

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini menjelaskantentang 1. Konsep dasar apendiktomi 2. Konsep nyeri akut 3. Konsep relaksasi benson 4. Konsep asuhan keperawatan nyeri akut pada pasien post op apendiktomi.

#### **2.1 Konsep Dasar Apendiktomi**

##### **2.1.1 Pengertian**

Pembedahan dinding abdomen, saluran pencernaan (gastrointestinal) dan organ aksesori yang melibatkan banyak sistem tubuh. Organ yang tercakup dalam pembedahan dinding andomen dan saluran pencernaan adalah organ aksesori misalnya limfa, pancreas, hati, kandung empedu, dan duktud serta struktur penunjang di abdomen. Apendiktomi adalah pembedahan untuk mengangkat apendiks, pembedahan di indikasikan bila diagnose apendisitis telah ditegakkan. Hal ini dilakukan sesegera mungkin untuk menurunkan resiko perforasi. Pilihan apendiktomi dapat cito (segera) untuk apendisitis akut, abses, dan perforasi. Pilihan apendiktomi efektif untuk apendisitis kronik (Lubis, 2020).

Apendiktomi merupakan operasi pengangkatan usus buntu. Operasi dilakukan guna mengangkat usus buntu yang terinfeksi. Usus buntu yang terinflamasi ini dapat pecah kemudian melepaskan bakteri serta kotoran pada rongga perut (Kusuma Ningrum, 2022).

Jadi dapat disimpulkan bahwa apendiktomi merupakan operasi pengangkatan usus buntu yang harus segera dilakukan apabila diagnosa apendisitis sudah ditegakkan untuk menurunkan resiko terjadinya perforasi yang akan menyebabkan bakteri dan kotoran akan menyebar di dalam rongga perut.

### **2.1.2 Etiologi**

Etiologi dilakukannya tindakan pembedahan pada penderita apendisitis dikarenakan apendiks mengalami peradangan. Sumbatan lumen apendiks adalah faktor pencetus penyebab apendisitis. Apendiks yang meradang dapat menyebabkan infeksi dan perforasi apabila tidak dilakukannya proses tindakan pembedahan. Penyebab lain yang dapat menimbulkan apendiks yaitu akibat adanya sumbatan lumen apendiks yang disebabkan oleh hiperplasia jaringan limfe, fekalit, tumor apendiks, dan cacing askaris, dan selain itu apendisitis juga bisa terjadi akibat adanya erosi mukosa apendik karena parasite seperti *E. Histolytica* (Wulandari, 2021).

### **2.1.3 Manifestasi Klinis**

Menurut (SDKI DPP PPNI, 2017) tanda dan gejala nyeri akut dibagi menjadi tanda gejala mayor dan tanda gejala minor. Secara spesifik tanda dan gejala nyeri akut pasien post operasi apendiktomi menurut (Potter & Perry 2006) sayatan luka post operasi apendiktomi yang dihasilkan merupakan trauma bagi penderita dan menimbulkan berbagai keluhan.

Tanda dan gejala nyeri akut yang muncul seperti denyut jantung, tekanan darah dan frekuensi pernafasan meningkat. Gerakan tubuh dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri seperti memegang bagian tubuh yang nyeri, dan ekspresi wajah yang menyeringai atau gelisah.

Menurut (Widarsa & Padmi, 2018) tanda dan gejala post op apendiktomi antara lain :

1. Nyeri pada area luka operasi yang kemungkinan dapat menghambat aktivitas disertai kekakuan pada abdomen dan paha kanan.
2. Mual dan muntah.
3. Keterbatasan dalam melakukan aktivitas perawatan diri
4. Dehidrasi karena adanya pembatasan masukan oral pada periode pertama post operasi
5. Konstipasi, karena adanya pengaruh anastesi pada pencernaan.
6. Ketidaktahuan klien dalam pemulihan pasca operasi.
7. Fungsi pencernaan

