajemen Nyeri:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Observasi.</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</li> <li>b. Identitas skala nyeri</li> <li>c. Identitas respon nyeri non verbal</li> <li>d. Identitas faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>e. Identitas pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>f. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>g. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> </ol> </li> <li><b>2. Terapeutik.</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, distraksi,</li> </ol> </li> </ol>

**Gejala dan Tanda****Mayor****Subjektif:**

- a. Mengeluh nyeri

**Objektif:**

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Sulit tidur

**Gejala dan Tanda****Minor:****Subjektif:**

(Tidak tersedia)

**Objektif:**

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola nafas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berfikir terganggu
- e. Menarik diri

**Kondisi****terkait:**

- a. Kondisi pembedahan
- b. Cedera traumatis
- c. Infeksi
- d. Sindrom koroner akut
- e. glaucoma

relaksasi(genggam jari, benson))

- b. Control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruang, pencahayaan, kebisingan)
- c. Fasilitasi istirahat dan tidur

**3. Edukasi.**

- a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

**4. Kolaborasi**

- a. Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu

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

Dari beberapa intervensi yang telah di sebutkan diatas, peneliti mengambil intervensi terapeutik non farmakalogi berupa teknik relaksasi genggam jari. Terapi relaksasi genggam jari adalah salah

satu teknik relaksasi yang menggunakan jari tangan yang dapat memberikan suatu tindakan untuk membebaskan mental dan fisik dari ketegangan stress sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Hasaini, Asni 2019).

## 2. Hasil Analisis Literature Review

Hasil studi literature yang diambil adalah intervensi non farmakologi berupa teknik relaksasi genggam jari yang berkaitan dengan intervensi yang dipilih dan akan dilakukan pembahasan secara mendalam pada bab 4, dengan literatur 3 jurnal sebagai berikut :

### a. Jurnal 1

#### 1) Judul Jurnal

Efektifitas Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Nyeri Pada Pasien Post Op Appendiktomi di Ruang Bedah (RSUD Ratu Zalecha Martapura Tahun 2019)

#### 2) Nama jurnal

Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Vol 10 No.1 Juli 2019 (ISSN: 2086-3454 EISSN :2549-4058)

#### 3) Peneliti

Asni Hasaini

#### 4) Kata Kunci

Relaksasi Genggam Jari, Nyeri, Post Op Appendiktomy

#### 5) Metode

Metode eksperimental yang menggunakan pendekatan atau rancangan *one group pre-post test design*

## 6) Hasil

Tingkat nyeri sebelum diberikan relaksasi genggam jari pada 15 responden di dapatkan tingkat nyeri rerata 4 dikategori nyeri sedang, nilai tertinggi nyeri adalah 5, dan nilai terendah nyeri adalah 3, dengan standar deviasi sebesar 0,535. Tingkat nyeri sesudah diberikan relaksasi genggam jari pada 15 responden didapatkan tingkat nyeri rerata (1,73) dikategori nyeri ringan, nilai tertinggi nyeri adalah 2. nilai terendah nyeri adalah 1 dengan standar deviasi sebesar 0,438. Ada efek dari pemberian teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post op appendiktomy yang dimana didapat  $p = 0,000$  ( $p = 0,000 < 0,05$ ), yang berarti  $H_a$  diterima, yang artinya ada efek pemberian teknik relaksasi genggam jari terhadap penurunan nyeri pada pasien post op appendiktomy.

### b. Jurnal 2

#### 1) Judul Jurnal

Pengaruh Teknik Relaksasi Genggam Jari Terhadap Penurunan Skala Nyeri Pada Pasien Post *Appendictomy* di Ruang IRNA III RSUD P3 Gerung Lombok Barat

#### 2) Nama jurnal

Manuju : Malahayati Nursing Journal, P-ISSN:2655-2728 E-ISSN : 2655-4712 Volume 2, Nomor 1 Januari 2020, Hal 188-200

## 3) Peneliti

Abdul Hayat, Ernawati, Maelina Ariyanti

## 4) Kata Kunci

Apendiksitis, Nyeri, Teknik relaksasi Genggam Jari

## 5) Metode

Penelitian *Pre experimental design* dengan bentuk *one group pre test-post test design*.