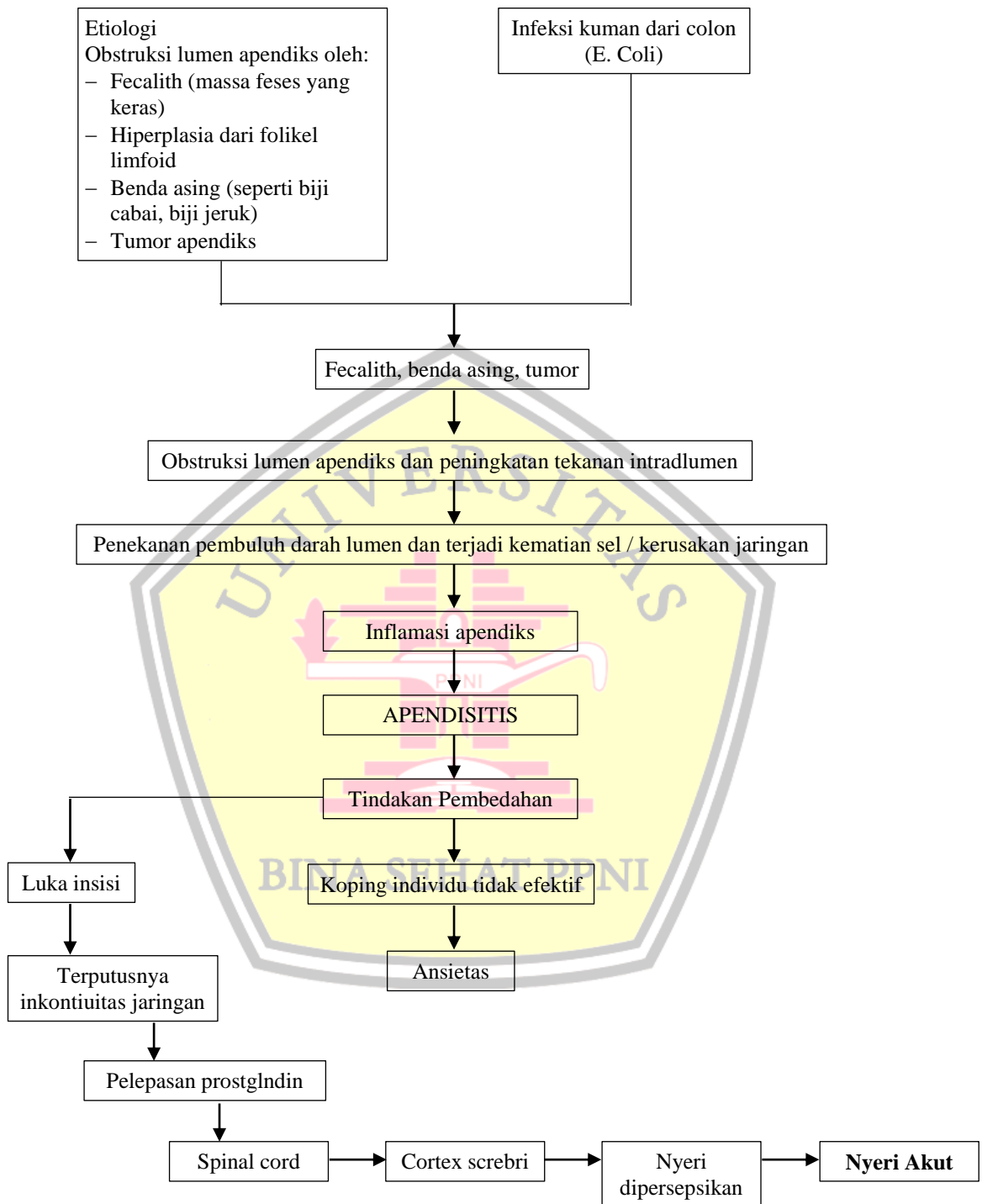
#### **2.1.4 Patofisiologi**

Dalam proses operasi apendiktomi dilakukan tindakan insisi pada dinding abdomen sehingga menyebabkan terputusnya inkontinuitas jaringan disekitar daerah insisi. Nyeri dapat terjadi akibat stimulus ujung serabut syaraf oleh zat-zat kimia yang dikeluarkan saat pembedahan atau iskemia jaringan karena terganggunya suplai darah. Suplai darah terganggu karena adanya penekanan, spasme otot atau edema. Hal ini akan merangsang

pengeluaran histamine dan prostaglandin kemudian stimulus dipindahkan dari saraf perifer melalui medulla spinal (spinal cord) menuju otak dan menimbulkan rasa nyeri ( nyeri akut) (Kusuma & Nurarif, 2015)



### 2.1.5 Pathway



**Gambar 2.1** Pathway Post Op Appendiktomi (Kusuma & Nurarif, 2015)

### 2.1.6 Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi apabila terjadi keterlambatan penanganan adapun jenis komplikasi menurut (Saputro, 2018) di antaranya :

#### 1. Peritonitis

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

#### 2. Perforasi

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

#### 3. Abses

Abses merupakan peradangan apendiks yang berisi pus. Teraba massa lunak di kuadran kanan bawah atau daerah pelvis. Massa ini

mula-mula berupa flegmon dan berkembang menjadi rongga yang mengandung pus. Hal ini terjadi bila apendisitis gangren atau mikroperforasi ditutupi oleh omentum.

#### 4. Adhesi

Adhesi bisa menjadi lebih besar atau lebih ketat dari waktu ke waktu. Masalah dapat terjadi jika perlengketan menyebabkan organ atau bagian tubuh memutar. Tarik keluar dari posisi, jika tidak dapat bergerak secara normal. Resiko pembentukan perlengketan lebih tinggi setelah operasi usus atau organ kewanitaan. Pembedahan menggunakan laparoskopi cenderung menyebabkan perlengketan dari pada operasi terbuka. Penyebab lain dari perlengketan di perut atau panggul meliputi : apendisitis, paling sering apendiks pecah (ruptur).

#### 5. Massa apendikular

Massa apendiks adalah tumor inflamasi yang terdiri dari apendiks yang meradang, visera yang berdekatan, dan omentum mayor, sedangkan abses adalah massa apendiks yang mengandung nanah. Pasien didiagnosis dengan pemeriksaan fisik, computed tomography (CT) dan USG.

#### 6. Infeksi luka operasi apendiktomi

Infeksi luka operasi (ILO) adalah salah satu dari tiga infeksi tersering yang didapat dirumah sakit, dengan rata-rata mencapai 14-16% dan merupakan infeksi yang paling sering terjadi pada pasien post operasi. Hampir dua pertiga angka kejadian ILO terbatas pada luka insisi

operasi dan hanya sepertiga yang juga melibatkan organ atau bagian anatomi lain yang terlibat saat operasi. ILO juga sering terjadi setelah operasi apendektomi terutama pada apendisitis yang kompleks (Elfira et al., 2021).

### **2.1.7 Penatalaksanaan**

Pada apendisitis pengobatan yang paling baik adalah operasi apendiks. Dalam waktu 48 jam harus dilakukan. Penderita di observasi, istirahat dalam posisi fowler, diberikan antibiotic dan diberikan makanan yang merangsang peristaltic, jika terjadi perforasi diberikan drain diperut kanan bawah. Bila diagnosis sudah pasti, maka terapi yang paling tepat adalah tindakan operasi yaitu :

1. Tindakan pre operatif, yaitu pasien dirawat, diberikan antibiotic dan kompres untuk menurunkan suhu pasien, pasien diminta untuk tirah baring.
2. Operasi terbuka yaitu apendektomi, satu sayatan akan dibuat (sekitar 5 cm) dibagian bawah kanan perut. Apendektomi adalah intervensi bedah untuk melakukan pengangkatan bagian tubuh yang mengalami masalah atau mempunyai penyakit. Apendektomi dapat dilakukan dengan dua metode pembedahan yaitu pembedahan secara terbuka/pembedahan konveksional (laparotomi) atau dengan menggunakan teknik laparoskopi yang merupakan teknik pembedahan minimal infasif dengan metode terbaru yang sangat efektif (Manurung, 2019). Apendektomi terbuka



merupakan tindakan dengan cara membuat sayatan pada perut sisi kanan bawah atau pada daerah McBurney sampai menembus peritoneum.

3. Tahap operasi apendiktomi

a) Tindakan sebelum operasi

- 1) Observasi pasien
- 2) Pemberian cairan melalui infus intravena untuk mencegah dehidrasi dan mengganti cairan yang telah hilang
- 3) Pemberian analgesic dan antibiotic melalui intravena
- 4) Pasien dipusakan dan tidak ada asupan apapun secara oral
- 5) Pasien diminta melakukan tirah baring

b) Tindakan operasi

- 1) Perawat dan dokter menyiapkan pasien untuk tindakan anastesi sebelum dilakukan pembedahan
- 2) Pemberian cairan intravena ditujukan untuk meningkatkan fungsi ginjal adekuat dan menggantikan cairan yang telah hilang
- 3) Aspirin dapat diberikan untuk mengurangi peningkatan suhu
- 4) Terapi antibiotic diberikan untuk mencegah terjadinya infeksi.

c) Tindakan pasca operasi

- 1) Observasi TTV
- 2) Sehari pasca operasi, posisikan pasien semi fowler, posisi ini dapat mengurangi tegangan pada luka insisi sehingga membantu mengurangi rasa nyeri

- 3) Sehari pasca operasi, pasien dianjurkan untuk duduk tegak ditempat tidur selama 2x30 menit. Pada hari kedua pasien dapat berdiri tegak dan duduk diluar kamar
- 4) Pasien yang mengalami dehidrasi sebelum pembedahan diberikan cairan melalui intravena. Cairan peroral biasanya diberikan bila pasien dapat mentoleransi
- 5) Dua hari pasca operasi, diberikan makanan sring dan pada hari berikutnya diberikan makanan lunak

#### **2.1.8 Pemeriksaan Penunjang**

1. Pemeriksaan laboratorium

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

2. Pemeriksaan radiologi

- a) Foto polos perut dapat memperlihatkan adanya fekalit (jarang membantu)
- b) Ultrasonografi (USG) pemeriksaan USG dilakkan 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) yaitu sintesis dari reaksi fase akut oleh hati sebagai respon dari infeksi atau inflamasi. Pada apendisitis didapatkan peningkatan kadar CRP (Muttaqin & Sari, 2020).

## **2.2 Konsep Nyeri**

### **2.2.1 Definisi Nyeri**

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 (SDKI DPP PPNI, 2017).