## 6) Hasil

Tingkat nyeri yang dirasakan sebagian besar responden sebelum diberikan tehnik relaksasi genggam jari yaitu nyeri sedang sebanyak 17 orang (89,5%). Tingkat nyeri yang dirasakan oleh responden sesudah diberikan teknik relaksasi genggam jari adalah sebagian besar responden tidak mengalami nyeri sebanyak 8 orang (42,1%) dan yang mengalami nyeri sedang sebanyak 4 oarang (21,1%). Terdapat pengaruh teknik relaksasi genggam jari terhadap skala nyeri pasien post operasi appendiktomy di ruang IRNA III RSUD P3 Gerung Lombok Barat dengan nilai  $p \text{ value} = 0,000 < \alpha 0,05$  dengan perhitungan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Ranks Test*.

**c. Jurnal 3**

## 1) Judul Jurnal

Relaksasi *Finger Hold* Untuk Penurunan Nyeri Pasien Post Operasi *Appendektomi*

## 2) Nama jurnal

*Jambura Health and Sport Journal* Vol. 2, No. 1, Februari  
2020 p-ISSN 2654-718X, e-ISSN : 2656-2863

## 3) Peneliti

Ahmad Aswad

## 4) Kata Kunci

Relaksasi; *Finger Hold*; Nyeri; Appendiktomi

## 5) Metode

Quasi experiment dengan pendekatan *pre test-post test* tanpa kelompok kontrol.

## 6) Hasil

Frekuensi skala nyeri sebelum dilakukan teknik Relaksasi *Finger Hold* yang tertinggi adalah nyeri sangat berat skala 7-8 berjumlah 17 orang (53,1%) dan nyeri berat skala 5-6 berjumlah 15 orang (46,9%). Frekuensi skala nyeri setelah dilakukan teknik Relaksasi *Finger Hold* yang tertinggi adalah nyeri berat : 5-6 berjumlah 24 orang (75%) dan nyeri sangat berat skala 7-8 berjumlah 8 orang (25%). Hasil uji non parametrik t dependen yaitu menggunakan uji *Wilcoxon* didapatkan p value 0,000. Skala nyeri pada responden sebelum dilakukan intervensi relaksasi genggam jari *Finger Hold* yaitu 6,63 dan setelah diberikan intervensi menjadi 2,16 dari hasil tersebut menunjukkan setelah diberikan intervensi

terapi relaksasi *Finger Hold* nilai mean turun dari sebelum diberikan intervensi relaksasi *Finger Hold*.

### 3. Kajian Keislaman

Sebagai umat muslim selain berikhtiar secara lahir diperlukan juga untuk berikhtiar secara batin. Salah satu ikhtiar secara batin yaitu dengan berdoa. Rasulullah SAW mengajarkan sebuah doa bagi siapa saja yang mengalami sakit agar Allah segera mengangkat penyakitnya dan memberikan kesembuhan

حَدَّثَنَا عَمْرُو بْنُ عَلِيٍّ حَدَّثَنَا يَحْيَى حَدَّثَنَا سُفْيَانُ حَدَّثَنِي سُلَيْمَانُ عَنْ مُسْلِمٍ عَنْ مَسْرُوقٍ  
عَنْ عَائِشَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهَا أَنَّ النَّبِيَّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ كَانَ يُعَوِّدُ بَعْضَ أَهْلِهِ يَمْسُحُ  
بِيَدِهِ الْيُمْنَى وَيَقُولُ اللَّهُمَّ رَبَّ النَّاسِ أَدْهَبِ الْبَاسَ اشْفِهِ وَأَنْتَ الشَّافِي لَا شِفَاءَ إِلَّا شِفَاؤُكَ  
شِفَاءً لَا يُغَادِرُ سَقَمًا قَالَ سُفْيَانُ حَدَّثْتُ بِهِ مَنْصُورًا فَحَدَّثَنِي عَنْ إِبْرَاهِيمَ عَنْ مَسْرُوقٍ  
عَنْ عَائِشَةَ نَحْوَهُ

Telah menceritakan kepada kami ‘Amru Bin Ali telah menceritakan kepada kami Yahya menceritakan kepada kami Sufyan telah menceritakan kepadaku Suliman dari Muslim dari Masruq dari Aisyah radliallahu ‘anha bahwa Nabi Shallallahu ‘alaihi wasallam selalu meminta perlindungan terhadap sebagian keluarganya, beliau mengusap tangan kanannya sambil berdo’a :  
“*Allahumma Rabbana Naasi Adzhabil ba’sa asyfihi anta syaafi laa syifaa’a illa syifaa’uka syifaa’an laa yughaadiru saqama*” (Ya Allah Rabb manusia, dzat yang menghilangkan rasa sakit, sembuhkanlah sesungguhnya Engkau dzat yang Maha menyembuhkan, tidak ada

kesembuhan melainkan dari kesembuhan-Mu, yaitu kesembuhyang tidak menyisakan rasa sakit). Sufyan berkata ; Aku menceritakan hal ini kepada Manshur, maka dia menceritakan kepadaku dari Ibrahim dari Masruq dari Aisyah seperti hadist diatas.