Nyeri adalah gejala subjektif, hanya klien yang dapat mendeskripsikannya. Tujuan nyeri adalah untuk perlindungan, nyeri bertindak sebagai suatu peringatan bahwa jaringan sedang mengalami kerusakan dan meminta penderita untuk menghilangkan atau menarik diri dari sumber. Nyeri dapat diklasifikasikan berdasarkan durasi (akut atau kronis), tipe (nosiseptif, inflamasi dan neuropatik), dan tingkat keparahan (ringan, sedang, berat) (Rosdahl & Kowalski, 2020).

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut dapat dijelaskan sebagai nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan. Fungsi nyeri akut yaitu memberi peringatan akan suatu cedera atau penyakit yang akan datang (Andarmoyo, 2013).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional tidak nyaman yang biasanya berkaitan dengan adanya kerusakan jaringan aktual dan potensial yang durasinya singkat sampai kurang dari enam bulan.

### **2.2.2 Etiologi Nyeri**

- 1) Agen pencedera fisiologis (misal ; inflamasi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (misal ; terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (misal ; abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (SDKI DPP PPNI, 2017).

### **2.2.3 Manifestasi Klinis**

Pasien dengan nyeri memiliki tanda dan gejala mayor maupun minor sebagai berikut :

- 1) Tanda gejala mayor

Subjektif :

- a. Mengeluh nyeri

Objektif :

- a. Tampak meringis
- b. Bersikap protektif (mis ; waspada, posisi menghindari nyeri)
- c. Gelisah
- d. Frekuensi nadi meningkat

e. Sulit tidur

2) Tanda dan gejala minor

Subjektif :

(Tidak tersedia)

Objektif :

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola nafas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berfikir terganggu
- e. Menarik diri
- f. Berfokus pada diri sendiri
- g. Diaphoresis (SDKI DPP PPNI, 2017).

#### 2.2.4 Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri

a. Usia

Usia mempengaruhi persepsi dan ekspresi seseorang terhadap nyeri. Perbedaan perkembangan pada orang dewasa dan anak sangat mempengaruhi bagaimana reaksi terhadap nyeri. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam mengekspresikan nyeri, anak akan kesulitan mengungkapkan secara verbal dan mengekspresikan nyeri pada orang tua dan petugas kesehatan.

b. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang memengaruhi. Secara umum pria dan wanita tidak berbeda dalam berespons terhadap nyeri, akan tetapi beberapa kebudayaan memengaruhi pria dan wanita dalam mengekspresikan nyeri.

c. Kebudayaan

Pengaruh kebudayaan dapat menimbulkan anggapan orang bahwa memperlihatkan kelemahan pribadinya, dalam hal seperti itu maka sifat tenang dan pengendalian diri merupakan sifat terpuji. Bagi klien yang secara sadar atau tidak sadar memandang nyeri sebagai suatu hukuman, maka penyakit merupakan cara untuk menebus kesalahan suatu dosa-dosa yang pernah diperbuat.

d. Perhatian

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

e. Makna nyeri

Makna seseorang yang dikaitkan dengan nyeri dapat memengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. tiap klien akan memberikan respon yang berbeda-beda apabila nyeri tersebut

memberikan kesan suatu ancaman, kehilangan, hukuman, atau suatu tantangan.

f. Ansietas

Hubungan antara ansietas dengan nyeri merupakan suatu hal yang kompleks. Ansietas dapat meningkatkan persepsi nyeri dan juga sebaliknya nyeri juga dapat menyebabkan timbulnya ansietas bagi klien yang mengalami nyeri.

g. Dukungan keluarga dan social

Kehadiran orang terdekat dan bagaimana sikap mereka terhadap klien dapat mempengaruhi respon terhadap nyeri. klien merasa nyeri seringkali bergantung pada anggota keluarga untuk mendapatkan dukungan, bantuan, atau perlindungan (Zakiyah, 2015).

### 2.2.5 Fisiologi Nyeri

Reseptor nyeri merupakan organ tubuh yang berfungsi menerima rangsang nyeri dan dalam hal ini organ tubuh yang berfungsi sebagai reseptor nyeri adalah ujung saraf bebas dalam kulit yang hanya berespon pada stimulus yang kuat yang secara potensial merusak. Reseptor nyeri disebut juga nosiseptor, secara anatomis reseptor nyeri ada yang bermielin dan ada juga yang tidak bermielin dari saraf aferen. Berdasarkan letaknya, nosiseptor dapat dikelompokkan dalam beberapa bagian tubuh yaitu pada kulit (kutaneus), somatic dalam (deep somatic) dan pada daerah viseral. Oleh karena itu perbedaan-perbedaan letak nosiseptor inilah yang

menyebabkan nyeri timbul memiliki sensasi yang berbeda. Nosiseptor kutaneus berasal dari kulit subkutan. Nyeri pada daerah ini biasanya mudah dilikalisasi dan didefinisikan (Zakiyah, 2015).

### 2.2.6 Mekanisme Nyeri

Suatu rangkaian proses elektrofisiologis terjadi antara kerusakan jaringan sebagai sumber rangsangan sampai dirasakan sebagai nyeri yang secara kolektif disebut nosiseptif, yaitu sebagai berikut :

#### 1) Proses transduksi

Proses transduksi adalah proses dimana suatu stimuli nyeri diubah menjadi suatu aktivitas listrik yang akan diterima diujung-ujung saraf. Stimuli ini dapat berupa stimuli fisik (tekanan), suhu (panas), atau kimia.

#### 2) Proses transmisi

Transmisi adalah fase dimana stimulus dipindahkan dari saraf perifer melalui medulla spinal menuju otak.

#### 3) Proses modulasi

Proses modulasi merupakan proses mekanisme nyeri dimana terjadi interaksi antara sistem analgesik endogen yang dihasilkan oleh tubuh kita dengan input nyeri yang masuk ke kornu posterior medulla spinalis. Jadi, proses ini merupakan desenden yang dikontrol oleh otak. Sistem analgesik endogen ini meliputi enkefalin, endorfin, serotonin, dan noradrenalin yang memiliki efek dapat menelan impuls nyeri pada kornu



posterior medulla spinalis. Proses modulasi ini juga memengaruhi subjektivitas dan derajat nyeri yang dirasakan seseorang.

#### 4) Persepsi

Hasil dari proses interaksi yang kompleks dan unik dimulai dari proses transduksi dan transmisi pada gilirannya menghasilkan suatu perasaan subjektif yang dikenal sebagai persepsi nyeri. Pada saat klien menjadi sadar akan nyeri, maka akan terjadi reaksi yang kompleks. Persepsi menyadarkan klien dan mengartikan nyeri sehingga klien dapat bereaksi atau berespon (Zakiyah, 2015).

### 2.2.7 Klasifikasi Nyeri

Menurut (Prasetyo, 2010) nyeri dibedakan menjadi dua bagian sebagai berikut :

#### 1) Nyeri akut

Nyeri akut terjadi setelah terjadinya cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Nyeri akut berdurasi singkat (kurang dari 6 bulan), memiliki onset yang tiba-tiba dan terlokalisir. Nyeri ini biasanya diakibatkan oleh trauma, bedah, inflamasi.

#### 2) Nyeri kronis

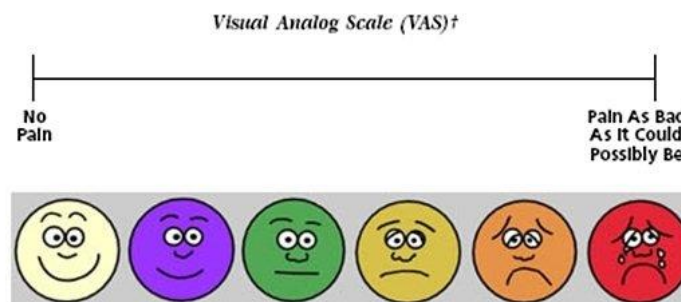
Nyeri kronis berlangsung lebih lama dari pada nyeri akut, intensitasnya bervariasi (ringan sampai berat) dan biasanya berlangsung lebih dari 6

bulan. Nyeri kronis biasanya terjadi pada penyakit kanker dan luka bakar. Jika penyebab nyeri tidak diatasi atau dikontrol maka menyebabkan kematian. Sehingga dibutuhkan penanganan nyeri sesuai dengan jenis nyeri yang dialami.

### 2.2.8 Metode Pengukuran Nyeri

#### 1) VAS (*Visual Analog Scale*)

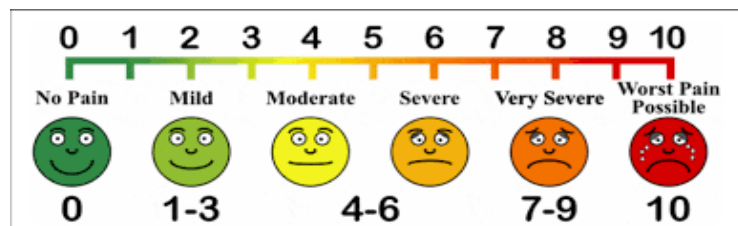
*Visual analog scale* adalah skala linier yang akan memvisualisasikan gradasi tingkatan nyeri. visualisasi berupa rentang garis sepanjang kurang lebih 10 cm, dimana pada ujung garis kiri tidak mengindikasikan nyeri, sementara ujung satunya mengindikasikan rasa nyeri terberat yang mungkin terjadi. VAS adalah prosedur perhitungan yang mudah untuk digunakan. Namun VAS tidak disarankan untuk menganalisis efek nyeri pada pasien baru melakukan pembedahan. Karena VAS membutuhkan koordinasi visual, motorik, dan konsentrasi.