### 2.3.5 Implementasi

Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik dengan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan klien, faktor – faktor lain yang mempengaruhi kebutuhankeperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Dinarti dan Mulyani, 2017).

Prinsip – prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan respon pasien
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan
3. Berdasarkan sumber –sumber yang tersedia
4. Sesuai dengan tanggungjawab dan tanggung gugat profesi keperawatan
5. Mengerti dengan jelas pesanan – pesanan yang ada dalam intervensi keperawatan
6. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan pasien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (*self care*)

7. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan
8. Menjaga rasa aman, harga diri, dan melindungi pasien
9. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan
10. Bersifat holistik
11. Kerjasama dengan profesi lain
12. Melakukan dokumentasi

### 2.3.6 Evaluasi

Evaluasi atau tahap penilaian merupakan tindakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada tahap perencanaan (Wahyuni, 2016).

Teknik penulisan SOAP menurut (Zaidin Ali, 2009) adalah sebagai berikut :

1. *S (Subjective)* : bagian ini meliputi data subjektif atau informasi yang didapatkan dari klien setelah mendapatkan tindakan, seperti klien menguraikan gejala sakit atau menyatakan keinginannya untuk mengetahui tentang pengobatan. Ada tidaknya data subjektif dalam catatan perkembangan tergantung pada keakutan penyakit klien.
2. *O (Objective)* : Informasi yang didapatkan berdasarkan hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan perawat setelah

tindakan. Misalnya pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, observasi atau hasil radiologi.

3. A (*Assesment*) : Membandingkan antara informasi subjektif & objektif dengan tujuan&kriteria hasil yang kemudian dapat ditarik kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, atau masalah tidak teratasi
4. P (*Planning*) : Perencanaan bergantung pada pengkajian situasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Rencana dapat meliputi instruksi untuk mengatasi masalah klien, mengumpulkan data tambahan tentang masalah klien, pendidikan bagi individu atau keluarga, dan tujuan asuhan. Rencana yang terdapat dalam evaluasi atau catatan SOAP dibandingkan dengan rencana pada catatan terdahulu, kemudian dapat ditarik keputusan untuk merevisi, memodifikasi, atau meneruskan tindakan yang lalu.

Rencana tindak lanjut dapat berupa : rencana diteruskan jika masalah tidak berubah, rencana dimodifikasi jika masalah tetap dan semua tindakan sudah dijalankan tetapi hasil belum memuaskan, rencana dibatalkan jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan, rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru (Hemanus, 2015).

Menurut Olfah (2016), ada 3 keputusan pada tahap evaluasi antara lain :

1. Klien telah mencapai hasil yang ditentukan dalam tujuan, sehingga rencana mungkin dihentikan.
2. Klien masih dalam proses mencapai hasil yang ditentukan, sehingga pada penambahan waktu, *resources*, dan intervensi sebelum tujuan berhasil.
3. Klien tidak dapat mencapai hasil yang telah ditentukan sehingga perlu :
  - a. Mengkaji ulang masalah atau respon yang lebih akurat
  - b. Membuat outcome yang baru, mungkin outcome pertama tidak realistis atau mungkin keluarga tidak menghendaki terhadap tujuan yang disusun oleh perawat.
  - c. Intervensi keperawatan harus dievaluasi dalam hal ketepatan untuk mencapai tujuan sebelumnya.

Evaluasi yang di harapkan dari rencana intervensi manajemen nyeri yaitu :

1. Keluhan nyeri menurun
2. Fokus membaik
3. Meringis menurun
4. Sifat protektif menurun
5. Gelisah menurun
6. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat
7. Kesulitan tidur menurun
8. berfokus pada diri sendiri menurun

9. Diaforesis menurun

10. Frekuensi nadi membaik

Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Tim Pokja SLKI DPP PPNI,  
(2018).