**Gambar 2.2** Skala Nyeri VAS

#### 2) VRS (*Verbal Rating Scale*)

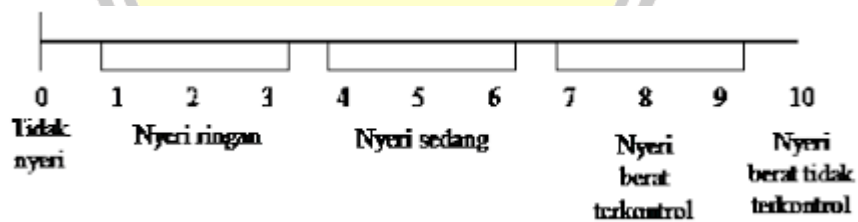
*Verbal rating scale* hampir sama dengan VAS hanya pernyataan dari rasa nyeri yang dialami oleh pasien ini jadi lebih spesifik. VRS lebih sesuai jika digunakan pada pasien pasca operasi bedah karena prosedurnya yang tidak begitu bergantung pada koordinasi motorik dan visual.



**Gambar 2.3** Skala Nyeri VRS

3) NRS (*Numerik Rating Scale*)

Metode ini didasari pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS diklaim lebih mudah dipahami. Lebih sensitif terhadap jenis kelamin, etnis, hingga dosis. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut daripada VAS dan VRS.



**Gambar 2.4** Skala Nyeri NRS

4) Wong-Baker *Pain Rating Scale*

Metode perhitungan skala nyeri yang diciptakan dan dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker. Cara mendeteksi skala nyeri dengan

metode ini yaitu dengan melihat ekspresi wajah yang sudah dikelompokkan kedalam beberapa tingkatan nyeri.



**Gambar 2.5** Skala Nyeri Wong-Baker Pain Rating Scale

### 2.2.9 Penatalaksanaan Medis

Menurut (Prasetyo, 2010) penatalaksanaan nyeri yang efektif tidak hanya memberikan obat yang tepat pada waktu yang tepat, penatalaksanaan nyeri yang efektif juga mengkombinasi antara penatalaksanaan farmakologis dan nonfarmakologis. Kedua tindakan ini akan memberikan tingkat kenyamanan yang sangat memuaskan. Penatalaksanaan nyeri antara lain :

- 1) Tindakan farmakologis dibagi menjadi tiga kategori umum yaitu :
  - a) Anestesi lokal
  - b) Opioid
  - c) Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs)
- 2) Tindakan nonfarmakologi terbagi menjadi beberapa tindakan yaitu :
  - a) Distraksi

Distraksi adalah mengalihkan perhatian pasien dari nyeri. teknik yang dapat dilakukan adalah :

- (1) Bernafas lambat dan berirama secara teratur

- (2) Menyanyi berirama dan menghitung ketukan
  - (3) Mendengarkan musik, dilakukan dengan jarak waktu 4-5 jam setelah pemberian obat analgesik. Sekitar 15 menit diputarkan music yang diinginkan pasien, lalu dilakukan evaluasi bagaimana perasaan pasien setelah mendengarkan music dan apakah skala nyeri berubah setelah mendengarkan musik.
  - (4) Mendorong untuk berkhayal yaitu melakukan bimbingan yang baik kepada pasien untuk mengkhayal
- b) Teknik relaksasi nafas dalam adalah salah satu metode manajemen nyeri nonfarmakologi. Teknik relaksasi adalah metode yang dapat dilakukan terutama pada pasien yang mengalami nyeri, yaitu latihan pernafasan yang menurunkan konsumsi oksigen, frekuensi pernafasan, frekuensi jantung dan ketegangan otot.

## **2.3 Konsep Relaksasi Benson**

### **2.3.1 Definisi Relaksasi Benson**

Metode relaksasi benson (BRM) merupakan metode perilaku nonfarmakologis yang dirancang untuk mengatasi nyeri, kecemasan dan stress. Diantara metode relaksasi, BRM merupakan salah satu yang paling mudah dipelajari dan diterapkan pada klien (Ibrahim et al., 2019).

Teknik relaksasi benson adalah teknik relaksasi yang diciptakan oleh Benson. Teknik relaksasi benson adalah gabungan dari teknik relaksasi dengan keyakinan pasien (Benson & Poctor, 2000). Respon relaksasi yang

melibatkan keyakinan yang dianut oleh pasien dapat mempercepat keadaan menjadi lebih rileks.

### **2.3.2 Tujuan Teknik Relaksasi Benson**

Menurut (Perdana, 2018) tujuan relaksasi secara umum adalah untuk mengendurkan ketegangan, yaitu pertama-tama jasmaniah yang pada akhirnya mengakibatkan mengendurnya ketegangan jiwa, teknik relaksasi benson dapat berguna untuk mengurangi, menghilangkan nyeri, insomnia dan mengurangi kecemasan.

### **2.3.3 Langkah Teknik Relaksasi Benson**

Menurut (Benson dan Poctor, 2000 dalam (Renaldi et al., 2020)) terdapat empat elemen dasar teknik relaksasi benson dapat berhasil, yaitu lingkungan yang tenang, pasien yang mampu untuk mengendurkan otot-otot tubuhnya secara sadar, mampu untuk memusatkan diri selama 10-20 menit pada kata yang telah dipilih dan mampu untuk bersikap pasif dari pikiran-pikiran yang menggagu.

Beberapa langkah dalam teknik relaksasi benson :

- 1) Langkah pertama : pilih kata atau ungkapan singkat yang mencerminkan keyakinan pasien, anjurkan pasien untuk tenang untuk memilih ungkapan yang memiliki arti khusus seperti allah.

- 2) Langkah kedua : atur posisi yang nyaman, posisi dapat dilakukan dengan cara duduk, berlutut atau tiduran selama tidak mengganggu pikiran pasien
- 3) Langkah ketiga : pejamkan mata sewajarnya, dan tidak perlu mengeluarkan banyak tenaga
- 4) Langkah keempat : lemaskan otot-otot tubuh, lemaskan semua otot pada tubuh pasien dari kaki, betis, paha, perut
- 5) Langkah kelima : perhatikan nafas dan mulai menggunakan kata yang difokuskan sesuai dengan keyakinan
- 6) Langkah keenam : pertahankan sikap pasif, anjurkan pasien untuk tidak memperdulikan berbagai macam pikiran yang mengganggu konsentrasi
- 7) Langkah ketujuh : lakukan teknik relaksasi dalam jangka waktu tertentu 10-20 menit.
- 8) Langkah kedelapan : lakukan teknik relaksasi benson sekali atau dua kali dalam sehari.

#### **2.3.4 Mekanisme Relaksasi Benson untuk Menurunkan Nyeri**

Relaksasi benson yang digunakan untuk menurunkan skala nyeri seseorang bekerja dengan cara mengalihkan focus seseorang terhadap nyeri dengan berusaha menciptakan suasana yang nyaman serta tubuh yang rileks sehingga didalam tubuh akan terjadi peningkatan proses analgesia endogen yang kemudian terus meningkat dengan diperkuatnya oleh kalimat atau kata-kata penuh keyakinan yang dianut pasien sehingga mampu

merelaksasikan otot-otot dan memberikan efek menenangkan (Wahyu, 2018).





## 2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan salah satu komponen proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari pasien meliputi pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan (Muttaqin & Sari, 2020).

#### 1. Identitas pasien

Identitas klien mencakup nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomer register, dan diagnosis medis.

#### 2. Keluhan utama

Subjektif : mengeluh nyeri

Objektif : tampak meringis, bersikap protektif ( mis waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

#### 3. Riwayat penyakit

##### 1) Riwayat kesehatan sekarang

Klien yang telah menjalani operasi apendiktomi pada umumnya mengeluh nyeri pada luka operasi yang akan bertambah saat digerakkan atau ditekan, pada klien nyeri pengkajian dilakukan dengan pendekatan PQRST (Mubarak et al., 2015).

2) Riwayat penyakit dahulu

Berhubungan dengan kebiasaan buruk pasien mengkonsumsi makanan cepat saji/junk food, diet, makan-makanan rendah serat yang dapat menyebabkan pencernaan tidak lancar

3) Riwayat penyakit keluarga

Memastikan faktor resiko tertentu, usia saudara kandung, orang tua, dan kakek nenek serta status kesehatan mereka saat ini (Antari, 2018).

4) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Klien post appendiktomi mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung periode akut rasa nyeri. Tanda vital (tensi darah, suhu tubuh, respirasi, nadi) umumnya stabil kecuali akan mengalami ketidakstabilan pada klien yang mengalami perforasi apendiks.

Adapun pemeriksaan yang dilakukan pada kasus apendisitis berdasarkan NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, 2015):

b. *Review Of System*

a) B1 (*Breathing*)

Klien post apendiktomi akan mengalami penurunan atau peningkatan frekuensi nafas serta pernafasan dangkal, sesuai rentang yang dapat ditoleransi oleh klien.

b) B2 (*Blood*)

Umumnya klien mengalami takikardi (sebagai respon terhadap stres), mengalami hipertensi (sebagai respon terhadap nyeri), hipotensi (kelemahan dan tirah baring).

c) B3 (*Brain*)

Umumnya klien postop apendiktomi mengalami penurunan kesadaran hingga *compos mentis*. Ini terjadi karena ada pengaruh dari obat anestesi yang diberikan ketika operasi.

d) B4 (*Bladder*)

Awal post operasi klien akan mengalami penurunan jumlah output urin, hal ini terjadi karena adanya pembatasan intake oral selama periode awal post apendiktomi. Output urin akan berlangsung normal seiring dengan peningkatan intake oral.

e) B5 (*Bowel*)

Adanya nyeri pada luka operasi di abdomen kanan bawah saat dipalpasi. Klien post apendiktomi biasanya mengeluh mual muntah, konstipasi pada awitan awal post

operasi dan penurunan bising usus. Akan tampak adanya luka operasi di abdomen kananbawah bekas sayatan operasi.

f) B6 (*Bone*)

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

Selanjutnya akan tampak adanya luka operasi di abdomen kanan bawah bekas sayatan operasi disertai kemerahan. Turgor kulit akan membaik seiring dengan peningkatan intake oral.

#### **2.4.2 Analisa Data**

Tahapan keperawatan yang dimana setelah dilakukan pengkajian maka perlu dilakukan pengelompokan berdasarkan gejala dan apa yang dikeluhkan saat pengkajian. Menurut (Melliany, 2019) analisa data dibagi menjadi tiga bagian yaitu :

1) Data

Data-datasini dapat diperoleh saat pengkajian, apa yang dikeluhkan klien, bagaimana raut wajah klien. Data yang diperoleh dari klien atau keluarga klien disebut data subyektif (DS) sedangkan data yang diperoleh dari pemeriksaan fisik, observasi klien, bagaimana ekspresi

klien hal ini bagaimana perawat melihat atau menilai apa yang dilihat oleh perawat disebut data obyektif (DO)

2) Etiologi

Dari data diatas maka dapat ditemukan penyebab dari keluhan klien

3) Masalah keperawatan

Dari data dan etiologi tersebut maka dapat ditarik kesimpulan masalah keperawatan.

### **2.4.3 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan terdiri dari masalah/problem. Etiologi dan tanda gejala. Nyeri akut termasuk diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada pasien post op apendiktomi. Diagnosa yang difokuskan pada penelitian ini yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

(D.0078) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur.

### **2.4.4 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan merupakan semua treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk

mencapai luaran yang diharapkan (Ppni, 2018). Selama perencanaan dibuat prioritas dengan kolaborasi pasien dan keluarga, konsultasi tim kesehatan lain, modifikasi asuhan keperawatan dan catat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan pasien dan penatalaksanaan klinik. Tujuan dan kriteria hasil untuk masalah nyeri akut mengacu pada standart luaran keperawatan Indonesia mengenai aspek-aspek yang dapat diobservasi meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan adalah sebagai berikut :

Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut sesuai dengan standart intervensi keperawatan Indonesia antara lain :

**Tabel 2.1** Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

<b>Intervensi</b>
<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <p>1.1 Identifikasi lokasi , karakteristik, durasi, frekuensi, kulaitas nyeri, intensitas nyeri, skala nyeri.</p> <p>1.2 Identifikasi respon nyeri non verbal.</p> <p>1.3 Identivikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1.4 Berikan teknik relaksasi benson untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>1.5 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.</p> <p>1.6 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p>Edukasi :</p> <p>1.7 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.</p> <p>1.8 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.9 Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.10pemberian analgetik bila perlu.</p>

#### **2.4.5 Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan. Melaksanakan intervensi yang telah

ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melakukan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya. Pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respon klien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya (Erwin, 2020).

#### **2.4.6 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari langkah-langkah tindakan keperawatan. Penilaian evaluasi yang menentukan tingkat keberhasilan suatu tindakan keperawatan. Tingkat keberhasilan dapat dilihat dengan cara membandingkan dengan tindakan dan rencana keperawatannya, sehingga tingkat keberhasilan tindakan keperawatan dapat dinilai dengan tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kesehatan pasien dengan tujuan yang telah direncanakan sebelumnya. Evaluasi dapat dilakukan pada saat kegiatan atau segera setelah implementasi dilakukan untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam memodifikasi intervensi. Hal ini dilakukan untuk mengetahui kemampuan perawat untuk memperbaiki setiap kekurangan perencanaan yang telah dilakukan dan dapat memodifikasi rencana keperawatan agar sesuai dengan

kebutuhan/tujuan yang telah ditentukan. Evaluasi terminal menunjukkan keadaan pasien pada waktu pulang (Melliany, 2019).

**Tabel 2.2** Evaluasi Keperawatan

<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>
Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan Kriteria Hasil : <ol style="list-style-type: none"><li>1. Keluhan nyeri menurun.</li><li>2. Meringis menurun.</li><li>3. Sikap protektif menurun.</li><li>4. Gelisah menurun.</li><li>5. Frekuensi nadi membaik.</li><li>6. Tidak sulit tidur</li><li>7. Tekanan darah menurun</li><li>8. Pola napas teratur</li><li>9. Nafsu makan teratur</li><li>10. Proses berpikir tidak terganggu</li><li>11. Tidak menarik diri</li><li>12. Tidak berfokus pada diri sendiri</li><li>13. Diaforesis</li></ol>

